

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector HUESCA**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
HU	AP	CS ALMUDEVAR AP	MINGUEZ SORIO MARIA PILAR	2022#1071	REVISION TERAPEUTICA DE PACIENTES DIABETICOS CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y QUE CONTINUAN EN TRATAMIENTO CON METFORMINA
HU	AP	CS BERDUN AP	GARCIA LAFUENTE NATALIA	2022#1195	RETOMANDO LA INTERVENCION ACTIVA PARA EL ABANDONO DEL TABACO
HU	AP	CS BERDUN AP	ARNAL BARRIO ANA M.	2022#1219	PUESTA AL DÍA DEL DIAGNOSTICO DE EPOC MEDIANTE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS EN FUMADORES ENTRE 40 Y 75 AÑOS
HU	AP	CS BIESCAS API/AT.COM	CLAVER GARCIA PAULA	2022#939	IMPLANTACION DE UN PROYECTO EDUCATIVO BASADO EN PRIMEROS AUXILIOS EN NIÑOS DEL CRA ALTO GALLEGO
HU	AP	CS BIESCAS AP	BETRAN LACASTA CRISTINA	2022#984	CONTROL FARMACOLOGICO Y ADECUACION DE TRATAMIENTOS EN LOS PACIENTES DE LA RESIDENCIA LA CONCHADA
HU	AP	CS GRAÑEN AP	VIÑUALES PALOMAR CARLOS	2022#1290	DIAGNOSTICO PRECOZ DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN
HU	AP	CS HECHO AP	ESCARTIN LASIERRA PATRICIA	2022#1193	PROYECTO DE MEJORA DE DETECCION Y ATENCION A LA FRAGILIDAD EN LA ZBS HECHO
HU	AP	CS HECHO API/AT.COM	MONTON AGUARON NOELIA	2022#1262	SALUD EN LA ESCUELA
HU	AP	CS JACA AP	MARTINEZ SIPAN MARIA LORENA	2022#165	INCIDENCIA DE CRIES EN NIÑOS DE 6 A 13 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ZONA DE LA JACETANIA Y ALTO GALLEGO
HU	AP	CS JACA AP	BARBERIA LARRAD CRISTINA	2022#167	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS "PRACTICA CINEGETICA SEGURA"
HU	AP	CS JACA AP	ELVIRA DOMINGUEZ DAVID	2022#878	SALUD ORAL DE LA EMBARAZADA
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO API/AT.COM	OTAL LOSPAUS SILVIA	2022#14	¿TE AYUDAMOS CON TU MATERNIDAD?
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO API/AT.COM	GIMENO PRADAS M ROSA	2022#150	TUS MANOS SALVAN VIDAS
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO API/AT.COM	AGON BANZO PEDRO JESUS	2022#351	APRENDO RCP EN MI COLEGIO
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO API/AT.COM	ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA	2022#882	PASEOS SALUDABLES
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO AP	BORBON CAMPOS INES	2022#948	ABORDANDO LA FRAGILIDAD EN EL C. S. PERPETUO SOCORRO
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO API/AT.COM	ESCARTIN JUSTES ANA ISABEL	2022#1038	RINCON DE LA SALUD
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO API/AT.COM	CHARTE ALEGRE MARIA ELENA	2022#1050	SALUD EN LAS AULAS
HU	AP	CS PIRINEOS AP	DE LA PARTE SERNA ALEJANDRO CARLOS	2022#613	EL PACIENTE DIABETICO EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL
HU	AP	CS PIRINEOS AP	SANCHO MANZANO MARTA	2022#886	SALUD ORAL DE LA EMBARAZADA
HU	AP	CS PIRINEOS API/AT.COM	SIERRA PEREZ IZARBE	2022#979	REANIMANDO EN VALENTIA
HU	AP	CS PIRINEOS API/AT.COM	LAFONTANA GRACIA VANESSA	2022#1060	CAMINAMOS JUNTOS HACIA TU SALUD
HU	AP	CS PIRINEOS AP	DE LA FUENTE SEDANO CRISTINA	2022#1285	INTERVENCION SOCIO SANITARIA ORIENTADA A EMPLEADAS DE HOGAR/CUIDADORAS INTERNAS DE PERSONAS DEPENDIENTES
HU	AP	CS SABIÑANIGO API/AT.COM	HERRANZ LACRUZ ROCIO	2022#115	ATENCION AL ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DESDE EL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO
HU	AP	CS SABIÑANIGO API/AT.COM	GOMEZ TAFALLA BLANCA	2022#130	CON ALEGRÍA EN TU SALA DE PEDIATRÍA
HU	AP	CS SANTO GRIAL API/AT.COM	PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA	2022#125	BIBLIO-LACTANCIA: FOMENTANDO LA LACTANCIA MATERNA A TRAVES DE LAS BIBLIOTECAS
HU	AP	CS SANTO GRIAL API/AT.COM	MOYANO LEDESMA AMPARO	2022#19	"APRENDIENDO A SALVAR VIDAS"
HU	AP	CS SANTO GRIAL API/AT.COM	CEREZUELA SAMPER CARMEN	2022#22	APRENDIENDO SALUD INFORMA
HU	AP	CS SANTO GRIAL API/AT.COM	AZAGRA ANTIN ADRIANA	2022#162	TALLER BABY LED WEANING
HU	AP	CS SANTO GRIAL	TAMBO LIZALDE ELENA	2022#275	POR TU CORAZON, MUEVETE MAS

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
		API/AT.COM			
HU	AP	CS SANTO GRIAL API/AT.COM	OLIVER BRETON PAOLA MARIA	2022#400	¡APRENDAMOS SOBRE ANTICOAGULACION ORAL!
HU	AP	CS SANTO GRIAL AP	ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS	2022#696	¿HABLAMOS DE LA MUERTE?
HU	AP	CS SARIÑENA AP	EZQUERRA AZOR SANDRA	2022#73	EDUCACION GRUPAL PARA DIABETICOS TIPO II
HU	AP	CS SARIÑENA API/AT.COM	LOSCERTALES ARTIEDA MARIA ISABEL	2022#3	¡UNETE A LA ESCUELA DE SALUD!
HU	AP	CS SARIÑENA AP	PARALED CAMPOS MARIA TERESA	2022#223	QUE HACER CUANDO UNA NIÑA O UN NIÑO CON SOBREPESO U OBESIDAD ENTRA EN MI CONSULTA

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector HUESCA**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
HU	AE	H SAN JORGE ADMISION	ALDAMIZ-ECHEVARRIA IRAURGUI JOSE MANUEL	2022#810	IMPLEMENTACION DEL USO DE HCE EN EL AREA DE CEX DE LOS HOSPITALES DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA
HU	AE	H SAN JORGE ADMISION	CALLAU PUENTE JOSE JAVIER	2022#829	OPTIMIZACION EN LA ASIGNACION DE CAMAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA
HU	AE	H SAN JORGE ANALISIS CLINICOS	LASIERRA MONCLUS ANA BELEN	2022#448	ACTUALIZACION DE LA CARTERA DEL SERVICIO DE ANALISIS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA: INCLUSION DE LA ESTABILIDAD DE TODOS LOS PARAMETROS. ASEGURAMIENTO DE LA FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS ANALÍTICOS
HU	AE	H SAN JORGE ANATOMÍA PATOLÓGICA	RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESA	2022#256	MEJORA EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL USO DE FORMALDEHIDO EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA
HU	AE	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACIÓN	CALLAU CALVO AURORA	2022#313	ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO Y ORDEN DE LOS CARROS DE MEDICACION DEL BLOQUE QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA DE SEGURIDAD
HU	AE	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACIÓN	FERNANDEZ GIL MARTA	2022#575	ELABORACION DE UN FORMULARIO DE EVALUACION ANESTESICA PREOPERATORIA DEL PACIENTE PARA INCORPORACION EN LA HCE
HU	AE	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACIÓN	BADEL RUBIO MARIA DEL PUEYO	2022#1124	CREACION DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA. IMPLEMENTACION DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE
HU	AE	H SAN JORGE CARDIOLOGÍA	MARCEN MIRAVETE ANA	2022#398	EDUCACION DEL PACIENTE CARDIOPATA DURANTE SU INGRESO MEDIANTE VIDEOS EDUCATIVOS EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACION
HU	AE	H SAN JORGE CARDIOLOGÍA	RIVERO FERNANDEZ ELENA	2022#500	REALIZACION DE RESONANCIA MAGNETICA EN CONDICIONES DE SEGURIDAD EN PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS CON DISPOSITIVO COMPATIBLE
HU	AE	H SAN JORGE CARDIOLOGÍA	GRACIA AZNAREZ MARIA IGUACEL	2022#1267	PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA
HU	AE	H SAN JORGE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA	AYALA LOPEZ BEGOÑA	2022#216	PASE DE PLANTA ESTRUCTURADO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA DEL HUSJ
HU	AE	H SAN JORGE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA	COLSA GUTIERREZ PABLO	2022#495	ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS CON PACIENTES INTERVENIDOS DE COLOPROCTOLOGIA PARA AUDITAR RESULTADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	AE	H SAN JORGE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA	PONCHIETTI XX LUCA	2022#780	EXPLORACION PROCTOLOGICA ESTRUCTURADA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE (HUESCA) Y HOSPITAL DE JACA
HU	AE	H SAN JORGE CONSULTAS EXTERNAS Y PRUEBAS ESPECIALES	MARZAL LOPEZ BLANCA	2022#1027	CREACION DEL REGISTRO ELECTRONICO DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y PRIMARIA EN PACIENTE PORTADOR DE Sonda de GASTROSTOMIA/YEYUNOSTOMIA
HU	AE	H SAN JORGE CONSULTAS EXTERNAS Y PRUEBAS ESPECIALES	CANO CASTRO ANABELA	2022#1045	MEJORA DE LA ASISTENCIA DE LAS NECESIDADES DETECTADAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VISTOS EN LA CONSULTA DE MITROM
HU	AE	H SAN JORGE CONSULTAS EXTERNAS Y PRUEBAS ESPECIALES	NAVARRO PEREZ CLARA	2022#1057	IMPLANTACION DE UNA CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE PRACTICA AVANZADA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA
HU	AE	H SAN JORGE CONSULTAS EXTERNAS Y PRUEBAS ESPECIALES	CAÑAMARES ORBIS PABLO	2022#1123	INSTAURAR UNA DIETA FACIL Y CERRADA PARA LOS PACIENTES, PREVIAMENTE A LA REALIZACION DE UNA COLONOSCOPIA
HU	AE	H SAN JORGE DERMATOLOGÍA	GORGUJO LOPEZ MARCOS ANTONIO	2022#1166	OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS FARMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE
HU	AE	H SAN JORGE DERMATOLOGÍA	SANCHEZ BERNAL JAVIER	2022#1274	SEMINARIOS CLINICO-PATOLOGICOS DE DERMATOLOGIA
HU	AE	H SAN JORGE DIGESTIVO	MONTORO HUGUET MIGUEL	2022#1102	PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE CONSEJO Y ASESORAMIENTO NUTRICIONAL A PACIENTES CON ENFERMEDADES DIGESTIVAS, MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA PRACTICUM DE COOPERACION ENTRE LA UZ Y EL HUSJ
HU	AE	H SAN JORGE DIGESTIVO	BER NIETO YOLANDA	2022#1131	SANGRE OCULTA EN HECES COMO PRIORIZACION EN LA LISTA DE ESPERA DE COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA AMBULATORIA EN PACIENTES CON SINTOMAS DIGESTIVOS
HU	AE	H SAN JORGE ENDOCRINOLOGÍA	BORAU MAORAD LAURA	2022#1103	IMPLANTACION UN METODO DE CRIBADO NUTRICIONAL ESTANDARIZADO EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JORGE
HU	AE	H SAN JORGE ENDOCRINOLOGÍA	LOPEZ ALAMINOS MARIA ELENA	2022#1136	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LAS DESCOMPENSACIONES AGUDAS DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	AE	H SAN JORGE ENFERMERÍA BLOQUE QUIRURGICO	ZAZO CEBOLLERO CLARA ISABEL	2022#920	CREACION DE INFOGRAFÍAS PARA CONSULTA RAPIDA EN UNIDADES DE ENFERMERÍA EN HUSJ

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector HUESCA**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
HU	AE	H SAN JORGE ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION QUINTA PLANTA	BEGUE PASCUAL MARIA ARANZAZU	2022#825	ADECUACION DEL USO DE ABSORBENTES PARA INCONTINENCIA Y PREVENCIÓN DE LESIONES POR HUMEDAD EN UNIDAD DE ENFERMERÍA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE
HU	AE	H SAN JORGE ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION QUINTA PLANTA	MAIRAL ABELLANAS LAURA	2022#877	MEJORA DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA 5ª PLANTA DE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA
HU	AE	H SAN JORGE ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION SEGUNDA PLANTA	MUÑOZ EZEIZABARRENA MAITE	2022#84	"ELABORACION Y DIFUSION DEL VIDEO PRESENTACION DEL SERVICIO DE MATERNO- INFANTIL DEL HUSJ DE HUESCA"
HU	AE	H SAN JORGE ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION SEXTA PLANTA	ANORO CASBAS MARIA JOSE	2022#1058	IMPLANTACION DEL USO CORRECTO DE ESPESANTES EN PACIENTES CON DISFAGIA EN LA SEXTA PLANTA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE
HU	AE	H SAN JORGE FARMACIA	AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR	2022#764	ACTUALIZACION DE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO EN EL AREA DE PREPARACION DE MEDICAMENTOS DEL SERVICIO DE FARMACIA
HU	AE	H SAN JORGE FARMACIA	PATIER RUIZ IGNACIO	2022#768	PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS
HU	AE	H SAN JORGE FISIOTERAPIA	NERIN BUEN NATALIA	2022#1138	DISEÑO E IMPLANTACION DE PAUTAS DE FISIOTERAPIA DOMICILIARIA AL ALTA PARA PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA
HU	AE	H SAN JORGE HEMATOLOGÍA	YUS CEBRIAN MARIA FLOR	2022#911	OPTIMIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DE LAS MICROANGIOPATIAS TROMBOTICAS
HU	AE	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	CALVO BEGUERIA EVA MARIA	2022#91	OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA MEDIANTE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR
HU	AE	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	GONZALEZ GARCIA MARIA DEL PILAR	2022#396	CONTROL LIPÍDICO Y OPCIONES DE MEJORA EN ENFERMOS QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA
HU	AE	H SAN JORGE MEDICINA PREVENTIVA	ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS	2022#959	VACUNACION FRENTE A HERPES ZOSTER EN PERSONAS CON CONDICIONES DE RIESGO
HU	AE	H SAN JORGE NEFROLOGIA	BETATO ARAGUAS ALEJANDRA MARIA LAIA	2022#988	VALORACION Y MEJORA DEL AUTOCUIDADO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO EN HEMODIALISIS
HU	AE	H SAN JORGE NEFROLOGIA	TOMAS LATORRE ALEJANDRO	2022#1049	PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO Y FISIOTERAPIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL CON HEMODIALISIS
HU	AE	H SAN JORGE NEUMOLOGÍA	CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN	2022#59	REALIZACION DE UN FORMULARIO DE SOLICITUD DE LA BRONCOSCOPÍA Y DE LA TORACOCENTESIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE HUESCA
HU	AE	H SAN JORGE NEUMOLOGÍA	GARCIA SAEZ SANDRA	2022#101	REALIZACION DE ECOBRONCOSCOPÍA EN HOSPITAL SAN JORGE
HU	AE	H SAN JORGE NEUMOLOGÍA	MAJARENAS MASCUÑANO VIRGINIA	2022#929	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE SUEÑO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA
HU	AE	H SAN JORGE NEUROLOGÍA	GARCIA GOMARA MARIA JOSE	2022#533	IMPLANTACION DE CONSULTA DE NEUROENFERMERÍA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA
HU	AE	H SAN JORGE NEUROLOGÍA	ALBERTI GONZALEZ OLALLA	2022#709	CREACION DE UN CIRCUITO DIAGNOSTICO POR RM DE ALTA RESOLUCION EN PATOLOGÍA NEUROLÓGICA MUY PREFERENTE
HU	AE	H SAN JORGE NEUROLOGÍA	TORDESILLAS LIA CARLOS	2022#851	PROTOCOLO PARA LA INSTAURACION DE TRATAMIENTO CON DUODOPA
HU	AE	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	PUENTE LUJAN MARIA JESUS	2022#1233	RECUPERACION INTENSIFICADA EN GINECOLOGÍA
HU	AE	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	GIMENEZ MOLINA CLAUDIA	2022#1238	PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR PRECOZ TRAS PARTO
HU	AE	H SAN JORGE OFTALMOLOGÍA	SOLER MACHIN JAVIER	2022#936	ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INYECCION DE AIRE O GAS EN CAMARA ANTERIOR DEL OJO
HU	AE	H SAN JORGE ONCOLOGÍA MEDICA	CALDERERO ARAGON VERONICA	2022#787	PROTOCOLIZACION Y USO RACIONAL DE LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS UTILIZADAS EN EL SEGUIMIENTO DE TUMORES MAS PREVALENTES ( CARCINOMA DE MAMA, COLON Y PULMON)
HU	AE	H SAN JORGE ONCOLOGÍA MEDICA	CASTERAD PLAYAN LORENA MARIA	2022#854	DESARROLLO DE CONSULTA ESPECIFICA DE ENFERMERIA PARA EL CONTROL AMBULATORIO DE TOXICIDADES ASOCIADAS A TERAPIAS ONCOLOGICAS
HU	AE	H SAN JORGE PEDIATRIA	GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE	2022#414	CREACION DE TABLAS DE MEDICACION PARA URGENCIAS PEDIATRICAS EN EL AMBITO HOSPITALARIO
HU	AE	H SAN JORGE PEDIATRIA	SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR	2022#367	REVISION Y SIMULACROS DE LA INCUBADORA DE TRANSPORTE NEONATAL
HU	AE	H SAN JORGE PEDIATRIA	ABIO ALBERO MARIA SONIA	2022#822	ELABORACION DE RECOMENDACIONES ESCRITAS PARA PACIENTES PEDIATRICOS CON ALERGIA ALIMENTARIA A LECHE O HUEVO EN

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector HUESCA**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
					TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA ORAL
HU	AE	H SAN JORGE PEDIATRIA	GARCES MORERA MARIA DEL CARMEN	2022#1056	PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE (HUSJ) Y SERVICIO ESPECIALIZADO DE MENORES (SEM) HUESCA PARA GESTION DE RENUNCIAS Y RETIRADAS HOSPITALARIAS DE RECIEN NACIDOS
HU	AE	H SAN JORGE RADIODIAGNOSTICO	GONZALEZ GAMBAU JORGE	2022#1047	USO RACIONAL DE CONTRASTE PARAMAGNETICO EN RESONANCIA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE
HU	AE	H SAN JORGE REHABILITACION	SALGADO GRACIA ANA	2022#70	CRACION DE UNIDAD MUSCULOESQUELETICA EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA
HU	AE	H SAN JORGE REHABILITACION	ELFAU GRACIA MARIA LAURA	2022#378	CUIDADOS TRAS LA CIRUGÍA DE PROTESIS DE RODILLA (EDUCACION SANITARIA Y FOLLETO EXPLICATIVO)
HU	AE	H SAN JORGE REHABILITACION	CASAS LAZARO M JOAQUINA	2022#762	ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE ATENCION DE LA LUMBALGIA INESPECIFICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL SECTOR HUESCA
HU	AE	H SAN JORGE REHABILITACION	PARDO SANZ MARIA PILAR	2022#1144	GRUPO DE ARTROSIS DE MANO: TRATAMIENTO, ERGONOMÍA Y PAUTAS PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE REHABILITACION. TERAPIA OCUPACIONAL
HU	AE	H SAN JORGE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL	2022#96	MEJORA DEL MANEJO TRAS PROTESIS DE CADERA
HU	AE	H SAN JORGE UCE HOSPITAL SAN JORGE	ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN	2022#1094	INTERVENCION TEMPRANA EN PRIMEROS EPISODIOS PSICOTICOS EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE Y COORDINACION CON OTROS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL
HU	AE	H SAN JORGE UCE HOSPITAL SAN JORGE	MARTINEZ CABELLO VERONICA	2022#1101	COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA Y PSIQUIATRÍA PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS CON ALTERACION DE LA SALUD MENTAL QUE PRECISEN DE INGRESO
HU	AE	H SAN JORGE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	GARCES FERRANDO MARIA CARMEN	2022#832	MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO EN EL TRASLADO INTRA-HOSPITALARIO
HU	AE	H SAN JORGE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	IBOR SERRANO LORETO	2022#869	FORMACION EN UCI SOBRE LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS
HU	AE	H SAN JORGE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	BESCOS VAQUERO SANDRA	2022#1117	SATISFACCION DE LOS FAMILIARES Y PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
HU	AE	H SAN JORGE URGENCIAS	BUISAN CASBAS GEMMA	2022#615	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	AE	H SAN JORGE URGENCIAS	PEREZ CLAVIJO GRETEHEL	2022#670	MANEJO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN PACIENTES DE BAJO RIESGO
HU	AE	H SAN JORGE URGENCIAS	PASTOR CEBOLLERO MARIA JESUS	2022#690	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS DE COAGULACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS BASADA EN LA EVIDENCIA CLÍNICA
HU	AE	H SAN JORGE URGENCIAS	USON ALBERO MARIA TERESA	2022#718	PAPEL DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	AE	H SAN JORGE URGENCIAS	XAVIER TAVARES HERMINIA	2022#719	PAPEL DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA FORMACION DE LOS TCAES DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	AE	H SAN JORGE URGENCIAS	REJAS MORRAS LAURA	2022#771	VALORACION DE LA SOLICITUD DE RADIOGRAFÍAS DE ABDOMEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA TRAS LA IMPLANTACION DEL PROCESO DE SOLICITUD DE RADIOGRAFÍAS DE ABDOMEN
HU	AE	H SAN JORGE URGENCIAS	OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL	2022#772	IMPLANTACION DE LAS REGLAS DE OTTAWA DE RODILLA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE
HU	AE	H SAN JORGE URGENCIAS	GREGORI IBAÑEZ BEGOÑA	2022#1077	ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA
HU	AE	H SAN JORGE UROLOGIA	ALVAREZ CORTES MARINA	2022#815	GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA ESPECIALIZADA A TRAVES DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL. ALGORITMOS DE ACTUACION EN PATOLOGÍA UROLOGICA FRECUENTE Y RECOMENDACIONES PARA LOS PACIENTES
HU	AE	H SAN JORGE UROLOGIA	FORTUN BELENGUER MARTA	2022#820	IMPLEMENTACION DE UN NUEVO MODELO DE GESTION DE LA HEMATURIA MONOSINTOMATICA PARA OPTIMIZAR EL DIAGNOSTICO DEL TUMOR VESICAL
HU	AE	H SAN JORGE USM SECTOR HUESCA	LALANA CUENCA JOSE MANUEL	2022#1128	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE COORDINACION/ COLABORACION ENTRE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA Y DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE " PIRINEOS " DE HUESCA

## PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD PROYECTOS APROBADOS EN 2022

Número de proyectos: 1210

### Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
HU	SM	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PG (PSICOGERIATRIA) CRP STO. CRISTO DE LOS MILAGROS	BOSQUE MARTINEZ CARMEN MARIA	2022#109	PROGRAMA DE EXTERNALIZACION DE LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
HU	SM	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS TERAPIA OCUPACIONAL	ROMAN COSCULLUELA NATALIA ANTONIA	2022#11	LA LOMBRICULTURA COMO VEHICULO A LA OCUPACION SIGNIFICATIVA EN LOS PACIENTES DE CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
HU	SM	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS UME, ULE Y PSICOGERIATRIA STO. CRISTO DE LOS MILAGROS	MOREU ARNAL DAVID	2022#40	SENDERISMO CULTURAL COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCION EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL, EN EL CRP SANTO CRISTO LOS MILAGROS
HU	SM	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS UME, ULE Y PSICOGERIATRIA STO. CRISTO DE LOS MILAGROS	ELBOJ SASO M. MARTA	2022#244	ADECUACION DE LOS ESPACIOS TERAPEUTICOS EN SALUD MENTAL: CREACION DE UNA SALA DE CONFORT SENSORIAL
HU	SM	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS UME, ULE Y PSICOGERIATRIA STO. CRISTO DE LOS MILAGROS	SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE	2022#742	APARTAMENTO TERAPEUTICO COMO ENTRENAMIENTO PREVIO A TRASLADO A RECURSO COMUNITARIO

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector HUESCA**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
HU	SS	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	MOMPRADE CASASIN SUSANA	2022#33	DEL PAPEL A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA: IMPLEMENTACION DE LA HCE EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
HU	SS	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	UBIS DIEZ ELENA	2022#420	MEJORA DE LA ADECUACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS EN EL PACIENTE ANCIANO CON CANCER. VALORACION GERIATRICA INTEGRAL
HU	SS	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	BALLABRIGA ESCUER MARIA SOLEDAD	2022#893	MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HSCJ:ALTA RESOLUCION
HU	SS	CSS SGDO CORAZON DE JESUS HOSPITAL DE DIA SALUD MENTAL	ALAYETO GASTON MARIA ANGELES	2022#983	DEFINICION DEL PERFIL DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
HU	SS	CSS SGDO CORAZON DE JESUS HOSPITAL DE DIA SALUD MENTAL	GALAN LATORRE LETICIA	2022#1043	PROGRAMA DE ACTUALIZACION DEL FUNCIONAMIENTO DE HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRIA AL PERFIL DIFERENCIAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS
HU	SS	CSS SGDO CORAZON DE JESUS HOSPITAL DE DIA SALUD MENTAL	SIESO SEVIL ANA ISABEL	2022#1196	IMPLEMENTACION DEL USO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA EN EL HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRIA
HU	SS	CSS SGDO CORAZON DE JESUS RADIODIAGNOSTICO	MONGE OTAL SILVIA	2022#157	: PROTOCOLO DE EXPLORACION DE HOMBRO CON RADIOLOGÍA SIMPLE PARA EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DE HSCJ (HUESCA)
HU	SS	CSS SGDO CORAZON DE JESUS REHABILITACION	CAMPO FALGUERAS LETICIA	2022#83	ESTANDARIZACION DEL PROGRAMA DE EJERCICIOS TERAPEUTICOS EN EL PROCESO DE REHABILITACION DE LAS ALGIAS DE RAQUIS EN POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS
HU	SS	CSS SGDO CORAZON DE JESUS REHABILITACION	RODRIGUEZ ESCUDERO PALOMA	2022#1272	"ABORDAJE FISIOTERAPICO TRAS INFILTRACION DE TOXINA BOTULÍNICA EN LUMBALGIAS MIOFASCIALES"



**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

*Número de proyectos: 1210*

**Sector BARBASTRO**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
BA	AP	CS ABIEGO API/AT.COM	BORRUEL MOREU MARIA CARMEN	2022#93	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA
BA	AP	CS ABIEGO API/AT.COM	LATRE MUZAS BARBARA	2022#126	HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ADULTA
BA	AP	CS AINSA AP	CASTRO ROJAS MARINA	2022#2	IMPLANTACION DE CONSULTA CARE EN CENTRO DE SALUD RURAL
BA	AP	CS AINSA API/AT.COM	ARCAS LALIENA ALBA	2022#170	CRIANZA COMPARTIDA
BA	AP	CS AINSA API/AT.COM	BAGÜES CASAS SONIA	2022#245	LIMPIANDO EL PULMON DEL SOBRARBE
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA AP	SORINAS FORNIES SILVIA	2022#141	REESTRUCTURACION ARCHIVO EXITUS CS ALBALATE DE CINCA
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA AP	ALASTRUEY FOJ MARTA	2022#143	MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS USUARIOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBALATE DE CINCA MEDIANTE EL USO DE PICTOGRAMAS
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA AP	PALACIN ELTORO BEATRIZ MARIA	2022#472	EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON DIABETES
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA AP	AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER	2022#674	MINICONULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA PARA EL MEJOR CONTROL DE ESTA PATOLOGÍA REALIZADA EN EL CS DE ALBALATE DE CINCA
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA AP	LOPEZ ESPOLIO MARTA	2022#675	MEJORA EN EL CONTROL Y PUESTA AL DÍA DEL CARRO DE SOPORTE VITAL Y DE LOS MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA API/AT.COM	SIERRA MARTIN BEATRIZ	2022#677	EDUCACION SANITARIA A LOS ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA DEL IES CINCA-ALCANADRE SOBRE ACTUACION ANTE UN ATRAGANTAMIENTO
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA AP	FORNIES LACOSTA PILAR	2022#855	EDUCACION GRUPAL A PACIENTES EPOC
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA AP	ALPIZAR BARRIOS ANA YUSIMI	2022#1085	EDUCACION GRUPAL PACIENTES CON HTA... DIETA SALUDABLE
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA AP	LAVEDAN SANTAMARIA RAQUEL	2022#1116	OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION EN EL ANCIANO FRAGIL
BA	AP	CS BARBASTRO AP	TORRES CLEMENTE ELISA	2022#147	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO (2022)
BA	AP	CS BARBASTRO API/AT.COM	ARNAL TORRES ANA MARIA	2022#344	ROMPIENDO LA BRECHA DIGITAL CON LA APP SALUD INFORMA
BA	AP	CS BARBASTRO API/AT.COM	LABARTA BELLOSTAS MARIA	2022#691	MEJORA EN LA ASISTENCIA SANITARIA DE LAS RESIDENCIAS GERIATRICAS DE BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO AP	LUEZA LAMPURLANES CRISTINA	2022#692	CONSULTA MONOGRAFICA DE INFILTRACIONES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO AP	JANER SUBIAS ELENA	2022#828	ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA Y VISITA PARA VIAJES INTERNACIONALES
BA	AP	CS BARBASTRO API/AT.COM	JUEZ JIMENEZ MIGUEL	2022#883	12 MESES, 1 OBJETIVO: PROMOCION DE LA SALUD EN BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO AP	CORONAS FUMANAL CONCEPCION	2022#949	OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION DE BENZODIACEPINAS Y DERIVADOS EN PACIENTES CON INSOMNIO DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BENABARRE AP	CITOLER PEREZ FCO. JAVIER	2022#1237	PROYECTO DE MEJORA EN DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC
BA	AP	CS BERBEGAL API/AT.COM	PASCUAL DENA SOFIA	2022#41	CUIDATE PARA CUIDAR
BA	AP	CS BERBEGAL API/AT.COM	LAPLAZA ARA SONIA	2022#52	CAMINANDO POR LA SALUD
BA	AP	CS BINEFAR AP	NADAL BLANCO BEGOÑA	2022#243	ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA A PROFESIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR
BA	AP	CS BINEFAR AP	ROMERO NEVADO FERMIN	2022#1007	CREACCION DE PROTOCOLO DE ATENCION AL PACIENTE INMIGRANTE NO FILIADO
BA	AP	CS BINEFAR AP	MORALES CUELLO ELSA	2022#1055	CREACION DEL PROTOCOLO DE ATENCION AL NIÑO INMIGRANTE EN EL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS API/AT.COM	CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA	2022#123	TALLER DE RCP BASICA Y ATRAGANTAMIENTO PARA LOS ALUMNOS DEL COLEGIO DE PRIMARIA DE BENASQUE CURSOS 5º Y 6º Y COLEGIO FRANCÉS DE LUCHON
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	ALONSO BERGES RAQUEL	2022#278	RETOMANDO RETOS: COMPARTIENDO NUESTRO TIEMPO. FOMENTO DE



**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector BARBASTRO**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
		APIAT.COM			LA INTERACCION ENTRE ANCIANOS RESIDENTES Y ESCOLARES, PROMOVIENDO VALORES A TRAVES DE ACTIVIDADES CONJUNTAS PROGRAMADAS PERIODICAMENTE
BA	AP	CS FRAGA AP	SERRANO PELLUS NOEMI	2022#285	TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL PARA PADRES E HIJOS
BA	AP	CS FRAGA APIAT.COM	ARESTE ALBA NURIA	2022#462	CAMINANDO DE LA MANO DEL SINTROM
BA	AP	CS FRAGA AP	CASAS SORO SILVIA	2022#569	EDUCACION PARA LA SALUD DESDE LAS NUEVAS TECNOLOGIAS: BLOG E INSTAGRAM DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA
BA	AP	CS FRAGA APIAT.COM	MATA BORDONABA MARIA ROSARIO	2022#689	TALLER PRACTICO DE APP SALUD INFORMA EN POBLACION RURAL
BA	AP	CS FRAGA AP	MARTIN CATALAN NURIA	2022#788	IMPLEMENTACION DE CONSULTA MONOGRAFICA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA
BA	AP	CS FRAGA APIAT.COM	VIDALLET RIOS SILVIA	2022#796	PASEOS POR LA VIDA
BA	AP	CS FRAGA AP	GUEVARA LOPEZ TERESA	2022#922	IMPLANTACION DE CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL C.S. DE FRAGA
BA	AP	CS FRAGA AP	MARIN ANDRES MARTA	2022#1164	EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN LOS COLEGIOS DE FRAGA
BA	AP	CS FRAGA AP	CABREJAS LALMOLDA ANA MARIA	2022#1191	OPTIMIZACION DEL CONTENIDO DEL MALETÍN DE URGENCIAS PEDIATRICOS Y CARRO DE MEDICACION PARA URGENCIAS DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA
BA	AP	CS FRAGA AP	NOVELLA MENA ANA	2022#1281	CONSULTA MONOGRAFICA DE TELEDERMATOLOGÍA EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA
BA	AP	CS FRAGA AP	LAS HERAS ALONSO HORTENSIA PAULA	2022#1286	PROGRAMA DE CAPACITACION DEL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA EN PATOLOGIA TIEMPO-DEPENDIENTE
BA	AP	CS FRAGA APIAT.COM	RANZ ANGULO ROSANA	2022#1294	MEJORA DEL BIENESTAR EMOCIONAL DE LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA, MEDIANTE RECOMENDACION DE ACTIVOS
BA	AP	CS GRAUS AP	FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA	2022#16	PREVENCION DE SECUELAS POSTINMOVILIZACION TRAUMATICA DE EXTREMIDADES
BA	AP	CS LAFORTUNADA AP	HERRAIZ VILELLAS MARIA JOSE	2022#999	CAPTACION PARA EL PROGRAMA DE PREVENCION DE CANCER DE CERVIX DIRIGIDO A LAS MUJERES DE NUEVA ADSCRIPCION A NUESTRA ZONA BASICA DE SALUD
BA	AP	CS MEQUINENZA AP	CALDERO SANTIAGO LIDIA	2022#47	INTERCOMUNICACION MEDICO-FARMACEUTICA PARA DISMINUIR LA SOBRECARGA TELEFONICA DEL CENTRO DE SALUD
BA	AP	CS MEQUINENZA AP	CALDERON SANCHEZ ROGELIO	2022#48	USO RACIONAL DE TU CENTRO DE SALUD
BA	AP	CS MEQUINENZA AP	VAL ESCO LAURA	2022#67	TELEDERMATOLOGIA: UNA NUEVA VISION DE FUTURO
BA	AP	CS MEQUINENZA AP	JUAREZ CASTELLO PILAR	2022#77	PROGRAMA DE AUTOTOMA PARA CRIBADO CANCER DE CERVIX
BA	AP	CS MONZON RURAL APIAT.COM	GARCIA-MIGUEL SEVILLA INMACULADA	2022#160	CUIDANDO AL CUIDADOR. ESTRATEGIAS DEL BIENESTAR EMOCIONAL
BA	AP	CS MONZON RURAL APIAT.COM	LONCAN MARGALEJO MARIA-DOLORES	2022#270	ROMPEMOS LA BRECHA DIGITAL EN MONZON RURAL: DESCARGAMOS Y APRENDEMOS A MANEJAR LA APP DE SALUD INFORMA
BA	AP	CS MONZON URBANO APIAT.COM	LANAO MARTIN ADOLFO	2022#108	ESTRATEGIAS COGNITIVAS PARA EL CUIDADOR DE PERSONAS DEPENDIENTES
BA	AP	CS MONZON URBANO AP	LANAU FIERRO YOLANDA	2022#163	LA CONSULTA CARE ESTANDARIZADA Y FUNCIONAL
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA APIAT.COM	RAMOS ESPAÑOL JUDIT	2022#478	SEÑALIZACION Y ADAPTACION CON PICTOGRAMAS (ARASAAC) EN CENTRO DE SALUD DE TAMARITE
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA AP	DE RAMOS QUINTANILLA EDUARDO ALEJANDRO	2022#774	GESTION DE INVENTARIO Y CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN EL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE Y CONSULTORIOS ANEXOS
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA AP	LOPEZ HERVAS CRISTINA MARIA	2022#928	IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector BARBASTRO**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
BA	AE	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA BLOQUE QUIRURGICO	CARDEÑOSA LOPEZ EVA MARIA	2022#44	ELABORACION DE UN CATALOGO FOTOGRAFICO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION
BA	AE	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA BLOQUE QUIRURGICO	BUISAN NAVAS MARTA	2022#503	ACTUALIZACION DE GUIA DE PROCEDIMIENTOS PRE Y POSTQUIRURGICOS EN LA UNIDAD URPA SEGUN ESPECIALIDAD QUIRURGICA
BA	AE	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA CONSULTAS EXTERNAS	PORTOLES CAMBREDO MARGARITA	2022#698	PROYECTO DE MEJORA PARA FAVORECER EL CONTROL DE MUJERES PORTADORAS DEL VPH EN COORDINACION CON MATRONAS DE A.P. ENFERMERIA DE CONSULTAS EXTERNAS Y GINECOLOGOS DEL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
BA	AE	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA CONSULTAS EXTERNAS	CESPEDES MARTINEZ ANA BELEN	2022#1083	INFORMATIZACION A HCE DE LOS ELECTROCARDIOGRAMAS
BA	AE	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA CONSULTAS EXTERNAS	PEREZ RUEDA NOELIA	2022#1098	CREACION DEL CIRCUITO COMITE DE TUMORES EN EL CENTRO ESPECIALIDADES BAJO CINCA DE FRAGA
BA	AE	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION	CUCALON MARIN ROCIO	2022#179	CONTROL EVOLUTIVO DE UPP Y HERIDAS MEDIANTE DATOS E IMAGENES PREVIA AUTORIZACION DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL
BA	AE	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION	ABOS ESCARTIN M. MARGARITA	2022#269	CONTROL Y DETECCION DEL DETERIORO COGNITIVO Y EN LAS ABVD EN PACIENTES INGRESADOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
BA	AE	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA MEDICINA INTERNA	FIESTAS CARRASQUER JAVIER	2022#63	LA FRAGILIDAD DEL ADULTO MAYOR Y LA PREVENCION DE CAIDAS Y REINGRESOS EN HOSPITALIZACION DEL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA
BA	AE	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA OTROS SERVICIOS	BUIL MUR MARIA ISABEL	2022#248	MEJORA EN LA PRESCRIPCION DEL EJERCICIO TERAPEUTICO EN ESPALDA SANA
BA	AE	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA OTROS SERVICIOS	PORTOLES CARDONA MARIA PILAR	2022#302	MEJORA EN LA FASE PRE ANALITICA EN EL C.E FRAGA. ESTRATEGIA PARA MINIMIZAR ERRORES EN ESTA FASE. ABORDAJE EN CONSULTAS-URGENCIAS-HOSPITALIZACION-LABORATORIO
BA	AE	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA URGENCIAS	SANCHEZ RIVAS VANESSA	2022#103	ELABORACION DE UN PLAN DE ACOGIDA Y FUNCIONAMIENTO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE URGENCIAS ESPECIALIZADAS DEL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA
BA	AE	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACIÓN	URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE	2022#831	SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL TRAS COLOCACION DE CATETER EPIDURAL
BA	AE	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACIÓN	LATRE SASO CRISTINA	2022#867	IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA. MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO
BA	AE	H BARBASTRO CARDIOLOGIA	RUIZ ARANJUELO ALEJANDRA	2022#1156	PROGRAMA DE ATENCION A LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	AE	H BARBASTRO CARDIOLOGIA	GRADOS SASO DANIEL	2022#1175	PLAN DE MEJORA DE CALIDAD CONTROL ECOCARDIOGRAFICO EN PACIENTES ONCOHEMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO PREVENCION Y MANEJO DE CARDIOTOXICIDAD INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA
BA	AE	H BARBASTRO CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA	OLIVAR ORTEGA LORENA	2022#237	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE METODOLOGIA DE REGISTRO ESTANDARIZADO DE EVOLUTIVO DE ENFERMERIA EN PACIENTE INGRESADO EN PLANTA DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	AE	H BARBASTRO DIGESTIVO	VIÑUALES CHUECA BEATRIZ	2022#731	ACTUALIZACION DEL REGISTRO DE ENFERMERIA EN ENDOSCOPIAS
BA	AE	H BARBASTRO ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION 5 D MED. INTERNA	BROTO GABARRE MARTA	2022#169	MEJORA EN EL USO Y MANEJO DE TELEMETRIA CARDIACA POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA
BA	AE	H BARBASTRO ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION 5 D MED. INTERNA	GRACIA MARGALEJO LAURA	2022#1165	MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON ICTUS
BA	AE	H BARBASTRO ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION 5 IZ.	MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR	2022#9	"ACERCANDO, CUIDANDO, NO ESTAS SOLO"
BA	AE	H BARBASTRO ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION 5 IZ.	PINTADO TORRECILLA MARINA	2022#642	PROTOCOLO DE GESTION DE TRASLADO DE PACIENTES DE FORMA INTRAHOSPITALARIA
BA	AE	H BARBASTRO ESTERILIZACION	SALAS BALLARIN EVA MARIA	2022#620	IMPLANTACION DEL REGISTRO INFORMATIZADO DE INCIDENCIAS PARA MEJORAR, EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGUN LOS REQUISITOS NORMA UNE-EN-ISO 9001:201
BA	AE	H BARBASTRO ESTERILIZACION	CARRUESCO BUETAS MARIA PAZ	2022#657	CODIFICACION DE LAS CAJAS DE TRAUMATOLOGIA CON CODIGO DE BARRAS PARA SU CORRECTA IDENTIFICACION
BA	AE	H BARBASTRO FARMACIA	CASAJUS NAVASAL ANDREA	2022#727	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS PACIENTES AMBULANTES DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector BARBASTRO**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
					BARBASTRO QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DÍA
BA	AE	H BARBASTRO FARMACIA	BUSTOS MORELL CRISTINA	2022#807	PUESTA EN MARCHA DEL APLICATIVO SINASP EN EL SECTOR BARBASTRO
BA	AE	H BARBASTRO FARMACIA	FERNANDEZ PALOMINO ALFONSO	2022#863	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA DESDE EL PROGRAMA PRESSALUD EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
BA	AE	H BARBASTRO GERIATRIA	GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ	2022#1109	EFICIENCIA DE UNA CONSULTA DE TELE-CURA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	AE	H BARBASTRO GERIATRIA	MORLANS GRACIA LUCIA	2022#1279	EFICIENCIA DE UN PROTOCOLO INTRAHOSPITALARIO EN PACIENTE CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO, MEDIANTE UNA CONSULTA DE EVALUACION PRE-TAVI POR EL SERVICIO DE GERIATRIA
BA	AE	H BARBASTRO HEMATOLOGIA	AURIA CABALLERO CLARA	2022#78	ACTUALIZACION DE PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS DE INMUNOHEMATOLOGÍA EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	AE	H BARBASTRO HEMODIALISIS	COSCOJUELA OTTO ANA	2022#1302	INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROLINK) PARA LA GESTION CLINICA DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS
BA	AE	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	LACOMA ABADIA ANA MILAGROS	2022#644	PROTOCOLO DE GESTION Y OPTIMIZACION DE CAMAS EN PACIENTES COVID EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y CENTRO SANITARIO BAIX CINCA
BA	AE	H BARBASTRO MEDICINA PREVENTIVA	GRAU SANZ MARIA SOLEDAD	2022#1203	PATOLOGIAS CONCRETAS: VACUNAS RECOMENDADAS PARA UNA OPTIMA INMUNIDAD
BA	AE	H BARBASTRO NEFROLOGIA	ZAPATA BALCAZAR ANDREA PATRICIA	2022#1300	INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HEMODIALISIS (SALA Y PLANTA DE AGUAS)
BA	AE	H BARBASTRO NEUMOLOGÍA	GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA	2022#542	CONTROL DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA EN TRATAMIENTO CON ANTIFIBROTICOS
BA	AE	H BARBASTRO NEUROLOGÍA	MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER	2022#29	LA EVALUACION NEUROPSICOLOGICA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS POR NEUROLOGÍA
BA	AE	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	GIL MELGOSA LIGIA	2022#453	ESTABLECER DURANTE EL CONTROL GESTACIONAL EL CRIBADO DE RIESGO DE PREECLAMPSIA CLINICO Y ANALITICO
BA	AE	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	BENITO VIELBA MARTA	2022#352	UNIFICACION DE CRITERIOS EN LA REALIZACION DEL REGISTRO CARDIOTOCOGRAFICO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL SECTOR BARBASTRO PARA DISMINUIR EL INTERVENCIONISMO
BA	AE	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	FERNANDEZ RUIZ ALEXIA	2022#907	DESARROLLO DE CONSULTA ESPECIFICA DE ENFERMERIA PARA EL CONTROL AMBULATORIO DE TOXICIDADES ASOCIADAS A TERAPIAS ONCOLOGICAS
BA	AE	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	OCARIZ DIEZ MAITANE	2022#910	PROTOCOLIZACION Y USO RACIONAL DE LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS UTILIZADAS EN EL SEGUIMIENTO DE TUMORES MAS PREVALENTES ( CARCINOMA DE MAMA, COLON Y PULMON)
BA	AE	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	SICART LONCAN SILVIA	2022#1283	LA IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FISICO Y LA NUTRION COMO ADYUVANTES DEL TRATAMIENTO ONCOLOGICO
BA	AE	H BARBASTRO OTROS SERVICIOS	BRAVO TRICAS IRENE PILAR	2022#251	REALIZACION DE EVOLUTIVO DE ENFERMERÍA ESTANDAR EN DATOS Y REDACCION EN HCE EN PACIENTE QUE PROCEDE DE OTRAS UNIDADES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (URGENCIAS, QUIROFANO, UCI) DE OTRO CENTRO O DE DOMICILIO
BA	AE	H BARBASTRO PARTORIOS	TABUEÑA ACIN MARIA JARA	2022#381	CIRCUITO DE PASO INTRAHOSPITALARIO DEL PADRE EN EL PROCESO DEL PARTO Y PUERPERIO PARA MANTENER EL VÍNCULO FAMILIAR ( MADRE- RECIEN NACIDO-PADRE)
BA	AE	H BARBASTRO PARTORIOS	PUYAL MELE ANA MARIA	2022#638	PROTOCOLO DE GESTION DE ROTURAS DE STOCK DE MATERIAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	AE	H BARBASTRO REHABILITACION	FERNANDEZ SANCHEZ RUT	2022#797	EMBARAZO Y POSTPARTO EN CONFIANZA
BA	AE	H BARBASTRO REHABILITACION	NAGER OBON VANESA	2022#887	ESTANDARIZACION DE LAS TECNICAS DE ELECTROTERAPIA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION
BA	AE	H BARBASTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	ZAMORA ELSON MONICA	2022#723	VALORACION DE DISFAGIA EN PACIENTE DE UCI
BA	AE	H BARBASTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	GONZALEZ IGLESIAS CARLOS	2022#1187	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE VALORACION DEL GRADO DE SATISFACCION DE LOS DISTINTOS INTERVINIENTES EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)
BA	AE	H BARBASTRO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	GARCES CAMPO BEGOÑA	2022#1192	ESTANDARIZACION DE LA FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE UCI EN TERAPIAS RESPIRATORIAS Y NUEVAS TECNOLOGIAS
BA	AE	H BARBASTRO URGENCIAS	PEREZ BENAC LUIS	2022#298	MEJORA DE LA EXPERIENCIA DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

## PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD PROYECTOS APROBADOS EN 2022

Número de proyectos: 1210

### Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
BA	AE	H BARBASTRO URGENCIAS	LANAU BELLOSTA NOELIA	2022#315	PROYECTO PARA AJUSTAR LA PETICION DE RADIOGRAFIAS DE ABDOMEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
BA	AE	H BARBASTRO URGENCIAS	TIERZ VELEZ LETICIA	2022#345	CIRCUITO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL ENFERMERO DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS
BA	AE	H BARBASTRO URGENCIAS	MUR BORRACHERO LORENA	2022#425	RECOMENDACIONES AL ALTA EN PACIENTES PORTADORES DE INMOVILIZACION DE MIEMBRO INFERIOR
BA	AE	H BARBASTRO URGENCIAS	GRACIA MAIRAL AIMAR	2022#427	FOLLETO INFORMATIVO PARA LA CORRECTA ADMINISTRACION DE ENOXOPARINA SUBCUTANEA TRAS EL ALTA
BA	AE	H BARBASTRO URGENCIAS	MAGALLON PUY JUAN ALBERTO	2022#452	PROYECTO DE MEJORA DEL SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE ( SET ) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.SALA DE VISITA RAPIDA.ALTA RESOLUCION
BA	AE	H BARBASTRO URGENCIAS	AREVALO DURAN MONICA	2022#623	UNIFICACION Y ESTANDARIZACION DE CRITERIOS PARA LA ATENCION DE LA POBLACION PEDIATRICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	AE	H BARBASTRO URGENCIAS	EITO CUELLO JUAN JOSE	2022#678	AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES DE LA CALLE A HOSPITAL

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector TERUEL**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
TE	AP	CS ALBARRACIN API/AT.COM	MARTIN CLEMENTE MANUELA	2022#226	LA SIERRA DE ALBARRACÍN SALVA VIDAS
TE	AP	CS ALFAMBRA AP	ASTUDILLO COBOS JUAN RAMON	2022#350	MEJORA EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA POBLACION CON DIABETES MELLITUS DM DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALFAMBRA. OCTUBRE DEL 2022 – OCTUBRE 2024
TE	AP	CS ALIAGA API/AT.COM	SANCHEZ MOLINA EVA MARIA	2022#106	MEJORA TUS HABITOS DE SALUD Y CONTROLA TU PESO
TE	AP	CS ALIAGA API/AT.COM	GUILLEN GASCON SONIA	2022#284	VALORACION DE LA FRAGILIDAD EN EL ANCIANO DE LA ZBS ALIAGA (TERUEL)
TE	AP	CS CALAMOCHA AP	IBÁÑEZ SANTA CRUZ MARCOS	2022#171	ESTABILIZACION Y DESARROLLO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN EL C.S. CALAMOCHA
TE	AP	CS CALAMOCHA API/AT.COM	HIGUERAS SANJUAN PAULA	2022#366	FORMACION DE DOCENTES EN EL MANEJO DE URGENCIAS PEDIATRICAS EN CENTROS EDUCATIVOS
TE	AP	CS CALAMOCHA AP	GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL	2022#382	OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTES EN ATENCION PRIMARIA
TE	AP	CS CEDRILLAS AP	SOFFIANTINI CAMPOAMOR DOLORES	2022#297	OPTIMIZAR INDICADORES DEL PLAN DE CUIDADO PERSONAL EN PACIENTES FUMADORES CON EPOC
TE	AP	CS CEDRILLAS API/AT.COM	JULIAN MARTINEZ ANA	2022#417	CUIDANDO TUS RODILLAS
TE	AP	CS CELLA API/AT.COM	MAICAS MAICAS FERNANDO	2022#431	IMPLEMENTACION DE CALIDAD ASISTENCIAL EN ZONA BASICA DE SALUD DE CELLA CON RESIDENCIA NTRA. SRA. DE LOS DOLORÉS EN GEA DE ALBARRACÍN
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO API/AT.COM	CONEJOS JERICO LAURA	2022#321	MAPEO DE ACTIVOS Y SU RECOMENDACION EN LA ZBS DE MONREAL DEL CAMPO
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO AP	MUÑOZ LOPEZ ZORAIDA	2022#442	MONITORIZACION AMBULATORIA DE LA PRESION ARTERIAL EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO EN EL CS MONREAL DEL CAMPO
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS API/AT.COM	CASADO CRESPO ANA ISABEL	2022#306	FORMACION PARA CUIDADORES EN LA ATENCION DEL PACIENTE DEPENDIENTE
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS AP	IZQUIERDO ABRIL BELEN	2022#314	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD SOBRE ANTICONCEPCION EN EL I.E.S GUDAR-JAVALAMBRE DIRIGIDO A PADRES Y ALUMNOS
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS API/AT.COM	RUBIO SANCHEZ PATRICIA	2022#320	EDUCACION PARA LA SALUD EN PEDIATRÍA DE ATENCION PRIMARIA
TE	AP	CS MOSQUERUELA API/AT.COM	SANCHEZ SANCHEZ M. CARMEN	2022#118	ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MOSQUERUELA
TE	AP	CS MOSQUERUELA AP	GIL SALVADOR REBECA	2022#273	MEJORA DE INDICADORES EN AGC PARA PACIENTES EPOC DEL CS MOSQUERUELA
TE	AP	CS SANTA EULALIA API/AT.COM	ARMANGUE SANZ SILVIA	2022#295	EDUCACION SANITARIA EN EL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD RURAL DE SANTA EULALIA DEL CAMPO (TERUEL)
TE	AP	CS SARRION API/AT.COM	FATAHI BANDPEY BEHROUZ	2022#291	FORMACION EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DE DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMATIZADO (DEA) EN LA POBLACION GENERAL DE LA ZONA BASICA DE SALUD SARRION
TE	AP	CS SARRION API/AT.COM	LAINIZ LORENTE MARIA TERESA	2022#354	ATENCION A LA SALUD DE LAS PERSONAS RESIDENTES EN EL CENTRO RESIDENCIAL DE SARRION
TE	AP	CS TERUEL CENTRO AP	ALONSO VALBUENA AINARA	2022#153	DIAGNOSTICO EFICIENTE DE LA GONARTROSIS A TRAVES DE LA RX SIMPLE DE RODILLA EN CARGA DESDE AP
TE	AP	CS TERUEL CENTRO API/AT.COM	LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA	2022#175	DETECCION DE SITUACIONES DE SOLEDAD NO DESEADA EN MAYORES DE 65 AÑOS Y RECOMENDACION DEL ACTIVO PARA LA SALUD: VOLUNTARIADO "ACOMPAÑANDO-TERUEL" CON ESPECIAL ATENCION AL SOBREENVEJECIMIENTO
TE	AP	CS TERUEL CENTRO AP	MARTIN RUIZ NURIA	2022#393	USO DE RECURSOS DIGITALES COMO ESTRATEGIA DOCENTE A FAMILIAS Y MEJORA DE LA PRACTICA CLÍNICA A TRAVES DE LA PROTOCOLIZACION DE LA ASISTENCIA EN EMERGENCIAS EN ATENCION PRIMARIA
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE API/AT.COM	MILLAN SOBRINO ESTELA	2022#249	TABACO Y SALUD ORAL
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE API/AT.COM	FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA	2022#264	INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACION DE VALORACIONES GERIÁTRICAS Y PLANES DE CUIDADOS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN LA ZONA DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE AP	LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR	2022#340	CONTROL Y REVISION DEL ALMACEN Y DEL BOTIQUÍN DE ATENCION CONTINUADA DE TERUEL PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCION Y DISMINUCION DE ERRORES DE MEDICACION

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

*Número de proyectos: 1210*

**Sector TERUEL**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE AP	DIAZ DIAZ TANIA	2022#387	INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE NOTIFICADOS EN ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE AP	MARIN TOLOSA NATALIA NATIVIDAD	2022#405	EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON EPOC EN LA ZONA DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE. DESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL AUTOCUIDADO Y DESHABITUACION TABAQUICA
TE	AP	CS VILLEL AP/AT.COM	MIGUEL POSA JORGE	2022#257	PROMOCION DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE VILLEL
TE	AP	DAP TERUEL AP/AT.COM	GOMEZ CADENAS CONCEPCION	2022#571	APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE, PROMOVRIENDO LA PLANIFICACION COMPARTIDA DE LA ATENCION Y EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS
TE	AP	DAP TERUEL AP/AT.COM	ROSA MORALEDA SUSANA	2022#156	EMBARAZO . SALUD ORAL SIN PATOLOGÍA



**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector TERUEL**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
TE	AE	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS Y MICROBIOLOGIA	MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO	2022#138	GESTION DE LA DEMANDA EN LAS DETERMINACIONES DE IGES ESPECÍFICAS Y TOTAL PARA EL DIAGNOSTICO DE ALERGIJA EN EL AMBITO DE ATENCION PRIMARIA
TE	AE	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS Y MICROBIOLOGIA	VALERO ADAN ADELA CAYETANA	2022#144	ADECUACION DEL LABORATORIO PROVISIONAL DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL
TE	AE	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS Y MICROBIOLOGIA	BARBA SERRANO ESTHER	2022#307	ADECUACION DE LA DEMANDA DEL PROTEINOGRAMA MEDIANTE EL SISTEMA INFORMATICO DEL LABORATORIO
TE	AE	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS Y MICROBIOLOGIA	ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO	2022#353	IMPLANTACION DEL CRIBADO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA MEDIANTE TIRAS REACTIVAS
TE	AE	H OBISPO POLANCO ANESTESIA Y REANIMACIÓN	TALAVAN SERNA JULIO	2022#364	IMPLANTACION DE UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO
TE	AE	H OBISPO POLANCO ANESTESIA Y REANIMACIÓN	BELMONTE BAYO LUIS	2022#422	TECNICA DE ACCESO CERVICAL INVASIVO (TACI) EN SITUACION "NO INTUBABLE, NO OXIGENABLE" (NINO)
TE	AE	H OBISPO POLANCO ANESTESIA Y REANIMACIÓN	RAMIREZ SANCHEZ ANA BELEN	2022#1087	INTUBACION TRAQUEAL EN PACIENTE DESPIERTO
TE	AE	H OBISPO POLANCO BLOQUE QUIRURGICO	VILLACAMPA SARASA DELIA	2022#55	CODIGOS QR EN EL QUIROFANO, HERRAMIENTA PARA UNA CORRECTA PREPARACION QUIRURGICA
TE	AE	H OBISPO POLANCO BLOQUE QUIRURGICO	DOMINGO LIZAMA MARIA PILAR	2022#18	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE MEDIANTE ANESTESIA RAQUIDEA A TRAVES DE LA MUSICOTERAPIA INTRAOPERATORIA
TE	AE	H OBISPO POLANCO CARDIOLOGÍA	JIMENO SANCHEZ JAVIER	2022#385	INTEGRACION DE LOS ESTUDIOS ECOCARDIOGRAFICOS EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DEL SALUD
TE	AE	H OBISPO POLANCO CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA	COMIN NOVELLA LAURA ISABEL	2022#183	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDAS A MASTECTOMIA PARA REALIZAR MICROPIGMENTACION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON
TE	AE	H OBISPO POLANCO CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA	GARZARAN TEJEIRO ANA	2022#236	IMPLEMENTACION DE UN CHECK-LIST EN PLANTA EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA INTERVENCION QUIRURGICA
TE	AE	H OBISPO POLANCO DERMATOLOGÍA	CERRO MUÑOZ PAULINA ANDREA	2022#272	DERIVACION DIRECTA DESDE URGENCIAS DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA URGENTE
TE	AE	H OBISPO POLANCO DERMATOLOGÍA	VALERO BONILLA PAULA	2022#365	INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE PSORIASIS
TE	AE	H OBISPO POLANCO DIGESTIVO	ARIÑO PEREZ INES	2022#868	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
TE	AE	H OBISPO POLANCO ENFERMERIA QUIROFANOS	BARRERA PUERTA ANDRES	2022#1139	IMPLANTACION DE BANDEJAS RAINBOW PARA LA MEJORA EN EL MANEJO DE MEDICACION DURANTE LA INDUCCION DE ANESTESIA GENERAL
TE	AE	H OBISPO POLANCO ENFERMERIA UNIDAD ESPECIALIDADES MEDICAS/UNIDAD CRÓNICO COMPLEJO	MARTINEZ CORELLA MARIA ASUNCION	2022#97	IMPLANTACION DE UNA GUÍA DE INFORMACION DEL FUNCIONAMIENTO PARA EL PERSONAL SANITARIO DE LA 4ª PLANTA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	AE	H OBISPO POLANCO ENFERMERIA UNIDAD ESPECIALIDADES MEDICAS/UNIDAD CRÓNICO COMPLEJO	LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA	2022#117	REALIZACION DE UNA CORRECTA TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS COMO BASE PARA UN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ADECUADOS
TE	AE	H OBISPO POLANCO ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION U.C.I.	PEREZ MARTINEZ MARIA CARMEN	2022#17	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESION EN LA UCI DEL HOSPITAL O. POLANCO DE TERUEL
TE	AE	H OBISPO POLANCO FARMACIA	AIBAR ABAD MARIA PILAR	2022#665	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA PARA LOS MEDICAMENTOS DE DISPENSACION HOSPITALARIA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL SECTOR TERUEL
TE	AE	H OBISPO POLANCO HEMATOLOGIA	GONZALEZ GOMEZ NICOLAS	2022#142	ACTUALIZACION DE LA PRACTICA TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	AE	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTERNA	MORENO LUCENTE ISABEL	2022#461	MEJORA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE CRONICOS COMPLEJOS
TE	AE	H OBISPO POLANCO NEFROLOGIA	GONZALEZ LANZUELA MARIA JOSE	2022#775	ESTUDIO DE LA RECIRCULACION Y FLUJO DE ACCESO EXISTENTE EN LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS CON EL DISPOSITIVO NEPHROFLOW
TE	AE	H OBISPO POLANCO NEUMOLOGÍA	ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS	2022#229	CREACION DE AGENDA E INFORMATIZACION DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PARA EL DIAGNOSTICO Y CONTROL DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUENO. SERVICIO DE NEUMOLOGÍA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL
TE	AE	H OBISPO POLANCO NEUROLOGÍA	HERNANDO QUINTANA NATALIA	2022#127	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: ATENCION MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR. CREACION DEL NODO TERUEL
TE	AE	H OBISPO POLANCO NEUROLOGÍA	RUIZ PALOMINO MARIA PILAR	2022#161	CIRCUITO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO EN EL SECTOR TERUEL

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
TE	AE	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	CABEZA VENGOECHEA PEDRO JOSE	2022#49	PROPUESTA DE MEJORA Y REVISION EN LA INDICACION DE CESAREAS
TE	AE	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	CLEMENTE TOMAS CLAUDIA PILAR	2022#4	CURSO PARA LA EJECUCION DE PROTOCOLOS CLÍNICOS ANTE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS Y OTRAS SITUACIONES ESPECIALES EN OBSTETRICIA
TE	AE	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	PEREZ BAREA MARIA CARMEN	2022#168	DETECCION Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESION POSTPARTO EN EL AMBITO HOSPITALARIO Y SEGUIMIENTO EN ATENCION PRIMARIA
TE	AE	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	HERRERO SERRANO REBECA	2022#513	OPTIMIZACION EN EL USO DE HIERRO INTRAVENOSO EN GESTACION Y PUERPERIO
TE	AE	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	CEBOLLA GIL PAULA	2022#1312	PROPUESTA DE MEJORA EN LA PROGRAMACION DE LA INDUCCION DEL PARTO
TE	AE	H OBISPO POLANCO OFTALMOLOGÍA	NAVARRO CASADO MARIA NIEVES	2022#336	UNIDAD DE TERAPIA INTRAVITREA. SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	AE	H OBISPO POLANCO OFTALMOLOGÍA	ALIAS ALEGRE EVA GLORIA	2022#1135	MEJORA EN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO. AUMENTO DE SERVICIOS
TE	AE	H OBISPO POLANCO ONCOLOGÍA MEDICA	FERRER PEREZ ANA ISABEL	2022#180	REVISION Y ACTUALIZACION DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA
TE	AE	H OBISPO POLANCO ONCOLOGÍA MEDICA	NUÑO ALVES ANA	2022#184	REVISION Y ACTUALIZACION DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO EN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA
TE	AE	H OBISPO POLANCO OTORRINOLARINGOLOGÍA	GARCIA CURDI FERNANDO	2022#102	HOJA INFORMATIVA PARA EL TRATAMIENTO DOMICILIARIO DEL VERTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO. EJERCICIOS DE BRANDT-DAROFF
TE	AE	H OBISPO POLANCO OTORRINOLARINGOLOGÍA	LOIS ORTEGA YOLANDA	2022#110	"HOJA INFORMATIVA RECOMENDACIONES HIGIENICO-DIETETICAS EN LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO."
TE	AE	H OBISPO POLANCO OTORRINOLARINGOLOGÍA	GIL GRASA GUILLERMO	2022#116	HOJA INFORMATIVA RECOMENDACIONES HIGIENICO-DIETETICAS EN LA ENFERMEDAD DE MENIERE
TE	AE	H OBISPO POLANCO OTROS SERVICIOS	VILLAMON NEVOT MARIA JOSE	2022#185	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO ENFERMERO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES
TE	AE	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	ALJARDE LORENTE ROBERTO	2022#37	PROGRAMA DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL COLEGIO TRAS EL DEBUT DIABETICO
TE	AE	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL	2022#51	RECOMENDACIONES DIETETICAS Y NUTRICIONALES PARA PACIENTES PEDIATRICOS INGRESADOS
TE	AE	H OBISPO POLANCO RADIODIAGNOSTICO	FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA	2022#238	PROPUESTA DE MEJORA DE LA DETECCION DE MICROCALCIFICACIONES EN EL MAMOGRAFO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	AE	H OBISPO POLANCO REHABILITACION	COLAS LOPEZ PATRICIA	2022#386	IMPLEMENTACION DE UN CIRCUITO RAPIDO DE ASISTENCIA PARA PACIENTES OPERADOS DE NEOPLASIA DE MAMA CON POSIBILIDAD DE DESARROLLAR LINFEDEMA EN MIEMBRO SUPERIOR Y REALIZACION DE UN PROGRAMA DE INFORMACION
TE	AE	H OBISPO POLANCO TRABAJO SOCIAL	MUÑOZ LEON MERCEDES PILAR	2022#98	ABORDAJE DEL PACIENTE SOLICITANTE DE INFORMES MEDICOS CON FIN DE ÍNDOLE SOCIAL
TE	AE	H OBISPO POLANCO TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	MUNIESA HERRERO MARIA PILAR	2022#74	CREACION DE UNA CONSULTA DE ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELETICA E INTERVENCIÓN ECOGUIADO , EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
TE	AE	H OBISPO POLANCO TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR	2022#146	REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA
TE	AE	H OBISPO POLANCO TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	GARCIA GARCIA PILAR	2022#173	OPTIMIZACION DEL SONDAJE NASOGASTRICO. MANEJO DEL DOLOR CON LIDOCAINA ATOMIZADA
TE	AE	H OBISPO POLANCO TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	ROYO AGUSTIN MARIA	2022#177	ADECUACION DEL FORMULARIO DE ALTA PARA LA VALORACION INTEGRAL EN EL PACIENTE ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA
TE	AE	H OBISPO POLANCO TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	TORRIJO VALERO ANA MARIA	2022#258	IMPLANTACION DE MEDIDAS PARA MEJORAR EL DESCANSO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA PLANTA DE TRAUMATOLOGIA Y UROLOGIA
TE	AE	H OBISPO POLANCO TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	RILLO LAZARO AGUSTIN	2022#316	MEJORA DE LA TRAYECTORIA CLÍNICA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
TE	AE	H OBISPO POLANCO TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES	2022#566	EVALUACION NUTRICIONAL EN PACIENTES INTERVENIDOS POR FRACTURA DE CADERA
TE	AE	H OBISPO POLANCO UCE HOSPITAL OBISPO POLANCO	RESANO TOBAJAS JUANA MARIA	2022#1	PROGRAMA DE PROTOCOLIZACION Y REGISTRO DE ACTIVIDADES GRUPALES EN LA UCE DE PSIQUIATRIA
TE	AE	H OBISPO POLANCO UCE HOSPITAL OBISPO POLANCO	ANADON RUIZ LETICIA	2022#816	TECNICAS DE RELAJACION PARA MEJORAR EL BIENESTAR DEL PACIENTE
TE	AE	H OBISPO POLANCO	VALDOVINOS MAHAVE	2022#12	IMPLEMENTACION DE UNA "GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
		UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	CONCEPCION		DE LA SEDOANALGESIA Y DEL DELIRIUM* EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	AE	H OBISPO POLANCO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	MONTON DITO JOSE MARIA	2022#20	IMPLEMENTACION DE LA INSERCIÓN ECOGUIADA DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES Y ARTERIALES EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	AE	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	MUÑOZ MENDOZA VANESA	2022#100	IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE DETECCIÓN PRECOZ DEL VIH EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
TE	AE	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	GALVE ROYO FERNANDO	2022#111	CIRCUITO DE PACIENTES AMBULATORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
TE	AE	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	SANCHEZ LAHUERTA SORAYA	2022#30	PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CRÍTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	AE	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	MAICAS MAICAS MARIA JOSE	2022#233	MEJORAR LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON HERIDAS CRONICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	AE	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	IANNUZZELLI BARROSO CARLA GRACIELA	2022#318	APLICACION DE LOS CRITERIOS DE OTTAWA PARA LA REALIZACION DE RADIOGRAFIAS DE TOBILLO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
TE	AE	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	GALLEGO PEÑALVER FRANCISCO JOSE	2022#395	APLICACION DE LOS CRITERIOS DE OTTAWA PARA LA REALIZACION DE RADIOGRAFIAS DE RODILLA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

*Número de proyectos: 1210*

**Sector TERUEL**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
TE	SM	CRP SAN JUAN DE DIOS UME, ULE Y PSICOGERIATRÍA CRP SAN JUAN DE DIOS	LOPEZ GARCIA ROCIO	2022#523	PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCIÓN DEL SEDENTARISMO
TE	SM	CRP SAN JUAN DE DIOS UME, ULE Y PSICOGERIATRÍA CRP SAN JUAN DE DIOS	FERRER GAMERO ALBA	2022#839	PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE DISFAGIA OROFARÍNGEA EN PACIENTES DEL CRP SAN JUAN DE DIOS (TERUEL)

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

*Número de proyectos: 1210*

**Sector TERUEL**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
TE	SS	CSS SAN JOSE GERIATRIA	GRACIA POLO SANDRA	2022#361	MEJORA EN ADECUACION Y USO RACIONAL DE TERAPIAS MEDIANTE LA IMPLANTACION DEL USO DE LA VÍA VENOSA CENTRAL DE ACCESO PERIFERICO EN EL HOSPITAL SAN JOSE
TE	SS	CSS SAN JOSE GERIATRIA	GALA SERRA CARLOS	2022#384	PROYECTO DE MEJORA DELIRIUM Y DETERIORO FUNCIONAL EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO
TE	SS	CSS SAN JOSE GERIATRIA	LINGE MARTIN MAGDALENA	2022#432	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN PLANTA HOSPITALARIA. IDENTIFICACION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS
TE	SS	CSS SAN JOSE HOSPITAL DE DIA GERIÁTRICO	BURILLO LAFUENTE MARIO	2022#213	DETECCION Y PREVENCION DE LA FRAGILIDAD DESDE EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ALCAÑIZ**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
AL	AP	CS ALCAÑIZ AP	TELMO HUESO SIRA MARIA	2022#220	INTERVENCION SOBRE LA SOLICITUD DE CRIBADOS DE SEROLOGIA DE HEPATITIS C EN POBLACION DE RIESGO
AL	AP	CS ALCAÑIZ API/AT.COM	MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE	2022#359	MEJORA USO DE ANTIBIOTERAPIA EN PEDIATRA (FARINGOAMIGDALITIS AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA)
AL	AP	CS ALCAÑIZ API/AT.COM	MONTERO PLUMED RAQUEL	2022#823	PROYECTO PILOTO DE UN TALLER DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL AL ALUMNADO DE 6º PRIMARIA DEL COLEGIO SAN VALERO DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ AP	SORRIBAS MARTI MIRIAM	2022#836	PLAN DE MEJORA DE LA VACUNACION DEL TETANOS
AL	AP	CS ALCAÑIZ API/AT.COM	LAMARRE MICHELOT	2022#879	DIABETES MELLITUS Y RAMADAN
AL	AP	CS ALCAÑIZ AP	CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA	2022#885	REIMPLANTACION DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN CS ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ API/AT.COM	AGUILAR JULIAN MARTA	2022#965	DESGRANANDO EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS
AL	AP	CS ALCAÑIZ API/AT.COM	MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN	2022#975	CONOCE TU ENTORNO, CONOCE SUS GENTES
AL	AP	CS ALCAÑIZ API/AT.COM	MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL	2022#987	SALVANDO CORAZONES EN EL CRA DEL MEZQUÍN
AL	AP	CS ALCAÑIZ AP	IBÁÑEZ CANO ANA	2022#1004	CONTROL OPTIMO DE LDL EN POBLACION DIABETICA CON MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL AMBITO RURAL
AL	AP	CS ALCAÑIZ AP	CASTELLANO JUSTE ISABEL	2022#1051	¡DIVIERTETE SEGURO!
AL	AP	CS ALCAÑIZ AP	NUIN CONS ELENA	2022#1295	"ACTUALIZACION EN PATOLOGÍAS URGENTES PARA MEJORAR LA ASISTENCIA Y UTILIZACION DE RECURSOS EN LA ATENCION CONTINUADA DE ALCAÑIZ"
AL	AP	CS ALCORISA AP	VERA SAEZ-BENITO MARIA CRISTINA	2022#235	INFORMACION PARA PADRES SOBRE LACTANCIA, ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL LACTANTE Y DIETA SALUDABLE EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
AL	AP	CS ALCORISA API/AT.COM	MAGRAZO GASION MARTA	2022#645	REALIZACION DE MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA ZONA DE SALUD DE ALCORISA
AL	AP	CS ANDORRA API/AT.COM	ROMERO ARASANZ EMMA	2022#659	"RUTAS SALUDABLES DE LA PUERTA DE LOS VIENTOS"
AL	AP	CS ANDORRA API/AT.COM	GARCIA LOPEZ ANA MARIA	2022#664	"PHASEAAA: PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LAS ESCUELAS DE PRIMARIA"
AL	AP	CS ANDORRA AP	VAQUE BIELSA MARIA-PILAR	2022#703	¡QUE BIEN RESPIRO! MEJORA EN LA ATENCION INTEGRAL DE LOS PACIENTES EPOC
AL	AP	CS ANDORRA API/AT.COM	LOPEZ SAURAS SUSANA	2022#704	"METAMORFOSIS: DE PORCELANA A DIAMANTE". DIAGNOSTICO PRECOZ E INTERVENCION SOBRE FRAGILIDAD DESDE EL AMBITO COMUNITARIO
AL	AP	CS ANDORRA API/AT.COM	GASPAR BLASCO ANTONIO	2022#785	"NO ESTAS SOL@" ABORDAJE DE SITUACIONES DE SOLEDAD NO DESEADA MEDIANTE RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD
AL	AP	CS ANDORRA API/AT.COM	SALES BUJ ARANTXA	2022#1040	TALLER SOBRE SUELO PELVICO EN ALLOZA
AL	AP	CS CALACEITE API/AT.COM	GIL MOLINOS MARTA	2022#512	EN LAS AULAS DE INFANTIL DEL CRA MATARRANYA, QUEREMOS SER PEDIATRAS
AL	AP	CS CALACEITE AP	SIMON MELCHOR ALBA	2022#532	PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A PACIENTES CON EPOC PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA Y SU ADHERENCIA TERAPEUTICA A LOS FARMACOS INHALADOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE
AL	AP	CS CALACEITE API/AT.COM	CIOBANU DIUGU CAROLINA MARIANA	2022#608	CONOCIENDO SALUD INFORMA
AL	AP	CS CALACEITE API/AT.COM	CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON	2022#1003	INICIACION EN EL MANEJO DEL DESA Y PRIMEROS AUXILIOS EN ZONA RURAL
AL	AP	CS CALANDA AP	CHAMOCHO OLMOS ELVIRA DOLORES	2022#790	PIE DIABETICO EN LA ZONA BASICA DE CALANDA
AL	AP	CS CALANDA API/AT.COM	SUSO FERNANDEZ MARTA	2022#903	GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD CALANDA
AL	AP	CS CANTAVIEJA API/AT.COM	PAULO FUERTES ROSARIO	2022#293	MAPEO DE ACTIVOS DE LA ZONA DE SALUD DE CANTAVIEJA
AL	AP	CS CASPE API/AT.COM	CLEMENTE GARCES CARMEN	2022#760	SALUD PARA MUJERES EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE



**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ALCAÑIZ**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
AL	AP	CS HIJAR API/AT.COM	REMIRO MONLEON SARA	2022#557	FORMACION DE PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS EN EL AMBITO DE ATENCION COMUNITARIA PARA LA PREVENCION DEL ANCIANO FRAGIL
AL	AP	CS HIJAR API/AT.COM	PEREZ ADELL LAURA	2022#683	ADAPTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA Y PRESCRIPCION DE ACTIVOS DE SALUD EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR 2022
AL	AP	CS HIJAR AP	LAZARO GRACIA MARIA PILAR	2022#1006	PROYECTO DE MEJORA EN LA DETECCION Y TRATAMIENTO DE LA PROTEINURIA EN PACIENTES DIABETICOS
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS API/AT.COM	GARCIA LOZANO MARIA ANGELES	2022#1151	RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD: TALLER DE MEMORIA DIRIGIDO A HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS AP	SANCHEZ GORRIZ MARIA TERESA	2022#1189	CLASIFICACION Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS FISICAS EN ESTADO PASIVO (EXITUS Y DESPLAZADOS) CORRESPONDIENTE AL CENTRO DE SALUD MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS MUNIESA AP	PASTOR SANZ MARTA	2022#721	MEJORA EN LA ADECUACION DE ENOXAPARINA BIOSIMILAR EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA
AL	AP	CS MUNIESA API/AT.COM	SALESA ALBALATE ALBERTO	2022#919	RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA
AL	AP	CS VALDERROBRES AP	FERRANDO AZNAR CLARA	2022#755	ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CS VALDERROBRES
AL	AP	CS VALDERROBRES AP	MIRAVET GOMEZ ARTURO	2022#993	DETECCION DE EPOC, EDUCACION, TRATAMIENTO Y MEJORA DE SU SEGUIMIENTO TRAS PANDEMIA DE COVID-19
AL	AP	CS VALDERROBRES AP	FERRER SOROLLA DANIEL	2022#1076	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ALCAÑIZ**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
AL	AE	H ALCAÑIZ ADMISION	PEREZ VILLANUEVA M. DEL MAR	2022#1029	INTEGRACION EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS POR EMPRESAS EXTERNAS AL SALUD
AL	AE	H ALCAÑIZ ANATOMÍA PATOLÓGICA	ALMANZAR COMAS HELEN PATRICIA	2022#1086	INCORPORACION DEL BIOMARCADOR PREDICTIVO PD-L1 EN CANCER DE PULMON DE CELULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) Y POSTERIORMENTE OTROS, EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	AE	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACIÓN	MONTON MILLAN ELISA	2022#65	CREACION DE UNA TARJETA DE VÍA AEREA DIFÍCIL INDIVIDUALIZADA PARA IDENTIFICAR A LOS PACIENTES CON DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LA MISMA
AL	AE	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACIÓN	PEREZ MORENTE MARIA DEL MAR	2022#68	IMPLEMENTACION DE MEJORAS EN EL PROCEDIMIENTO DE ASISTENCIA A LA INTUBACION FUERA DE QUIROFANO
AL	AE	H ALCAÑIZ BIOQUÍMICA	SOLE LLOP MARIA ESTHER	2022#132	INTRODUCCION DEL CALCULO DE ÍNDICES DE FIBROSIS PARA LA DETECCION TEMPRANA Y VALORACION DE LA ENFERMEDAD HEPATICA GRASA ASOCIADA A DISFUNCION METABOLICA (MAFLD) DESDE EL LABORATORIO CLINICO
AL	AE	H ALCAÑIZ BIOQUÍMICA	PRIETO LOPEZ CARLOS DAMIAN	2022#260	IMPLEMENTACION DEL CIRCUITO DE PRUEBAS DE INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS DESDE EL LABORATORIO CLINICO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	AE	H ALCAÑIZ BIOQUÍMICA	ZAKARIYA-YOUSEF BREVAL FATIMA	2022#332	MEJORA DE LA SOLICITUD DE PETICION ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS: CONFIGURACION DE PANELES ESPECIFICOS DE PRUEBAS
AL	AE	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	GIMENEZ GIMENO CRISTINA	2022#92	ELABORACION DE UNA GUÍA RAPIDA PARA EL MANEJO DE MEDICACION DE USO MENOS FRECUENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO
AL	AE	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	GARCIA CABAÑERO MARIA JOSE	2022#925	ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO (UROLOGÍA, TRAUMATOLOGÍA Y OTORRINOLARINGOLOGÍA)
AL	AE	H ALCAÑIZ CARDIOLOGÍA	JUEZ JIMENEZ ANGELA	2022#584	INSTAURACION DE UN CIRCUITO PARA EL PACIENTE CARDIOLOGICO AGUDO PROCEDENTE DEL AREA DE ALCAÑIZ
AL	AE	H ALCAÑIZ CARDIOLOGÍA	MESEGUER GONZALEZ DANIEL	2022#655	USO DE REGISTRADORES DE EVENTOS EXTERNOS PORTATILES EN EL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DE LAS PALPITACIONES EN UNA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA
AL	AE	H ALCAÑIZ CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA	MARTINEZ UBIETO FERNANDO	2022#918	INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA. HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ
AL	AE	H ALCAÑIZ DERMATOLOGÍA	DIAGO IRACHE ADRIAN	2022#548	TELEDERMATOLOGÍA. MEJORA DE LA COLABORACION ENTRE MEDICINA DE FAMILIA Y DERMATOLOGÍA
AL	AE	H ALCAÑIZ DIGESTIVO	SOLANO SANCHEZ MARINA LUISA	2022#541	VIA CLÍNICA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE QUE ACUDE A URGENCIAS POR RECTORRAGIA
AL	AE	H ALCAÑIZ ENDOCRINOLOGÍA	VERDES SANZ GUAYENTE	2022#833	AJUSTE DEL TRATAMIENTO ANTIDIABETICO AL INGRESO HOSPITALARIO DEL PACIENTE DIABETICO O CON HIPERGLUCEMIA NO COMPLICADA
AL	AE	H ALCAÑIZ ENDOCRINOLOGÍA	HERNANDEZ GARCIA ADORACION	2022#865	RECICLAJE DE LA TECNICA DE INYECCION DE INSULINA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 INSULINIZADOS
AL	AE	H ALCAÑIZ ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION PLANTA 2	MARTINEZ FERRI MARIA JOSE	2022#95	CUADRO DE MANDOS DEL PROCESO ENFERMERO EN HOSPITALIZACION
AL	AE	H ALCAÑIZ ESTERILIZACIÓN	GONZALEZ VAQUERO CARMEN	2022#197	MEJORA DEL PROCESO DE LAVADO DEL MATERIAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION
AL	AE	H ALCAÑIZ FARMACIA	FERNANDEZ ALONSO EDGAR	2022#164	IMPLANTACION DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN URGENCIAS. INTEGRACION PCH®-FARMATOOLS®
AL	AE	H ALCAÑIZ FARMACIA	ALONSO TRIANA YARA MARIA	2022#473	OPTIMIZACION DE LA SEGURIDAD EN LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	AE	H ALCAÑIZ HEMATOLOGÍA	REDONDO GUIJO ALBA MARIA	2022#528	CRITERIOS DE VALIDACION TECNICA DE HEMATIMETRÍA Y ESTABLECIMIENTO DE VALORES CRITICOS
AL	AE	H ALCAÑIZ HEMATOLOGÍA	MARTIN-CONSUEGRA RAMOS SOFIA	2022#802	EFICIENCIA EN LA GESTION DE LA TRANSFUSION DE PLAQUETAS
AL	AE	H ALCAÑIZ HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO	ARTAJONA RODRIGO ESTER	2022#455	VÍA CLÍNICA PARA LA TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN DOMICILIO DE PACIENTES CRONICOS CON ANEMIA SIMTOMATICA
AL	AE	H ALCAÑIZ MEDICINA DEL TRABAJO	ROYO ANADON JULIA	2022#494	ACTUALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DEL ACCIDENTE BIOLÓGICO
AL	AE	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	MONREAL PRATS RAQUEL	2022#460	GESTION POR PROCESOS EN LA UNIDAD DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	AE	H ALCAÑIZ MEDICINA PREVENTIVA	MARTIN REMON JORGE	2022#159	PLAN APPCC. ANALISIS DE PELIGROS Y PUNTOS DE CONTROL CRÍTICOS, EN LA COCINA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

Sector **ALCAÑIZ**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
AL	AE	H ALCAÑIZ MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	MORENO HIJAZO MIGUEL	2022#122	ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE SENSIBILIDAD ANTIBIOTICA
AL	AE	H ALCAÑIZ NEFROLOGÍA	SORIA VILLEN ALEJANDRO	2022#953	IMPLEMENTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA PARA FARMACOS DE DISPENSACION HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS
AL	AE	H ALCAÑIZ NEUMOLOGÍA	FANDOS LORENTE SERGIO	2022#778	MEJORA EN EL SEGUIMINETO DEL PACIENTE CON EPOC CONTROLADA
AL	AE	H ALCAÑIZ NEUROLOGÍA	OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO	2022#998	INSTAURACION Y DIVULGACION DEL DOCUMENTO: "INSTRUCCION TECNICA: PUNCION LUMBAR"
AL	AE	H ALCAÑIZ NEUROLOGÍA	BALLESTER MARCO LAURA	2022#1046	INSTAURACION DE CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON CEFALEA
AL	AE	H ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	SANZ ARENAL ANA	2022#133	IMPLEMETACION DEL CRIBADO DE PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	AE	H ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	BARRABES SANCHEZ MIRIAN	2022#240	ANALISIS MODAL DE FALLOS Y ERRORES EN EL PARTORIO DEL HOSPITAL ALCAÑIZ
AL	AE	H ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	LABORDA GOTOR RAMIRO ALBERTO	2022#259	PROTOCOLO DE ACTUACION EN PRESENTACION NO CEFALICA A TERMINO
AL	AE	H ALCAÑIZ OFTALMOLOGÍA	CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER	2022#124	ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACION PARA LA REALIZACION DE INYECCIONES INTRAVITREAS EN CONSULTAS
AL	AE	H ALCAÑIZ OFTALMOLOGÍA	LATRE REBLEDE PILAR BEATRIZ	2022#188	PROGRAMA DE CRIBADO DE LAS DERIVACIONES DE ATENCION PRIMARIA PARA REDUCIR LA DEMORA DE PRIMERAS VISITAS
AL	AE	H ALCAÑIZ ONCOLOGÍA MEDICA	VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO	2022#356	IMPLEMENTACION DE LA UTILIZACION DE ESCALAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN EL PACIENTE ONCOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL
AL	AE	H ALCAÑIZ ONCOLOGÍA MEDICA	GALAN CERRATO MARIA NIEVES	2022#663	PROTOCOLO DE CONTROL DE TOXICIDAD: PERDIDA DE DENSIDAD MINERAL OSEA EN MUJERES POSTMENOPAUSICAS CON CANCER DE MAMA LUMINAL
AL	AE	H ALCAÑIZ ONCOLOGÍA MEDICA	FELICES LOBERA MARIA DEL PILAR	2022#705	IMPLEMENTACION DE LA REALIZACION DE ANALISIS GENETICO DE DYPD EN PACIENTES ONCOLOGICOS QUE VAN A RECIBIR TRATAMIENTO CON FLUOROPYRIMIDINAS
AL	AE	H ALCAÑIZ OTORRINOLARINGOLOGÍA	LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR	2022#846	INTRODUCCION EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ DE LA CIRUGIA DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL MEDIANTE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
AL	AE	H ALCAÑIZ OTORRINOLARINGOLOGÍA	CORTIZO VAZQUEZ ELOY	2022#874	MEJORA EN LA DERIVACION DE PACIENTES ONCOLOGICOS DE CABEZA Y CUELLO
AL	AE	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	ORDEN RUEDA CLAUDIA	2022#131	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO CON FENTANILO INTRANASAL ANTE LOS TRAUMATISMOS/FRACTURAS RECIBIDOS EN LA POBLACION PEDIATRICA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	AE	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	OCHOA GOMEZ LAURA	2022#192	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL SEGURO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	AE	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	CLAVERO MONTAÑES NURIA	2022#214	IMPLANTACION DE UNA GUÍA RAPIDA DE DOSIFICACION FARMACOLOGICA PEDIATRICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	AE	H ALCAÑIZ RADIODIAGNOSTICO	GARCIA VILLANUEVA MARIA PILAR	2022#374	COMPROBACION DE LA INTEGRIDAD DE MANDILES PLOMADOS, PROTECTORES TIROIDEOS Y GONADALES
AL	AE	H ALCAÑIZ RADIODIAGNOSTICO	MOR JULVE EMILIO	2022#1155	INFORMATIZACION DE LA PETICION DE CITA EN EL SERVICIO DE RACIOLOGÍA
AL	AE	H ALCAÑIZ RADIODIAGNOSTICO	VAREA SANZ MARZO ANTONIO	2022#1206	IMPLANTACION DE LA EXPLORACION CON ECO-DOPPLER EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	AE	H ALCAÑIZ REHABILITACIÓN	MACIA CALVO MONICA	2022#413	IMPLANTACION DE LA INTERCONSULTA ELECTRONICA HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION
AL	AE	H ALCAÑIZ REHABILITACIÓN	VIDAL ABOS ANA M.	2022#477	ORGANIZACION INTERNA PARA AGILIZAR EL CONTROL DE REVISIONES FACULTATIVAS
AL	AE	H ALCAÑIZ REHABILITACIÓN	ALEJOS TELMO LAURA	2022#479	PROTOCOLO DE MECANOTERAPIA PARA OMALGIA
AL	AE	H ALCAÑIZ TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	MAURAIN VILORIA ANA ISABEL	2022#862	INCLUSION EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE LA ARTROSCOPIA DE RODILLA
AL	AE	H ALCAÑIZ URGENCIAS	COLAS OROS CARLOS ENRIQUE	2022#377	IMPLANTACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	AE	H ALCAÑIZ UROLOGIA	ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER	2022#178	IMPLEMENTACION DE CIRUGÍA LAPAROSCOPICA EN UROLOGÍA

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

*Número de proyectos: 1210*

**Sector ALCAÑIZ**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
AL	AE	H ALCAÑIZ USM ALCAÑIZ	FRADE PEDROSA OLALLA	2022#289	PROGRAMA DE MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ACIDO VALPROICO EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	AE	H ALCAÑIZ USM ALCAÑIZ	SAENZ BALLOBAR ANA MARIA	2022#894	PROGRAMA DE MEJORA PARA LA PREVENCION DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	AE	H ALCAÑIZ USM ALCAÑIZ	SOLDEVILLA NASARRE ALFREDO	2022#956	PROGRAMA DE INTERVENCION DESDE METODOLOGÍA PROCEDENTE DE LA PSICOTERAPIA EN PACIENTE CON CEFALIAS CRONICAS DERIVADOS DESDE SERVICIO DE NEUROLOGIA
AL	AE	H ALCAÑIZ USMJ ALCAÑIZ	DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA	2022#824	PROGRAMA DE INTERVENCION PARA EL TRATAMIENTO DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS EN POBLACION ADOLESCENTE, POR MEDIO DE TERAPIA DE GRUPO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 1**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z1	AP	CS ACTUR NORTE AP	GARRALON ORTEGA CRISTINA	2022#301	MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ULCERAS VASCULARES EN EXTREMIDADES INFERIORES EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S. ACTUR NORTE
Z1	AP	CS ACTUR NORTE AP	REINAO CEGOÑINO HECTOR	2022#994	AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL Y LA IMPLEMENTACION DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DESDE LA UNIDAD DE ATAO EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	AP	CS ACTUR NORTE AP	LOPEZ CAMPOS MONICA	2022#1095	ATENCION A NIÑOS CON TRASTORNOS DE TIPO ALERGICO. INCORPORACION DE UNA CONSULTA DE SEGUIMIENTO MEDIANTE TECNICA PRICK-TEST
Z1	AP	CS ACTUR NORTE AP	SAURA CAMPOS ASCENSION	2022#1197	REVISION DEL PACIENTE ASMATICO ADULTO DESDE UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA SIGUIENDO LA GEMA 5.2 Y EL CONSENSO DE CRITERIOS DE DERIVACION EN ASMA 2.0
Z1	AP	CS ACTUR NORTE AP	GUTIERREZ TORIO ANA SARA	2022#1201	MEJORA EN EL CONTROL TERAPEUTICO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K
Z1	AP	CS ACTUR NORTE AP	SANZ CASORRAN BELEN	2022#1225	PROMOCION DE LA ATENCION AL PACIENTE CRONICO DEL C. S. ACTUR NORTE DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERIA, MEDIANTE REVISION Y FORMACION EN EL CUADRO DE MANDOS
Z1	AP	CS ACTUR NORTE AP/IAT.COM	GARCIA GARCIA INMACULADA	2022#1289	ACTIVIDADES COMUNITARIAS DEL CS ACTUR NORTE TRAS LA PANDEMIA POR SARS-COV-2: REVISION Y ACTUALIZACION DE LA AGENDA COMUNITARIA
Z1	AP	CS ACTUR OESTE AP	SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL	2022#81	PUESTA EN MARCHA EN EL C.S. ACTUR OESTE DEL BOTON DE ALARMA PARA LOS AVISOS DOMICILIARIOS DE MEDICOS Y ENFERMERAS
Z1	AP	CS ACTUR OESTE AP	LAFITA MAINZ SERGIO	2022#428	CIRUGÍA MENOR: MANEJO DE LA CIRUGÍA DE LOS QUISTES SUBCUTANEOS EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS ACTUR OESTE AP	LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL	2022#1291	MEJORA DE LOS INDICADORES CLÍNICOS Y DEL CONTROL CON ESPIROMETRÍA DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO EPOC EN EL CS ACTUR OESTE
Z1	AP	CS ACTUR SUR AP	TENA DOMINGO INMACULADA	2022#435	REGISTRO UNIFICADO DE INTERVENCIONES EN CARTILLA DE EMBARAZO
Z1	AP	CS ACTUR SUR AP	GARCIA JULVEZ MARIA	2022#1005	MEJORA DE LA CAPTACION Y ATENCION AL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR
Z1	AP	CS ACTUR SUR AP	TIMONEDA TIMONEDA MARIA ESTER	2022#1070	CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR
Z1	AP	CS ACTUR SUR AP	HIGUERAS SAN ROMAN BLANCA MARIA	2022#1073	PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR
Z1	AP	CS ACTUR SUR AP/IAT.COM	PELEGAY BUGARIN ANA ISABEL	2022#1132	PROMOCION DE LA AUTONOMÍA DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR EN EL USO DE RECURSOS E INFORMACION DIGITAL DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGON
Z1	AP	CS AVDA CATALUÑA (LA JOTA) AP/IAT.COM	CLEMENTE JIMENEZ LOURDES	2022#392	PROYECTO CALIDAD MEJORA EN LA GESTION DE RECETA ELECTRONICA A TRAVES DE UN PROGRAMA DE COLABORACION CON LAS OFICINAS DE FARMACIA DEL AREA DE SALUD DEL CDS DE LA JOTA
Z1	AP	CS AVDA CATALUÑA (LA JOTA) AP	SALAZAR GONZALEZ ELISA PILAR	2022#491	IMPLEMENTACION DEL DECALOGO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, DE LA TRANSICION AL ATA EN INSUFICIENCIA CARDIACA
Z1	AP	CS AVDA CATALUÑA (LA JOTA) AP	MAHULEA LILIANA	2022#591	PROYECTO DE CALIDAD PARA LA MEJORA DEL REGISTRO DE LOS PRINCIPALES INDICADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LAS PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 DEL CENTRO DE SALUD LA JOTA DE ZARAGOZA
Z1	AP	CS AVDA CATALUÑA (LA JOTA) AP/IAT.COM	PARDO PARDO CONSUELO	2022#660	CREACION DEL GRUPO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA O ¿COMO EMPEZAMOS A SEGUIR CON LA ATENCION COMUNITARIA EN EL BARRIO?
Z1	AP	CS AVDA CATALUÑA (LA JOTA) AP	GOMEZ MARCOS FRANCISCO JAVIER	2022#744	PRESCRIPCION RESPONSABLE DE BENZODIACEPINAS DE USO CRONICO EN EL CENTRO DE SALUD LA JOTA
Z1	AP	CS AVDA CATALUÑA (LA JOTA) AP	LAFUENTE PARDOS MARIA SUSANA	2022#847	ELABORACION DE MATERIAL DE CONSULTA MULTILENGUAJE PARA MATRONAS
Z1	AP	CS AVDA CATALUÑA (LA JOTA) AP	SORA USON OLGA	2022#1059	SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION/RETIRADA DE FARMACOS EN ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS AVDA CATALUÑA (LA JOTA) AP	SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO	2022#1097	CAMINANDO JUNTOS EN LA MEJORA DE LA SALUD MENTAL DE NUESTRA POBLACION
Z1	AP	CS BUJARALOEZ AP/IAT.COM	JUAN JOVEN IRENE	2022#376	EDUCACION SOBRE SEXUALIDAD, ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS) Y METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA ADOLESCENTES DEL IES BUJARALOEZ
Z1	AP	CS BUJARALOEZ	SALVADOR MONTEJANO	2022#578	VIOLENCIA, CONTROL Y REDES SOCIALES

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 1**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
		API/AT.COM	RAQUEL		
Z1	AP	CS LUNA AP	MANJON DOMINGUEZ MARIA ANGELES	2022#89	PROGRAMA PARA LA MEJORA PSICOSOCIAL DEL PACIENTE DIABETICO Y SU ENTORNO
Z1	AP	CS LUNA AP	HERNANDEZ ABADIAS ISABEL	2022#136	MOJATE CON EL ALCOHOL
Z1	AP	CS PARQUE GOYA AP	BARTOLOME MORENO CRUZ BELEN	2022#391	UN NUEVO MODELO DE CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA: "HACER LO DE HOY, HOY"
Z1	AP	CS PARQUE GOYA AP	CARRERA HERNANDEZ RAQUEL	2022#526	PROYECTO PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD, AL CENTRO, A LA GESTION DE CITAS Y A LA INFORMACION QUE PROPORCIONANA LOS SANITARIOS. INFOGRAFÍAS DE LA APP SALUD INFORMA
Z1	AP	CS PARQUE GOYA AP	ROYO PEREZ NIEVES DELIA	2022#614	IMPLEMENTACION DEL CARRO DE PARADAS PEDIATRICO Y CAPACITACION DEL EAP PARQUE GOYA PARA LA ATENCION AL NIÑO GRAVE
Z1	AP	CS SANTA ISABEL API/AT.COM	ALQUEZAR SERRANO LAURA	2022#114	DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA PARA IMPLEMENTAR/MEJORAR LOS HABITOS ALIMENTARIOS SEGUN EL PATRON DIETETICO DE DIETA MEDITERRANEA EN PACIENTES OBESOS
Z1	AP	CS SANTA ISABEL API/AT.COM	COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR	2022#252	MEJORANDO LA INFORMACION AL PACIENTE PEDIATRICO EN EL CENTRO DE SALUD MEDIANTE LA ENTREGA DE FORMA ESCRITA Y EL ACCESO UNIVERSAL VIA WEB
Z1	AP	CS SANTA ISABEL API/AT.COM	GONZALVO HERNANDO PILAR	2022#418	SALUD BUCODENTAL ESCOLARES MOVERA-PASTRIZ
Z1	AP	CS VILLAMAYOR AP	MORILLO MORILLAS NOELIA	2022#388	USO CORRECTO DE INHALADORES EN PACIENTES CRONICOS ATENCION PRIMARIA
Z1	AP	CS VILLAMAYOR AP	LACAMBRA DEITO MARIA PILAR	2022#676	IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE VILLAMAYOR
Z1	AP	CS VILLAMAYOR API/AT.COM	SOLER ABADIAS ROSA MARIA	2022#1292	CONOCER Y RECONOCER EL MAPA DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD DE VILLAMAYOR DE GALLEGO MEDIANTE PARTICIPACION COMUNITARIA
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL) AP	DIESTE MARCIAL MARIANO	2022#112	EDUCACION POBLACIONAL SOBRE PRIMEROS AUXILIOS PARA FAMILIAS ANTES DE LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL) AP	PINA SANZ ARANZAZU	2022#166	MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVES DE LAS REVISIONES DE LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS, INCIDENCIAS Y SUGERENCIAS DE LOS TRABAJADORES DEL C.S. PICARRAL
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL) AP	ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO	2022#215	USO CORRECTO DE INHALADORES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL) AP	GONZALEZ LILLO JOSE IGNACIO	2022#426	PLAN DE DEPRESCRIPCION Y OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS EN EL CS ZALFONADA-PICARRAL: FARMACOS "TRIPLE WHAMMY", MEDICAMENTOS CON RIESGO ANTICOLINEGICO Y SELECCION EFICIENTE DE IBPS
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL) API/AT.COM	DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO	2022#537	PROMOCION DE LA SALUD DEL PACIENTE FRAGIL. IDENTIFICACION Y PRESCRIPCION DE ACTIVOS EN CENTRO DE SALUD PICARRAL
Z1	AP	CS ZALFONADA (PICARRAL) API/AT.COM	DEZA PEREZ MARIA DEL CARMEN	2022#570	APOYO AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO EN EL CENTRO DE SALUD
Z1	AP	CS ZUERA API/AT.COM	GARCIA SALAVERA ARANZAZU	2022#174	RCP BASICA EN EL COLE
Z1	AP	CS ZUERA AP	VILLANUA BONET MARIA TERESA	2022#1100	IMPLANTAR EL USO DEL DERMATOSCOPIO EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA
Z1	AP	DAP ZARAGOZA 1 AP	LUQUE CARRO RAQUEL	2022#688	EDUCACION SANITARIA GRUPAL EN EL CLIMATERIO



**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 1**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z1	AE	CME GRANDE COVIAN ADMISION Y DOCUMENTACION	VALDEZATE GONZALEZ MARIANO	2022#558	GESTION DE EXITUS EN ARCHIVOS C.M.E. GRANDE COVIAN-CRUCES DE BASES DE DATOS B.D.U./HIS
Z1	AE	CME GRANDE COVIAN CONSULTAS EXTERNAS	SANCHEZ INSA ESTHER	2022#708	PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE DIAGNOSTICO AMBULATORIO DE TAQUIARRITMIAS MEDIANTE DISPOSITIVOS REGISTRADORES DE EVENTOS
Z1	AE	CME GRANDE COVIAN CONSULTAS EXTERNAS	VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA	2022#734	PLAN DE MEJORA PARA OPTIMIZAR EL PROCESO DE CITACIONES GENERALES DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES GRANDE COVIAN
Z1	AE	CME GRANDE COVIAN CONSULTAS EXTERNAS	FUENTELESZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA	2022#848	IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE MELANOMA EN EL SECTOR I
Z1	AE	CME GRANDE COVIAN CONSULTAS EXTERNAS	AGUDO TABUENCA ANA	2022#857	DOCUMENTOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES SOBRE LAS PRINCIPALES PATOLOGIAS ENDOCRINOLÓGICAS Y METABÓLICAS EN UN VOCABULARIO COMPRESIBLE PARA LA POBLACION GENERAL
Z1	AE	CME GRANDE COVIAN RADIODIAGNOSTICO	GIL DE GOMEZ MUÑOZ MARIA JOSE	2022#728	PLAN DE MEJORA PARA LA CREACION DE UN MANUAL INTEGRADO PARA CITACIONES DE RADIOLOGIA EN CENTRO DE ESPECIALIDADES GRANDE COVIAN
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA ANATOMIA PATOLÓGICA	RUIZ ROMERO MARIA INMACULADA	2022#729	ADECUACION DE LOS PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS INMUNOHISTOQUÍMICOS AL CAMBIO DEL SISTEMA DE AUTOMATIZACION
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVO	BLASCO JIMENEZ ANTONIO	2022#732	GESTION DE EXITUS EN HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. CRUCE DE BASES DE DATOS B.D.U. / H.I.S
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION GERIATRIA (PL.1)	FERRER MAHAVE MARTA	2022#149	EDUCACION PARA LA SALUD E IMPLANTACION DE MEDIDAS PARA LA MEJORA DE LA HIGIENE BUCODENTAL EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRIA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION GERIATRIA (PL.2)	FELEZ RODRIGUEZ ESTHER	2022#312	ENFOQUE GLOBAL E INTEGRAL DE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE GERIÁTRICO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA FARMACIA	REBOLLAR TORRES ELENA	2022#1066	PRESCRIPCION POR PRINCIPIO ACTIVO E IMPLANTACION DE CODIGOS-H EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA FARMACIA	QUEIPO GARCIA EVA	2022#1208	MEDICAMENTOS PELIGROSOS: ESTRATEGIAS DE ACTUACION E IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA FORMATIVO PARA LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	MARTINEZ NAVARRO RAQUEL	2022#375	RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DEL PACIENTE GERIÁTRICO HOSPITALIZADO. INTERVENCION CENTRADA EN EL PACIENTE Y CUIDADOR
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA	2022#457	IDENTIFICACION DE LOS FACTORES PREDICTORES DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ANCIANOS QUE INGRESAN CON FRACTURA DE CADERA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN	2022#604	DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD EN POBLACION MAYOR HOSPITALIZADA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	DOMINGO SANCHEZ M.ª DOLORES	2022#668	PACIENTES CANDIDATOS A IMPLANTE PERCUTANEO TRANSCATETER DE VALVULA AORTICA (PRETAVI) EN EL SECTOR I. EVALUACION-SEGUIMIENTO-FLUJOGRAMA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA	2022#1010	GARANTIZAR EL DESCANSO NOCTURNO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL HNSG, ACTUANDO EN EL ENTORNO HOSPITALARIO
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA GERIATRIA	GAMBOA HUARTE BEATRIZ	2022#748	INTERDISCIPLINARIDAD: GERIATRIA Y RADIOTERAPIA ONCOLOGICA EN EL ABORDAJE DEL CANCER DE RECTO
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA HOSPITAL DE DIA GERIATRICO	PEREZ BERASATEGUI OSCAR	2022#809	PROTOCOLIZACION DE LA DOCUMENTACION DE INGRESO, VALORACION, REGISTROS Y ALTA DE HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HDG)
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	DE TERA MUÑOZ MONTSERRAT	2022#145	IMPLANTACION DE UN CHECKLIST PARA LA REVISION DEL CARRO DE PARADAS EN LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	FERRER COLERA MARTA	2022#749	MANEJO DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS DURANTE LA ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA MEDICINA INTERNA	LAFUENTE MORUGA BEGOÑA	2022#935	ESTABLECIMIENTO DE CANAL DE COMUNICACION ENTRE PACIENTES Y/O FAMILIARES Y PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BLASCO GIMENO MARIA CONCEPCION	2022#777	EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL ABORDAJE DE LA PATOLOGIA PELVICA GINECOLOGICA CON OPCIONES A TRATAMIENTO QUIRURGICO
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA OFTALMOLOGIA	GIMENEZ CALVO GALADRIEL	2022#43	PROTOCOLO DE VERIFICACION TELEFONICA POSTOPERATORIA DE CATARATAS DEL PROGRAMA ALTA RESOLUCION DE CIRUGIA DE CATARATA AMBULATORIA (ARCCA)

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 1**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA OFTALMOLOGÍA	HERNANDEZ VIAN RUBEN	2022#54	DETECCION, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INSUFICIENCIAS DE CONVERGENCIA EN POBLACION JOVEN
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA OFTALMOLOGÍA	BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO	2022#279	DETECCION Y TRATAMIENTO DEL OJO SECO EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE CIRUGIA DE CATARATA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA OFTALMOLOGÍA	SANCHO REDONDO CARMEN	2022#113	CALIDAD VISUAL Y SATISFACCION DEL PACIENTE TRAS IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR TORICA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA OTORRINOLARINGOLOGÍA	FERNANDEZ LIESA RAFAEL	2022#966	CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO ORL-ATENCION PRIMARIA PARA EL DISEÑO DE ALGORITMOS DE MANEJO DE PROBLEMAS CLINICOS OTORRINOLARINGOLOGICOS
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA PROGRAMA CANCER DE MAMA	TORRALBA OLLOQUI PALOMA	2022#409	CONTROL DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA. PROTOCOLO DE IDENTIFICACION Y EVALUACION DE LOS CANCERES DE INTERVALO
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA RADIOLOGICO	TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE	2022#86	UTILIZACION DE LA ECOGRAFÍA EN LA INSERCIÓN DE CATETERES VENOSOS DE ACCESO PERIFERICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA RADIOLOGICO	SUÑEN AMADOR INES	2022#955	ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE RM GINECOLOGICA Y DE MAMA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA RADIOLOGICO	NAVAS CAMPO RAQUEL	2022#973	ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE CONTRASTES RADIOLOGICOS INTRAVENOSOS
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA RADIOLOGICO	PEREZ LOPEZ LAURA	2022#1084	ARMONIZACION DE LOS ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA SIMPLE Y DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA CLÍNICA EN HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACIÓN	SANTAMARIA TORROBA AMPARO	2022#679	PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON SÍNDROME MIOFASCIAL CERVICAL A LA CONSULTA DE REHABILITACION INTERVENCIONISTA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACIÓN	DE LA FUENTE BAYO DAVID	2022#766	FISIOTERAPIA EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE ROTURAS DE MANGUITO ROTADOR
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACIÓN	ORTEGO SAIZ GORKA	2022#782	PROYECTO DE MEJORA EN EL PROCESO REHABILITADOR PARA USUARIOS CON COVID PERSISTENTE DEL SECTOR I DE ZARAGOZA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA REHABILITACIÓN	ANAYA GIL TERESA	2022#783	PROYECTO DE CALIDAD PARA LA ATENCION FISIOTERAPICA PREVENTIVA PRECOZ DE PACIENTES CON LINFEDEMA POSTMASTECTOMÍA EN ESTADIOS 0 Y I DEL SECTOR I DE ZARAGOZA: AUTOCUIDADOS Y DRENAJE LINFATICO MANUAL
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	FLORES SAN MARTIN MARIA MERCEDES	2022#1244	REHABILITACION POSTQUIRURGICA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	GOMEZ SANZ CARMEN AMPARO	2022#1115	ELABORACION DE UNA TABLA-GUÍA PARA LA PREPARACION, DILUCION Y ADMINISTRACION DE LOS FARMACOS POR VÍA INTRAVENOSA DE USO MAS HABITUAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNSG
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	APARICIO TORNAY NURIA	2022#1178	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE NEBULIZACION Y AEROSOLTERAPIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO	2022#1270	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEDACION Y ANALGESIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA URGENCIAS	CHICOTE ABADIA M. BEGOÑA	2022#379	MANUAL DE FUNCIONAMIENTO PARA ENFERMERIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA. ZARAGOZA. SECTOR I
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA URGENCIAS	ESTABEN BOLDOVA VICTORIA PILAR	2022#899	INTRODUCCION DE LA ECOGRAFÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA URGENCIAS	PARDO VINTANEL TERESA	2022#921	EVALUACION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE PAUTADO EN PACIENTES CON PRIMER EPISODIO DE FIBRILACION/ FLUTTER AURICULAR ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA UTCA HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA	CARCELLER TEJEDOR AMAYA	2022#884	MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA UTP HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA	HORNA DURO MARIA CARMEN	2022#982	ATENCION TELEFONICA EN LA UTP/UTCA
Z1	AE	H NTRA SRA DE GRACIA UTP HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA	LOPEZ MOSTEO MARIA ESTHER	2022#1126	MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE DERIVADO A U.T.P. DURANTE LA LISTA DE ESPERA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA ADMISION	SAURA HERNANDEZ SONIA	2022#710	MANUAL DE ACOGIDA DE LA UNIDAD DE CODIFICACION CLÍNICA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA ALERGOLOGÍA	PEREZ CAMO IGNACIO JAVIER	2022#1284	ANALISIS DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS ALERGOLOGICOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE ALERGOLOGÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA CON ARREGLO A LAS RECOMENDACIONES ACTUALES

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD**  
**PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 1**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA ANESTESIA Y REANIMACIÓN	GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA	2022#1232	FISIOTERAPIA RESPIRATORIA PERIOPERATORIA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA BLOQUE QUIRURGICO, ESTERILIZACION	DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES	2022#1190	VIGILANCIA DE LA PROTECCION DE LOS PUNTOS DE APOYO EN EL PACIENTE QUIRURGICO
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA CARDIOLOGÍA	MARTINEZ LABUENA ANA	2022#669	MEJORA DEL INFORME DE ALTA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA O SÍNDROME CORONARIO AGUDO
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA CARDIOLOGÍA	ALIACAR MUÑOZ MARTA	2022#680	DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA EL SEGUIMIENTO PRECOZ AL ALTA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA CARDIOLOGÍA	AUQUILLA CLAVIJO PABLO	2022#990	PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA ATENCION DE PACIENTES ANTES Y DESPUES DE UN CATETERISMO CARDIACO
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA	FERRER SOTELO ROCIO	2022#930	AUTOTRANSPLANTE DE MICROBIOTA EN EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS POR EXCLUSION
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA DERMATOLOGÍA	CONEJERO DEL MAZO RAQUEL	2022#840	EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LA TELEDERMATOLOGÍA MEDIANTE IMAGEN CLÍNICA Y DERMATOSCOPIA EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA DIGESTIVO	ANGULO PALACIN ANA CRISTINA	2022#630	MEJORA EN LA ATENCION A PACIENTES PORTADORES DE SONDA DE GASTROSTOMÍA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA DIGESTIVO	PEREZ MILLAN MARIA	2022#1158	IMPLEMENTACION DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES VA A REALIZAR UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CON SEDACION PROFUNDA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA DIGESTIVO	MOSTACERO TAPIA SONIA	2022#1247	SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO HEPATICO EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA DOCUMENTACION CLÍNICA Y ARCHIVO	LORENTE GORDO PURIFICACION	2022#546	GESTION DE EXITUS EN ARCHIVOS HRV - CRUCE DE BASES DE DATOS BDU/HIS
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA ENDOCRINOLOGÍA	GRACIA GIMENO PAULA	2022#859	PORYECTO DE MEJORA DE LA PREHABILITACION QUIRURGICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA ONCOLOGICA DIGESTIVA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION HOSPITALIZACION 3A	SANCHEZ VICENTE YOLANDA	2022#1125	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE VALORACION E INTERVENCION SOBRE LA DISFAGIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA FARMACIA	GALINDO ALLUEVA MARIA	2022#756	IMPLANTACION DE PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA FARMACIA	LOPEZ BARROS DARIO	2022#1067	MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE VANCOMICINA, AMIKACINA Y GENTAMICINA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA FARMACIA	CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA	2022#1072	IMPLANTACION DE PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN EL CENTRO DE ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL (CAMP-CAPDI)
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA HD HOSPITAL DE DÍA INFANTOJUVENIL MOVERA	DELGADO MIGUEL MARIA PILAR	2022#761	PROGRAMA DE INTERVENCION GRUPAL EN PSICOEDUCACION Y APOYO EMOCIONAL PARA PADRES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA QUE ACUDEN AL CENTRO DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE MOVERA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA HEMATOLOGÍA	MARCO MARTIN MARIA ESTHER	2022#585	PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA ONCOHEMATOLOGICA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA HOSPITALIZACION A DOMICILIO	CLAVERO MIGUEL MARIA PILAR	2022#299	HOSPITALIZACION A DOMICILIO EN LA "NUBE". TRATAMIENTO, MAPA DE PACIENTES, INFORMACION PARA PACIENTES Y OTROS POSIBLES RECURSOS, DISPONIBLES Y ACCESIBLES IN SITU Y EN TIEMPO REAL MEDIANTE CODIGOS QR
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA HOSPITALIZACION A DOMICILIO	MARTINEZ LUCAS ANA BELEN	2022#338	ACTUALIZACION DE LA ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PACIENTE/CUIDADOR CON EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO. GESTION Y ANALISIS DE LOS DATOS MEDIANTE CODIGO QR Y POSIBILIDADES DE INVESTIGACION
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA MEDICINA INTERNA	JOSA LAORDEN CLAUDIA	2022#1031	IMPLEMENTACION DE LA TERAPIA SECUENCIAL DE FARMACOS DE ELEVADA BIODISPONIBILIDAD ORAL PARA LA MEJORA DE LA PRACTICA CLÍNICA Y REDUCCION DE COSTES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	MILLAN LOU MARIA ISABEL	2022#967	ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE SARS-COV-2 EN PERSONAL DEL SECTOR ZARAGOZA 1. RELACION CON LA VACUNACION
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGÍA	LANZUELA BENEDICTO TERESA	2022#962	ASISTENCIA AL PACIENTE CON SEQUELAS TRAS INFECCION POR CORONAVIRUS EN UNA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGÍA	NIETO SANCHEZ DAVID	2022#972	PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGÍA	PEREZ GIMENEZ LAURA	2022#1013	DESARROLLO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

*Número de proyectos: 1210*

**Sector ZARAGOZA 1**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGÍA	SAN GIL LOPEZ CRISTINA	2022#1078	OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE EJECUCION DE LAS PRUEBAS DE FUNCION RESPIRATORIAS MEDIANTE EL USO DE APOYO AUDIOVISUAL
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA NEUMOLOGÍA	CLAVERIA MARCO PALOMA	2022#1082	USO DE UN MODELO AUDIOVISUAL PREVIO A LA BRONCOSCOPIA PARA AUMENTAR LA SATISFACCION Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGÍA	VELAZQUEZ BENITO ALBA	2022#72	PROYECTO PARA LA HUMANIZACION DEL SERVICIO NEUROLOGIA DEL HOSP. ROYO VILLANOVA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA NEUROLOGÍA	SARALEGUI RETA MARIA	2022#1001	HOJA DE INFORMACION A LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE ICTUS
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	NIEVAS MARCO MARIA PILAR	2022#1265	MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA: RECONOCIMIENTOS MEDICOS E INTEGRACION DE LA PREVENCIÓN
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA REHABILITACIÓN	HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA	2022#714	PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA DEL PACIENTE CON CERVICOBRAQUIALGIA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	RODRIGUEZ NOGUE LUIS	2022#924	PROTOCOLO DE CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTOPERATORIOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	ROMANOS PEREZ JAVIER	2022#926	PROTOCOLO DE CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROTESIS TOTAL DE CADERA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	CALAVIA GALE PABLO	2022#1118	RECOMENDACION EN EL MANEJO DE LA HERIDA QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SECTOR ZARAGOZA I
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	ZAMORA LOZANO MARTA	2022#1245	RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE CON FRACTURA DE RADIO DISTAL
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ	2022#1273	PROGRAMA DE ACOGIDA PARA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE TRAUMATOLOGIA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA UCE HOSPITAL ROYO VILLANOVA	BENAVENTE PORTOLES EVA	2022#1217	REVISION DEL PLAN FUNCIONAL DEL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL DE "PARQUE GOYA"
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA UCE HOSPITAL ROYO VILLANOVA	MARTINEZ ROIG MIGUEL	2022#1229	PROYECTO DE HUMANIZACION DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA UCE HOSPITAL ROYO VILLANOVA	PEREZ ALVAREZ CANDELA	2022#1280	IMPACTO DEL CAMBIO ESTRUCTURAL Y HUMANIZACION DE ESPACIOS EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LAS MEDIDAS COERCITIVAS
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	TIRADO ANGLAS GABRIEL ANGEL	2022#1288	PROYECTO DE INSERCIÓN DE CATETERES VENOSOS CENTRALES DE ACCESO PERIFÉRICO EN LA UCI PARA PACIENTES INGRESADOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA UP (PSICOSOMÁTICA) HOSPITAL ROYO VILLANOVA	MARCO GOMEZ BARBARA MARIA	2022#1261	DIGITALIZANDO LA DOCENCIA EN SALUD MENTAL DEL SECTOR ZARAGOZA 1
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA UP (PSICOSOMÁTICA) HOSPITAL ROYO VILLANOVA	ORGA SORIANO CRISTINA	2022#1250	PROMOCION DEL HABITO SALUDABLE DEL ALMUERZO Y FOMENTO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL DE LOS PACIENTES DE HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL "PARQUE GOYA"
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA URGENCIAS	OCHOA LINARES SUSANA	2022#463	ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÍTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA URGENCIAS	ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA IGNACIA	2022#722	MANEJO DEL PACIENTE AGITADO EN URGENCIAS : PAUTAS CONSENSUADAS DE CONTENCIÓN
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA USMJ ACTUR OESTE	MARCO ARNAU INMACULADA	2022#204	PROYECTO DE DETECCIÓN DE DEPRESION EN EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO Y APOYO EMOCIONAL EN PERIODO PERINATAL
Z1	AE	H ROYO VILLANOVA USMJ ACTUR OESTE	ORCAJO VILLAPUN DAVID	2022#805	PROTOCOLO DERIVACION DE USMJ A USM

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE API/AT.COM	SUÑER ABADIA SILVIA	2022#745	SEMBRANDO ACTIVOS EN LA COMARCA DE BELCHITE. PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE ACTIVOS EN EL MEDIO RURAL
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE API/AT.COM	PARDOS GARCIA ROSA ANA	2022#750	USO DE LA WEB Y APP SALUD INFORMA EN LA ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE. DIFUSION Y FORMACION
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE API/AT.COM	SANJUAN DOMINGO RAQUEL	2022#781	RECOMENDACIONES AL ALTA: MEJORANDO EL AUTOCUIDADO DE NUESTROS PACIENTES
Z2	AP	CS CAMPO DE BELCHITE AP	MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA	2022#913	INTERVENCION SOBRE INDICADORES "REVISION PIE DIABETICO" Y "DIABETES CONOCIMIENTOS" EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN C.S. CAMPO DE BELCHITE
Z2	AP	CS CASABLANCA AP	LAMPLE LACASA LUIS ANTONIO	2022#459	CREACION DE UNA CONSULTA ESPECIFICA PARA LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDICA DEL CENTRO DE SALUD DE CASABLANCA
Z2	AP	CS CASABLANCA AP	UBALDE SAINZ JESUS MANUEL	2022#482	ATENCION AL PACIENTE CON FRCV EN PREVENCIÓN SECUNDARIA
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO AP	GRACIA GARCIA MARIA ELENA	2022#105	REORGANIZACION DEL SERVICIO DE ENTREGA AL USUARIO DE DOCUMENTACION EN FORMATO PAPEL DESDE ADMISION
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO API/AT.COM	EXPOSITO SANCHEZ MARIA CARMEN	2022#225	INTERVENCION EDUCATIVA A NIÑOS PARA LA DETECCION PRECOZ DEL ICTUS
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO API/AT.COM	PAZ RAMOS BORJA	2022#228	MAPEO COMUNITARIO DE ACTIVOS PARA LA SALUD DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO AP	RODRIGUEZ NOGUE MARTA	2022#311	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN EL C.S. FERNANDO EL CATOLICO
Z2	AP	CS FERNANDO EL CATOLICO AP	VICENTE ALDEA MARIA TERESA	2022#347	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S FERNANDO EL CATOLICO
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO AP	CORTES PES MARIA BEATRIZ	2022#555	TRAZABILIDAD EN LAS RECETAS VISADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE FUENTES DE EBRO
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO API/AT.COM	ARNAL RUBIO EVA PILAR	2022#586	RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD ,MEJORA DE LA CONDICION FISICA EN MAYORES DE 65 AÑOS
Z2	AP	CS FUENTES DE EBRO AP	ADELL PORTOLES PILAR	2022#695	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S FUENTES DE EBRO
Z2	AP	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA) AP	LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA	2022#811	MEJORA DE LA PRESCRIPCION ANTIBIOTICA EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN ADULTOS Y PEDIATRIA EN EL EAP PARQUE ROMA
Z2	AP	CS HERNAN CORTES (PARQUE ROMA) AP	GUILLEN CABALLERO ANA BELEN	2022#952	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S. PARQUE ROMA
Z2	AP	CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN) AP	CASTRO BARANGUAN MARIA LUISA	2022#61	ELABORACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL AREA DE PEDIATRIA DEL CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN
Z2	AP	CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN) API/AT.COM	SANZ MARTINEZ LAURA	2022#211	EDUCACION PARA LA SALUD EN CENTROS ESCOLARES DE LA ZBS PUERTA DEL CARMEN
Z2	AP	CS LA ALMOZARA AP	MERINO LABORDA JOAQUIN	2022#509	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN EL EAP ALMOZARA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA API/AT.COM	SANCHEZ VELA ARACELI	2022#770	USO DE CARTELERIA COMO CANAL DE COMUNICACION PARA MEJORAR LA SALUD Y LA RELACION CON LAS PERSONAS DEL BARRIO DE LA ALMOZARA
Z2	AP	CS LA ALMOZARA AP	GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA	2022#1019	IMPLANTACION DE LA UTILIZACION DEL MAPA EN EL CS ALMOZARA
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE AP	GARCIA ROY AFRICA	2022#619	CONTROL DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II. ESTUDIO CERCAP
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE AP	MARTINEZ MANERO ADRIANA	2022#650	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE DURANTE LOS AÑOS 2022-2023
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE AP	MARTINEZ AYALA ENRIQUE MIGUEL	2022#653	IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE INFILTRACIONES EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE DURANTE LOS AÑOS 2022 Y 2023
Z2	AP	CS LAS FUENTES NORTE AP	CILLERUELO ENCISO SILVIA	2022#700	ACTÍVATE EN LA EPOC
Z2	AP	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES AP	CHUECA RODRIGUEZ CARMEN	2022#1308	INCREMENTAR HABILIDADES EN AUXILIARES SOCIOSANITARIOS A FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS
Z2	AP	CS MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES AP	NADAL CARRILERO SONIA CRISTINA	2022#1309	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S. MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES



**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z2	AP	CS REBOLERIA AP	NAVARRO AZNAREZ MARIA GLORIA	2022#490	CREACION DE CONSULTA MONOGRAFICA DE CIRUGÍA MENOR EN CENTRO DE SALUD URBANO
Z2	AP	CS REBOLERIA AP	CEBRIAN FERNANDEZ ANA	2022#671	INTERVENCION SOBRE LAS NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL CENTRO DE SALUD REBOLERIA
Z2	AP	CS REBOLERIA AP	BRUN SOTERAS M. CARMEN	2022#713	APOYO AL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESION CON LA RECOMENDACION DE ACTIVOS DE AFDA
Z2	AP	CS REBOLERIA AP	GARCIA RUIZ MARIA TERESA	2022#837	IMPLANTACION DE LA MONITORIZACION AMBULATORIA DE LA PRESION ARTERIAL (MAPA) EN EL CENTRO DE SALUD REBOLERIA
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO) API/AT.COM	ACHA AIBAR M. CARMEN	2022#726	EDUCANDO EN SALUD EN MI COLE- PROGRAMA DE CALIDAD CS SEMINARIO
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO) API/AT.COM	BLASCO SORO ANA MARIA	2022#806	PROGRAMA DE CALIDAD: EDUCACION VIAL EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO) AP	BLASCO RONCO OLGA	2022#843	MEJORA DE LA PRESCRIPCION ANTIBIOTICA EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN ADULTOS Y PEDIATRIA EN EL EAP SEMINARIO
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO) AP	SAMPIETRO VARA MARIA CARMEN	2022#954	INTERVENCION NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO) AP	CASTILLO LARIO ANTONIO J	2022#1122	ATENCION A LA SALUD BUCODENTAL DE PACIENTES EMBARAZADAS UBICACION USB SEMINARIO ZARAGOZA
Z2	AP	CS ROMAREDA (SEMINARIO) AP	TARRAGO GIL ROSA MARIA	2022#1137	PREVENTION DENTAL PROGRAMA, EMPODERAMIENTO EN SALUD ORAL
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES AP	PINA GADEA MARIA BELEN	2022#522	MEJORA DE LA PRESCRIPCION ANTIBIOTICA EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN ADULTOS Y PEDIATRIA EN LOS CENTROS DEL SECTOR ZARAGOZA II
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES AP	MARTINEZ LOZANO FRANCISCA	2022#795	POTENCIAR LA DEMANDA NO PRESENCIAL EN EL CONTROL DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAGATA/RUISEÑORES
Z2	AP	CS SAGASTA-RUISEÑORES AP	GOMEZ BORAIO MARIA LUISA	2022#996	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE SAGASTA/RUISEÑORES
Z2	AP	CS SAN JOSE AP	ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA	2022#139	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S SAN JOSE CENTRO
Z2	AP	CS SAN JOSE AP	QUIRCE SANCHEZ SUSANA	2022#757	APROXIMACION DE LA SALUD BUCODENTAL A LOS USUARIOS DE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES
Z2	AP	CS SAN JOSE API/AT.COM	BURILLO MATEO RAQUEL	2022#860	ESQUEMA RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN SOLEDAD Y FRAGILIDAD EN EL BARRIO DE SAN JOSE. EQUIPOS SAN JOSE CENTRO Y NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE AP	RUIZ MOROLLON CRISTINA	2022#454	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S SAN JOSE NORTE
Z2	AP	CS SAN JOSE AP	LOZANO TORRUBIA MARIA DE LAS NIEVES	2022#1120	MEJORAR LOS CUIDADOS QUE SE PRESTAN EN SITUACION DE ULTIMOS DIAS AUMENTANDO LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO DE SALUD
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR API/AT.COM	DE ORTE PEREZ MARIA	2022#15	BLOG CENTRO DE SALUD CANAL IMPERIAL
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR API/AT.COM	ROY MELUS CRISTINA	2022#765	VISITA TU CENTRO DE SALUD
Z2	AP	CS SAN JOSE SUR API/AT.COM	BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN	2022#841	ESQUEMA RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN SOLEDAD Y FRAGILIDAD EN EL BARRIO DE SAN JOSE. EQUIPO CANAL IMPERIAL-SAN JOSE SUR
Z2	AP	CS SAN PABLO API/AT.COM	PERIBAÑEZ GARCIA ROBERTO	2022#656	MEJORA DE LAS HABILIDADES DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD EN EL MANEJO DE LAS APLICACIONES INFORMATICAS DEL SALUD
Z2	AP	CS SAN PABLO AP	GUZMAN BARRANCO MARIA MAR	2022#905	PROYECTO DE MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN ATENCION PRIMARIA MEDIANTE EL TRIAJE TELEFONICO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA Y SITUACIONES ENFERMEDADES ESPECIALES
Z2	AP	CS SAN PABLO API/AT.COM	TRICAS RANCHAL CARMEN	2022#1048	DESARROLLO DE UN PROYECTO DE ACOGIDA PARA MEJORAR LA ASISTENCIA SANITARIA A PACIENTES REFUGIADOS UCRANIANOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN PABLO
Z2	AP	CS SASTAGO AP	VILLANOVA VALERO M. ANGELES	2022#792	TITULO : CLASIFICACION Y ELIMINACION (SEGUN NORMATIVA S.A SALUD) DE HISTORIAS CLINICAS DE PAPEL DE PACIENTES FALLECIDOS ANTES DEL 01/01/2012 PERTENECIENTES AL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO
Z2	AP	CS SASTAGO AP	GORRIZ ALCAT MARIA	2022#804	ATENCION AL PARTO EXTRAHOSPITALARIO
Z2	AP	CS TORRE RAMONA AP	CUELLO ARAZO TERESA	2022#261	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S TORRERAMONA



**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z2	AP	CS TORRE RAMONA AP	MAS SANCHEZ ADORACION	2022#331	PROGRAMA DE MEJORA EN DETECCION E INTERVENCION SOBRE TABAQUISMO EN EL C.S. TORRERAMONA
Z2	AP	CS TORRE RAMONA AP	ALVAREZ RUIZ BLANCA-NIEVES	2022#587	MEJORA EN LA ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD DE TORRE RAMONA
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ API/AT.COM	FERRER GAZOL ANA CARMEN	2022#510	DETECCION DE ERRORES EN LA GESTION DE LA MEDICACION, DURANTE LA ATENCION DOMICILIARIA DE ENFERMERIA
Z2	AP	CS TORRERO LA PAZ AP	VALVERDE ARANDA SELMA	2022#1032	MEJORA EN IMPLEMENTACION DE LA UTILIZACION DE LA DERMATOSCOPIA DIGITAL EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ
Z2	AP	CS VALDESPARTERA API/AT.COM	CEMELI CANO MARIA MERCEDES	2022#35	PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL DESDE LA ATENCION PRIMARIA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA AP	JIMENEZ PEREZ EVA MARIA	2022#38	CAPACITACION DEL PERSONAL DE EAP VALDESPARTERA PARA LA ATENCION AL PACIENTE PEDIATRICO EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA API/AT.COM	MARTIN-ALBO FRANCES VERONICA	2022#46	@VALDESPARTERATECUIDA, UNA FORMA DE ACERCARNOS A NUESTRA POBLACION
Z2	AP	CS VALDESPARTERA API/AT.COM	GOMEZ AZCOITIA VICTOR MANUEL	2022#60	INFORMAR A LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA APLICACION INFORMATICA "SALUD INFORMA": ENCUESTA DIRIGIDA A LOS USUARIOS SOBRE EL GRADO DE RESOLUCION DE LA DUDA PLANTEADA
Z2	AP	CS VALDESPARTERA API/AT.COM	OJEDA SEUMA DIEGO	2022#801	GESTION EFICIENTE PROCESO PREANALITICO C.S VALDESPARTERA-MONTECANAL
Z2	AP	CS VALDESPARTERA AP	GARCIA VILLARROYA BELEN	2022#1157	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE ATENCION AL PACIENTE DIABETICO DEL C.S VALDESPARTERA-MONTECANAL
Z2	AP	CS VALDESPARTERA API/AT.COM	RETORNANO MONTOLAR ANA	2022#1159	FORMACION EN MANIOBRAS DE RCP Y USO DE DESFIBRILADOR EN LA POBLACION ADULTA DEL C.S VALDESPARTERA-MONTECANAL
Z2	AP	CS VALDESPARTERA AP	GARCIA AZNAR CLARA PILAR	2022#1161	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS RECURSOS DE FARMACOS DE LAS CONSULTAS DEL C.S VALDESPARTERA-MONTECANAL
Z2	AP	CS VENECIA AP	LAMARCA IRISARRI ALEJANDRA	2022#456	INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S VENECIA
Z2	AP	CS VENECIA AP	MARCOS CALVO M. PILAR	2022#1293	REVISION DEL PROCESO DE NOTIFICACIONES URGENTES A LOS SANITARIOS DEL CS VENECIA
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 API/AT.COM	VIÑERTA SERRANO ESTHER	2022#687	PROGRAMA DE EDUCACION MATERNAL ON-LINE PARA EMBARAZADAS
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 AP	SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION	2022#686	REDUCCION DE LA DEMORA PARA LA PRIMERA CONSULTA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA 2
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 AP	SIERRA GONZALEZ RAQUEL	2022#717	MEJORA DE LAS ACTIVIDADES GRUPALES DE ALGIAS VERTEBRALES MEDIANTE LA INTRODUCCION DE LA EDUCACION EN NEUROCIENCIA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTIVO
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 AP	YAGÜE SEBASTIAN MARIA DEL MAR	2022#818	ABORDAJE FISIOTERAPICO DE PACIENTES CON SÍNTOMAS COVID TRAS INFECCION AGUDA RESUELTA SIN INGRESO HOSPITALARIA. COVID PERSISTENTE
Z2	AP	DAP ZARAGOZA 2 API/AT.COM	GASPAR CALVO ELENA MARIA	2022#901	ATENCION AL PACIENTE FRAGIL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II: PROGRAMA PARA PREVENCION DE CAIDAS

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD**  
**PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z2	AE	CME RAMON Y CAJAL CONSULTAS EXTERNAS	BARRIO ALONSO ROSA MARIA	2022#1018	ACTUALIZACION DE MANUAL TECNICO DE ACOGIDA DIRIGIDO A PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION AL CME RAMON Y CAJAL
Z2	AE	CME SAN JOSE CONSULTAS EXTERNAS	ESCANILLA GARCIA LAURA	2022#849	ACTUALIZACION DE MANUAL TECNICO DE ACOGIDA DIRIGIDO A PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION CME SAN JOSE
Z2	AE	CME SAN JOSE CONSULTAS EXTERNAS	ASCASO VILLAGRASA SUSANA	2022#1170	DETECCION DE NUMEROS DE HISTORIAS CLINICAS DUPLICADAS DE PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTAS AL CME SAN JOSE
Z2	AE	H GENERAL DE LA DEFENSA UNIDAD GERIATRIA	FERNANDEZ LOZANO CARLOS	2022#897	PROGRAMA DE DETECCION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO
Z2	AE	H GENERAL DE LA DEFENSA UNIDAD GERIATRIA	RAMOS IBAÑEZ ROSA MARIA	2022#933	PROGRAMA DE SEGUIMIENTO POST-ALTA DEL PACIENTE GERIATRICO QUE INGRESA POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRIA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ADMISION, DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO	GALLEGO BENEDICTO MARIA CARMEN	2022#1168	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ELABORACION A TERCEROS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ADMISION, DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO	MARTINEZ LOPEZ LAURA	2022#1169	UNIFICACION DE CRITERIOS EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE NEOPLASIAS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ADMISION, DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO	SIERRA BRUNA MARIA DOLORES	2022#1172	ELABORACION DE PROTOCOLOS DE RECEPCION, REPRODUCCION Y POSTERIOR SUBIDA DE LA INFORMACION A HCE
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ADMISION, DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO	ABAD CEBOLLA J. CARLOS	2022#1180	ELABORACION DE UN PROGRAMA QUE AUTOMATICE LOS DATOS PROPORCIONADOS A DIRECCION
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ADMISION, DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO	PINTANEL BUIL MARIA CARMEN	2022#1181	COMUNICACION DE CITAS DE MENORES A AMBOS PROGENITORES EN CASO DE QUE VIVAN EN DISTINTOS DOMICILIOS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ADMISION, DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO	PEREZ GARCIA AURORA	2022#1207	ACTUALIZACION DE LOS CODIGOS DE DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS DE CIE-9 A CIE-10 PARA LA CORRECTA CODIFICACION EN LEQ
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ANATOMÍA PATOLÓGICA	DEL VALLE SANCHEZ MARIA ELENA	2022#172	OPTIMIZACION Y SISTEMATIZACION DEL TALLADO DE PIEZAS QUIRURGICAS DE PATOLOGÍA DIGESTIVA EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ANATOMÍA PATOLÓGICA	MARQUINA IBAÑEZ MARIA ISABEL	2022#263	PROTOCOLOS ESTANDARIZADOS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA: MACROSCOPIA, TRATAMIENTO DE PIEZAS EN LAS TARDES Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS ESPECIALES
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ANATOMÍA PATOLÓGICA	COY ALDANA DAMARIS	2022#940	MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES CITADOS PARA PAAF EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ANATOMÍA PATOLÓGICA	MARTIN LARDIES SOFIA	2022#1088	INSTRUCCIONES PARA UNA CORRECTA FIJACION DE MUESTRAS DE LÍQUIDOS BIOLÓGICOS PARA ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACIÓN	GONZALO PELLICER INMACULADA	2022#88	CREACION DE UN REGISTRO Y ALERTA DE VIA AEREA DIFÍCIL EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE) DEL PACIENTE
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACIÓN	GARCES SAN JOSE ANA CRISTINA	2022#271	ACTUALIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO DEL SERVICIO DE ANESTESIA DEL H.U. MIGUEL SERVET
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACIÓN	ELENA ELENA YOLANDA	2022#501	PROYECTO PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS MEDIANTE LA COMUNICACION CON OTROS SERVICIOS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACIÓN	CLAUDIO SOLANO TERESA-REYES	2022#506	IMPLANTACION DE DÍPTICO INFORMATIVO PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON EL PACIENTE/FAMILIA, PREVIO A SU INGRESO EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL H.U.MIGUEL SERVET
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACIÓN	ASENSIO AROSTEGUI ROSA MARIA	2022#560	PROYECTO ASISTENCIAL DE LA UCSI. MEJORA EN LA ATENCION DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACIÓN	GOMEZ PEREZ SARA	2022#896	EL IMPACTO DEL RUIDO SOBRE EL BIENESTAR DEL PACIENTE EN PRE Y POST OPERATORIO INMEDIATO. DISMINUCION DEL RUIDO EN LAS SALAS DE ACOGIDA Y URPA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACIÓN	PRADAL JARNE LAURA MARIA	2022#927	PROTOCOLO DE DESARROLLO DE LA ANALGESIA MULTIMODAL EN CMA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACIÓN	LOPEZ ARPAL MARIA BLANCA	2022#960	PROTECCION DE LA INTIMIDAD DEL PACIENTE DURANTE EL CIRCUITO QUIRURGICO: VESTUARIO DEL PACIENTE DURANTE LA ESTANCIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ANESTESIA Y REANIMACIÓN	MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER	2022#1021	ESTANDARIZACION DE LAS CONCENTRACIONES DE PERFUSIONES INTRAVENOSAS EN PACIENTES ADULTOS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA	2022#607	MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DEL SERVICIO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA VASCULAR DEL HUMS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	JIMENEZ ELBAILE ALFONSO	2022#694	CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA MEJORAR EL TIEMPO DE RESPUESTA ANTE LA ROTURA DE UN ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAAR): CODIGO ANEURISMA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET	GARCIA BUESA MARIA SUSANA	2022#986	REVISION Y ACTUALIZACION MANUAL ACOGIDA ENFERMERAS Y TCAE

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD**  
**PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
		ANGIOLOGIA Y CIRUGÍA VASCULAR			UNIDAD CIRUGÍA VASCULAR: HOSPITALIZACION, CONSULTA MEDICA, CONSULTA ENFERMERÍA DE COMPETENCIAS AVANZADAS, DOPPLER, ECODOPPLER Y HEMODINAMICA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGÍA VASCULAR	DOMINGO RUA CRISTINA	2022#991	MEJORA DE SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO DE INSULINOTERAPIA EN EL PACIENTE DIABETICO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ANGIOLOGIA Y CIRUGÍA VASCULAR	HERRANDO MEDRANO MONICA	2022#992	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE AMPUTADO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BANCO DE SANGRE	GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ	2022#1163	ALCANZAR LA ACREDITACION DEL SERVICIO DE TRANSFUSION POR LA FUNDACION CAT
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BANCO DE SANGRE	OSTARIZ CARCAMO M. CARMEN	2022#1252	ADMINISTRACION DE COMPONENTES SANGUÍNEOS EN PACIENTES PEDIATRICOS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	GRACIA MATILLA ROSA	2022#389	MEJORA EN LA ATENCION Y GESTION DEL TEST DE SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA (SOG) PARA CRIBADO Y DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y DIABETES GESTACIONAL
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO	2022#401	GESTION DE LA DEMANDA DE LOS MARCADORES SEROLOGICOS DE ENFERMEDAD CELIACA SEGUN LAS ULTIMAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA ESPGHAN 2020
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	GONZALEZ TARANCON RICARDO	2022#496	INFORMATIZACION Y OPTIMIZACION DEL PROCESO DE ANALISIS DE CARIOTIPO DE ALTA RESOLUCION
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BIOQUIMICA	CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES	2022#561	MEJORA DE LA FASE PREANALÍTICA PARA LA DETERMINACION DE PROLACTINA PARA REDUCIR EL NUMERO DE FALSOS POSITIVOS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO HOSPITAL GENERAL	MINGUEZ MORALES JUAN MANUEL	2022#963	DESARROLLO E IMPANTACION DEL PROTOCOLO DE RECUENTO DE MATERIAL UTILIZADO EN PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO HOSPITAL GENERAL	BAQUEDANO GARCIA SONIA	2022#1041	IMPLANTACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS ADAPTADOS A QR
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO HOSPITAL GENERAL	LUIS LOBERA SARA	2022#1044	IMPLANTACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS ADAPTADOS A QR
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO HOSPITAL GENERAL	DIEST PINA PAULA	2022#1052	IMPLANTACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS ADAPTADOS A QR
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO HOSPITAL MATERNO INFANTIL	LOPEZ ZAPATER BEGOÑA	2022#944	ELABORACION CODIGOS QR PARA VERIFICACION DEL EQUIPO QUIRURGICO POR INTERVENCION
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO TRAUMATOLOGIA	ARNAUDAS CASANUEVA MARIA	2022#253	PROYECTO DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES INGRESADOS A CAUSA DE PATOLOGÍA TRAUMATOLOGICA URGENTE Y LA OPTIMIZACION DE LA OCUPACION DE LOS QUIROFANOS DE LA UNIDAD DE FRACTURAS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO TRAUMATOLOGIA	RODRIGUEZ GRANDE ROSA MARIA	2022#826	DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN CIRUGÍA PLASTICA ADAPTADO EN FORMATO QR
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO TRAUMATOLOGIA	ALVAREZ RUIZ JULIA	2022#856	DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN QUIROFANO DE URGENCIAS BLOQUE A ADAPTADO A FORMATO QR
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO TRAUMATOLOGIA	JIMENO JIMENEZ NOELIA	2022#858	REVISION E IMPLANTACION PROTOCOLO DE DISMINUCION DE RIESGOS ELECTROQUIRURGICOS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO TRAUMATOLOGIA	RUBIO FERNANDEZ RAQUEL	2022#873	DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN TRAUMA ADAPTADO A FORMATO QR
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO TRAUMATOLOGIA	BORDONADA BAILON JORGE	2022#876	DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN NEUROCIROLOGÍA ADAPTADO A FORMATO QR
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO TRAUMATOLOGIA	AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ	2022#938	DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN ORL Y MAXILOFACIAL ADAPTADO A FORMATO QR
Z2	AE	H MIGUEL SERVET BLOQUE QUIRURGICO TRAUMATOLOGIA	MONGE VAZQUEZ ALEJANDRA	2022#1227	TALLER DE FORMACION PRACTICA EN MOVILIZACION AL PACIENTE FOC
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGÍA	MIÑANO OYARZABAL ANTONIO	2022#817	OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PREVENCIÓN SECUNDARIA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGÍA	BRUN GUINDA JOSE DAVID	2022#819	PROYECTO DE ESTANDARIZACION Y MEJORA DEL FORMATO DE INFORME DE ALTA DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGÍA	SANTAMARIA LUNA EVA	2022#951	OPTIMIZACION DEL PROCESO DE DIGITALIZACION ELECTROCARDIOGRAFICA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR HOSPITALIZADO EN EL SECTOR II
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGÍA	MORENO ESTEBAN EVA MARIA	2022#995	DIGITALIZACION DE LA IMAGEN CARDIACA EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED ISCV
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGÍA	BERGUA MARTINEZ CLARA	2022#1096	OPTIMIZACION DE LA VALORACION E INFORMACION AL PACIENTE CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGÍA	ALVAREZ ROY LAURA	2022#1110	DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA DE CARDIOPATÍAS FAMILIARES Y MUERTE SUBITA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGÍA	SAZ OLIVAN ALEXANDRA	2022#1149	MEJORA EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL AP-AE TRAS UN INGRESO HOSPITALARIO. DESARROLLO DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGÍA	MARTIN TELLO PURIFICACION	2022#1150	OPTIMIZACION DE LA VALORACION ENFERMERA. INFORMACION AL PACIENTE CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CARDIOLOGÍA	ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO	2022#1297	PROYECTO OPTYMIC. DISEÑO Y DIGITALIZACION DE UN PROTOCOLO PARA LA MEJORA Y OPTIMIZACION DEL PROCESO DE TRANSICION AL ALTA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CIRUGIA MAXILOFACIAL	MUR TIL ANDREA	2022#646	OPTIMIZACION PREENESTESICA EN PACIENTES DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PEDIATRICA	GONZALEZ HERRERO MARINA	2022#200	PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR HIPOSPADIAS COMPLEJOS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PEDIATRICA	CORONA BELLOSTAS MARIA CAROLINA	2022#210	ESTUDIO GENETICO DEL GEN RET EN PACIENTES INTERVENIDOS POR ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PEDIATRICA	BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO A.	2022#247	PROGRAMA DE EXTRACCION DE TEJIDO OVARICO EN NIÑAS ONCOLOGICAS PARA PRESERVAR LA FERTILIDAD
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REP.	AGULLO DOMINGO ALBERTO	2022#524	OPTIMIZACION DE LA PROGRAMACION DE LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE RECONSTRUCCION MAMARIA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CIRUGIA PLASTICA Y REP.	BERNAL MARTINEZ ALVARO JESUS	2022#808	VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) PREQUIRURGICA EN PACIENTE MAYOR DERIVADO A CIRUGIA PLASTICA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES CUTANEOS DE CABEZA Y CUELLO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA	LIGORRED PADILLA LUIS ANTONIO	2022#403	MONITORIZACION DE BIOMARCADORES PARA LA DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES EN ANASTOMOSIS DE ALTO RIESGO EN CIRUGIA ESOFAGOGASTRICA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA	CASAMAYOR FRANCO CARMEN	2022#715	IMPLANTACION DEL ABORDAJE LAPAROSCOPICO PARA LA REPARACION DE LA HERNIA INGUINOCRURAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA	DUQUE MALLÉN MARIA VICTORIA	2022#864	MEDICINA REGENERATIVA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS ANALES REFRACTARIAS CON CELULAS MADRE MESENQUIMALES ALOGENICAS (DARVADSTROCEL- ALOFISEL®)
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA	RUBIO SANCHO MARIA TERESA	2022#943	REVISION PREQUIRURGICA DE LA HC DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA PROGRAMADA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAL GENERAL	CONDE ANSODI EDUARDO	2022#881	ELABORACION DE MANUAL TECNICO DE ACOGIDA DIRIGIDO A PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION CCEE HUMS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAL INFANTIL	PEÑA SEGURA JOSE LUIS	2022#779	CAMPAÑA DE SENSIBILIZACION Y PREVENCION DEL "SÍNDROME DEL LACTANTE ZARANDAADO"
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAL INFANTIL	GIMENO LAGUARDIA NURIA	2022#1184	PROYECTO DE MEJORA CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERIA ORL: CONTROL Y DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIATRICO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAL INFANTIL	MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE	2022#1186	PROYECTO DE MEJORA DETECCION, MANEJO, INFORMACION CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACION DE CARRO PARADA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET CONSULTAS EXTERNAS REHABILITACION	SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA	2022#769	GUÍA DE EJERCICIOS A REALIZAR TRAS DIAGNOSTICO DE INESTABILIDAD ROTULIANA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET DERMATOLOGÍA	BERNAD ALONSO ISABEL	2022#1202	IMPLANTACION DE CIRUGÍA DE MOHS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET DERMATOLOGÍA	MORALES CALLAGHAN ANA MARIA	2022#1221	CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PSORIASIS-MEDICINA INTERNA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET DERMATOLOGÍA	GRACIA CAZAÑA TAMARA	2022#1231	IMPLANTACION DE LA UNIDAD FOTOTERAPIA Y FOTODIAGNOSTICO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET DERMATOLOGÍA	MARRON MOYA SERVANDO EUGENIO	2022#1241	GESTION INTEGRAL DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET DERMATOLOGÍA	HERNANDEZ ARAGÜES IGNACIO	2022#1268	ELABORACION DEL PROTOCOLO CONSULTA MULTIDISCIPLINAR (DERMATOLOGIA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS) PARA INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)
Z2	AE	H MIGUEL SERVET DIETETICA	IBARRA SIERRA CONSUELO	2022#1311	FORMADOR DE FORMADORES PARA AYUDA A TCAES EN EL MANEJO DEL PROGRAMA "DIETOOLS" DESDE LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACION
Z2	AE	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	ALCEDO GONZALEZ JAVIER	2022#415	PROGRAMA DE MICROELIMINACION DE LA INFECCION POR VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC) EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR ZARAGOZA II

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z2	AE	H MIGUEL SERVET DIGESTIVO	ALBERICIO GIL CELIA	2022#1069	HUMANIZACION EN LOS CUIDADOS DE PACIENTES CON EII Y OTRAS PATOLOGÍAS DIGESTIVAS, TENIENDO EN CUENTA A PACIENTES, PROFESIONALES Y FAMILIAS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENDOCRINOLOGÍA	ACHA PEREZ JAVIER	2022#323	PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN EL SECTOR II
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 2 B HMI (NEONATOLOGIA)	LARENA FERNANDEZ ISRAEL	2022#219	ESCUELA DE PADRES NEONATAL ON-LINE
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 6 HMI (TOCOLOGIA)	BUENO PERAL ARANZAZU	2022#286	SISTEMATIZACION DE LA ESFERODINAMIA COMO METODO NO FARMACOLOGICO PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN LAS GESTANTES EN FASE LATENTE DE PARTO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL HUMS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 6 HMI (TOCOLOGIA)	MORERA LIANEZ LETICIA ANGELA	2022#309	PROYECTO DE MEJORA EN EL ALIVIO DEL DOLOR CON NEUROESTIMULACION ELECTRICA TRANSCUTANEA (TENS) EN FASE PRODROMICA DEL PARTO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 2 B HMI (NEONATOLOGIA)	NAVARRO TORRES MARIA	2022#402	IMPLEMENTACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA AL ALTA DEL SERVICIO DE NEONATOS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 4 HRTQ (QUEMADOS)	VIDAL VILLANUEVA SUSANA	2022#547	ACTUALIZACION Y MEJORA EN LA CURA DE HERIDAS DEL PACIENTE QUEMADO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 8 HG (DIGESTIVO)	PEREZ IGLESIAS MARIA-TERESA	2022#747	EDUCACION EN EL MANEJO HIGIENICO-DIETETICO DEL PACIENTE CIRROTICO AL ALTA HOSPITALARIA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 8 HG (DIGESTIVO)	RUIZ ORNAQUE IRENE	2022#794	EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO Y TOLERANCIA EN LA PREPARACION LAXANTE PARA COLONOSCOPIA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 4A HG (POL. C.TOR, ORL Y MXFL)	CAYON GELI CRISTINA	2022#842	VALORACION Y MANEJO DEL DOLOR POSTQUIRURGICO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA TORACICA, ORL Y MAXILOFACIAL
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 4A HG (POL. C.TOR, ORL Y MXFL)	LAHUERTA MARTINEZ ANA CARMEN	2022#850	HIGIENE ORAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE C. ORAL Y MAXILOFACIAL Y PACIENTES DE ORL INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 10 HG (MEDICINA INTERNA)	COLLADOS ABAD ANA-CRISTINA	2022#923	PREVENCION DE LA DERMATITIS ASOCIADA A LA INCONTINENCIA (DAI)
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 2 A HMI (GINECOLOGIA)	PASTOR MALLÉN PILAR	2022#971	TUTORIZACION Y APOYO AL PROFESIONAL DE NUEVA INCORPORACION RELACIONADO CON LOS CUIDADOS AL PACIENTE DE CIRUGÍA GINECOLOGICA Y MAMA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 7 HRTQ (TRAUMATOLOGIA A)	LUNA TORRES CARMEN	2022#997	CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 7 HRTQ (TRAUMATOLOGIA A)	GREGORIO PADILLA MARIA TERESA	2022#1002	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE CIRUGÍA PLASTICA INTERVENIDAS DE RECONSTRUCCION MAMARIA DIEP
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 9 HRTQ (TRAUMATOLOGIA C)	REDRADO PINA MARIA MERCEDES	2022#1063	MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL TCAE DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE FRACTURAS Y TUMORES
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 9 HRTQ (TRAUMATOLOGIA C)	DELGADO CATALAN IRENE	2022#1064	MANUAL DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE FRACTURAS Y TUMORES
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 8 HRTQ (TRAUMATOLOGIA B)	TORRES CASTILLO JULIA	2022#1074	CUIDADOS ENFERMEROS EN LA ARTRODESIS LUMBOSACRA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 7 HRTQ (TRAUMATOLOGIA A)	CAMIN GOMEZ ANA PILAR	2022#1152	CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LOS PACIENTES CON ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA INFECTADA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 5 HRTQ (NEUROCIURGÍA)	NAVARRO INUÑEZ M. LUZ	2022#1174	MINIMIZACION DEL RIESGO DE INFECCION POSTQUIRURGICA EN LOS PACIENTES CON CRANEOTOMIA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 8 HRTQ (TRAUMATOLOGIA B)	PERDICES BUJ SILVIA	2022#1199	PROTOCOLO DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA PROTESIS TOTAL DE CADERA EN LA UNIDAD DE ARTROPLASTIAS



**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 9 HG (NEUMOLOGÍA)	GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION	2022#1306	PROYECTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD FARMACOLOGICA MEDIANTE LA ORGANIZACION DE LOS CONTROLES DE CADUCIDAD, ETIQUETADO Y MEJORA EN LA GESTION
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 9 HG (NEUMOLOGÍA)	HERNANDO ZABORRAS LAURA	2022#1307	MEJORA DE LA SOSTENIBILIDAD EN LA GESTION DE RESIDUOS, RECICLAJE, RECURSOS DESECHABLES Y AHORRO ENERGETICO EN LA PLANTA DE NEUMOLOGIA DEL HUMS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET FARMACIA	ABAD SAZATORNIL MARIA REYES	2022#1016	PLAN FUNCIONAL DEL SERVICIO DE FARMACIA . DEFINICION DE NECESIDADES ESTRUCTURALES Y TECNOLOGICAS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET FARMACIA	IZUEL RAMI MONICA	2022#1173	DEFINICION DE NECESIDADES, VALIDACION Y PUESTA EN REAL DEL NUEVO PROGRAMA DE ONCOLOGÍA EN EL HOSPITAL
Z2	AE	H MIGUEL SERVET FARMACIA	OLIER MARTINEZ MARIA DEL PILAR	2022#1226	AMPLIACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA A LA UNIDAD DE REANIMACION
Z2	AE	H MIGUEL SERVET FARMACIA	HUARTE LACUNZA RAFAEL	2022#1243	EVALUACION DE LA CARGA ASISTENCIAL Y NECESIDADES ASOCIADAS PARA LA MEJORA DE LA GESTION DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA	JIMENEZ PUERTAS SARA	2022#1162	ESTUDIO DEL MODO PARETO EN CANCER DE PULMON. INFLUENCIA EN UNIDADES DE MONITOR E ÍNDICES DOSIMÉTRICOS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA	DIEZ CHAMARRO JAVIER	2022#1248	PUESTA EN FUNCIONAMIENTO COMPLETO DE LA RED DE VERIFICACION Y REGISTRO MOSAIQ. HACIA SERVICIOS (ORT Y FPR) SIN PAPELES
Z2	AE	H MIGUEL SERVET GERIATRÍA	VILLAR SAN PIO TERESA	2022#276	GERIATRÍA TRANSVERSAL EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA VASCULAR DEL HUMS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET GERIATRÍA	ULLOA MORLIO MONICA SUSANA	2022#305	MEJORA EN LA IDENTIFICACION Y ATENCION MULTIDISCIPLINARIA EN PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS AL FINAL DE LA VIDA EN LA UNIDAD GERIATRIA DE AGUDOS DE HGDZ -HMS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET GERIATRÍA	CLERENCIA SIERRA MERCEDES	2022#980	VALORACION, DIAGNOSTICO E INTERVENCION EN PACIENTES GERIATRICOS CON DETERIORO COGNITIVO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET GERIATRÍA	RUIZ MARISCAL MARTA	2022#1017	CONSULTA DE ENFERMERÍA GERIATRICA: DETECCION Y CONTROL DE LA DISFAGIA EN EL PACIENTE ANCIANO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGÍA	MURILLO FLOREZ ILDA MARIA	2022#1108	MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE HEMATOLOGICO: EVITAR LOS DESPLAZAMIENTOS FUERA DE LA COMUNIDAD AUTONOMA MEDIANTE LA ADMINISTRACION DE PENTAMIDINA INHALADA EN EL HOSPITAL
Z2	AE	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGÍA	GUILLEN GOMEZ MARIA	2022#1145	CAMINANDO HACIA LA ACREDITACION JACIE DE LA UNIDAD DE AFERESIS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGÍA	DE RUEDA CILLER BEATRIZ	2022#1230	TRABAJANDO HACIA LA MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL Y EL CONFORT DEL PACIENTE: TRASLADO DE LAS CABINAS DE TRASPLANTE A LA UNIDAD DE QUEMADOS DE FORMA TEMPORAL
Z2	AE	H MIGUEL SERVET HEMATOLOGÍA	AULES LEONARDO ANASTASIA PILAR	2022#1258	ACTUACION DE MEJORA SOBRE LA CODIFICACION DEL GRD 690 (LEUCEMIA AGUDA) Y ACTUACIONES PARA AJUSTAR LA ESTANCIA MEDIA A LOS ESTANDARES
Z2	AE	H MIGUEL SERVET HEMODIALISIS	RUBIO CASTAÑEDA FRANCISCO JAVIER	2022#208	IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DEL ACCESO VASCULAR: MANEJO INTEGRAL DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS NATIVAS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	MARCILLA CORDOBA FRANCISCO DE ASIS	2022#57	CREACION DE LA VÍA CLÍNICA DE LA UNIDAD DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE MEDICINA INTERNA DEL HUMS (SECTOR II)
Z2	AE	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	CABRERO PASCUAL LUIS EDUARDO	2022#119	MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA DERIVACION DE PACIENTES DESDE LA ATENCION PRIMARIA A CONSULTAS EXTERNAS DE MEDICINA INTERNA DEL HUMS, SECTOR II
Z2	AE	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	HUICI POLO PATXI	2022#128	CREACION DE LA NUEVA UNIDAD DE ENFERMEDADES MINORITARIAS DE MEDICINA INTERNA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	MOLINERO GONZALEZ BEATRIZ	2022#470	ADECUACION DE LA VÍA DE ADMINISTRACION DE LOS TRATAMIENTOS A LAS CARACTERÍSTICAS Y PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	AE	H MIGUEL SERVET MEDICINA INTERNA	ANTOLIN ASENSIO ISABEL	2022#773	DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD EN EL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET MEDICINA NUCLEAR	FALGAS LACUEVA MARINA	2022#521	NUEVOS RETOS EN DIAGNOSTICO POR IMAGEN. PROYECTO COLABORATIVO DE ADQUISICION DE COMPETENCIAS EN PET/TC EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR DE ARAGON
Z2	AE	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA	LAPRESTA MOROS CARLOS	2022#1034	ACTUALIZACION EN LA VIGILANCIA, PREVENCION Y CONTROL DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN EL HUMS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA	CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL	2022#1205	REDISEÑO DEL PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA PREVENCION Y CONTROL DE IRAS-UCIS EN HUMS

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD**  
**PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z2	AE	H MIGUEL SERVET MEDICINA PREVENTIVA	CARRILLO TORRIJO MARIA BELEN	2022#1251	PROTOCOLO DE ELIMINACION DE VELLO QUIRURGICO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA	2022#1035	COORDINACION PARA LA OPTIMIZACION EN EL DIAGNOSTICO DE TRICHOMONAS VAGINALES Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN MUESTRAS DE SEDIMENTO DE ORINA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	EGIDO LIZAN M. PILAR	2022#1223	AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA UNE EN ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	AE	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	REZUSTA LOPEZ ANTONIO	2022#1253	AVANZANDO HACIA EL PETITORIO ELECTRONICO: COLABORACION CON CENTRO DE GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATIVOS (CGIPC)
Z2	AE	H MIGUEL SERVET MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	LOPEZ GOMEZ CONCEPCION	2022#1257	REUNIONES PERIODICAS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA CON UCIS Y HEMATOLOGÍA DESDE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR PARA EVALUACION Y MEJORA DEL VALOR DEL DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEFROLOGÍA	LOU ARNAL LUIS MIGUEL	2022#206	INFORMATIZACION DEL PROCESO DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEFROLOGÍA	FERNANDEZ NUÑEZ MANUEL	2022#1025	GUÍA DE INDICACIONES EN EL TRASPLANTE RENAL. INFORMACION PRACTICA DESPUES DEL TRASPLANTE RENAL
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEFROLOGÍA	USIETO ALLUE ROSA MARIA	2022#1028	ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA TRAS LA REALIZACION DE UN TRASPLANTE RENAL
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGÍA	VERA SOLSONA ELISABET	2022#333	PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE DERIVACION DE PACIENTES ASMATICOS ENTRE ATENCION PRIMARIA (AP) Y ATENCION ESPECIALIZADA (AE) . SECTOR II
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEUMOLOGÍA	DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO	2022#337	PROYECTO DE HUMANIZACION DE LA INFORMACION TRANSMITIDA A PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE DE PULMON
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEUROCIROLOGÍA	LOPEZ LOPEZ LAURA BEATRIZ	2022#786	REALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECÍFICOS DE PATOLOGIA NEUROVASCULAR MALFORMATIVA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEUROCIROLOGÍA	AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA	2022#835	UNIDAD MEDICO-QUIRURGICA DE EPILEPSIA REFRACTARIA (UM-QER) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEUROCIROLOGÍA	VAZQUEZ SUFUENTES SILVIA	2022#915	CONSOLIDACION DEL GRUPO DE TRABAJO DE PATOLOGIA NEUROVASCULAR: APORTACIONES DEL SERVICIO DE NEUROCIROLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DEL ICTUS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEUROCIROLOGÍA	ESTEBAN GARCIA JESUS MANUEL	2022#1089	OPTIMIZACION DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA CIRUGIA DE COLUMNA DEL SECTOR I
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEUROCIROLOGÍA	HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ	2022#1146	MOVILIZACION TEMPRANA EN EL PACIENTE LESIONADO MEDULAR DURANTE EL POSTOPERATORIO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEUROCIROLOGÍA	NOVO GONZALEZ BEATRIZ	2022#1210	RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA TRAS LA RESECCION DE METASTASIS CEREBRALES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	OSORIO CAICEDO PEDRO GABRIEL	2022#1020	UNIDAD DE CIRUGIA DE EPILEPSIA: DIAGNOSTICO CON REGISTRO EEG DE LARGA DURACION CON ELECTRODOS INVASIVOS Y EN MONITORIZACION INTRAOPERATORIA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	DE FRANCISCO MOURE JORGE	2022#1022	MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES A LAS TECNICAS DE POLISOMNOGRAFÍA (PSG): PSG AMBULATORIA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	HADDAD GARAY MARIA	2022#1024	AVANZANDO HACIA EL HOSPITAL SIN PAPEL: GESTOR DE PETICIONES ELECTRONICAS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEUROFISIOLOGIA CLINICA	ALMARCEGUI LAFITA MARIA CARMEN	2022#1160	PLAN DE ATENCION A LAS PAERSONAS CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES EN ARAGON
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEUROLOGÍA	CHOPO ALCUBILLA M. JESUS	2022#1107	CONTROL DEL RUIDO EN HOSPITALIZACION DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA. PROYECTO: NEUROLOGÍA 40 DECIBELIOS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEUROLOGÍA	MARTA MORENO JAVIER	2022#1112	UNA UNIDAD DE ICTUS CENTRADA EN LAS PERSONAS. MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE QUE HA SUFRIDO UN ICTUS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEUROLOGÍA	MARTIN MARTINEZ JESUS MANUEL ALFONSO	2022#1129	DESARROLLO DE PLAN DE ACTUACIONES PRIORITARIOS DEL ENFOQUE LEAN AL PROCESO DE ATENCION DE PACIENTES CON EM: CONTROL DE PACIENTES CON EM Y EDSS <2,5 Y > DE 7
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEUROLOGÍA	GARCIA RUBIO SEBASTIAN	2022#1133	DESARROLLO DE PLAN DE ACTUACIONES PRIORITARIOS DEL ENFOQUE LEAN AL PROCESO DE ATENCION DE PACIENTES CON EM: PROYECTO DE COORDINACION CON A. PRIMARIA DE LA UD. DE EM EN EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES
Z2	AE	H MIGUEL SERVET NEUROLOGÍA	TERCERO NAVARRO M. ISABEL	2022#1228	CODIGO DE SÍMBOLOS PARA OPTIMIZAR LA INFORMACION SOBRE CADA PACIENTE EN LA UNIDAD DE ICTUS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	CASTAN MATEO SERGIO	2022#605	NUEVA PERSPECTIVA EN LA INTERPRETACION CARDIOTOCOGRAFICA INTRAPARTO PARA MEJORAR LA DETECCION DE ACIDOSIS FETAL Y



**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
					REDUCIR INTERVENCIONES MATERNAS INNECESARIAS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN	2022#667	PROTOCOLO HOSPITALARIO DE AGRESION SEXUAL
Z2	AE	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	DEL TIEMPO MARQUES MARIA PILAR	2022#838	REALIZACION DE LAS HISTEROSCOPIAS DIAGNOSTICAS Y QUIRURGICAS CON ANESTESIA LOCAL CERVICAL
Z2	AE	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	ANDRES OROS MARIA PILAR	2022#909	INFORMACION OBSTETRICA HOSPITALARIA MEDIANTE ELABORACION DE CODIGOS QR
Z2	AE	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	MARTIN TARIFA LAURA	2022#1036	MEJORA EN LA ASISTENCIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS OBSTETRICO-GINECOLOGICAS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	MARTINEZ NAVARRO PATRICIA	2022#1140	UNIFICACION DE CRITERIOS PARA CUIDAR EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	AE	H MIGUEL SERVET OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	SORIA PUERTA VIRGINIA	2022#1167	PROTOCOLO CUIDADOS EN PUERPERIO HOSPITALARIO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA RADIOTERAPIA	MENDEZ VILLAMON AGUSTINA	2022#1246	AMPLIACION DE LA CERTIFICACION ISO 9001 A LA UNIDAD CLÍNICA MULTI-HOSPITALARIA DE ONCOLOGIA RADIOTERAPICA DE ARAGON (UCMORA)
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	LASALA VILLA CRISTINA	2022#517	VALORACION Y MANEJO DEL DOLOR. SUMAMOS EXCELENCIA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	SANTANDER LOBERA CARMEN	2022#636	PROYECTO DE MEJORA DE LAS NECESIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA MEDICA DEL HUMS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET ONCOLOGIA MEDICA	ALVAREZ BUSTO IÑAKI	2022#737	CREACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO (TANTO DE PROFILAXIS COMO DE TRATAMIENTO) DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN PACIENTES ONCOLOGICOS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGÍA	GIL PARAISO PEDRO JOSE	2022#1194	VIGILANCIA DE PATOLOGIA SEVERA NO ONCOLOGICA ORL
Z2	AE	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGÍA	EL UALI ABEIDA MAHFOUD	2022#1214	ADECUACION DE LA REALIZACION DE BIOPSIA DE LARINGE EN CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA)
Z2	AE	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGÍA	DE MIGUEL GARCIA FELIX	2022#1220	MEJORA DEL PROCESO DE ACTUACION SOBRE PACIENTES EN UCI PARA TRAQUEOTOMIA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET OTORRINOLARINGOLOGÍA	MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO	2022#1271	PROTOCOLOS CONSENSUADOS PARA LA DERIVACION DE PACIENTES DESDE ATENCION PRIMARIA A OTORRINOLARINGOLOGIA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET OTROS SERVICIOS	CRESPO SANCHEZ ANA EVA	2022#1075	ACOMPANAMIENTO A PADRES/ TUTORES DE NIÑOS INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE
Z2	AE	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	TORRES CLAVERAS SONIA	2022#292	PROYECTO DE MEJORA DEL ASESORAMIENTO ANTENATAL EN EDADES GESTACIONALES EN EL LIMITE DE LA VIABILIDAD
Z2	AE	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	SERRANO VIÑUALES ITZIAR	2022#346	PREVENCION DEL INGRESO POR HIPOGLUCEMIA CON LA APLICACION DE UN PROTOCOLO DE USO DE DEXTROSA 40% GEL ORAL
Z2	AE	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	ABENIA USON PILAR	2022#467	INFORMACION DE ANOMALIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN CONSULTA DE ASESORAMIENTO PRENATAL DE LA UNIDAD NEONATAL. PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD
Z2	AE	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	SERRANO FRAGO TERESA	2022#583	GUÍA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ONCOPEDIATRIA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	GOMEZ BARRENA VIRGINIA	2022#861	PROGRAMA PARA LA IDENTIFICACION Y GESTION DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA PEDIATRICA EN URGENCIAS Y PLANTAS DE HOSPITALIZACION GENERAL DEL HOSPITAL INFANTIL
Z2	AE	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	FERRER LOZANO MARTA	2022#968	PROGRAMA DE FORMACION EN DIABETES INFANTIL EN EL AMBITO ESCOLAR Y EDUCATIVO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	CIVITANI MONZON ELISA	2022#1042	TEJIENDO REDES DESDE LA UNIDAD DE DIABETES PEDIATRICA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	CASTEJON PONCE ESPERANZA	2022#1106	IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA COMPLEJA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET PEDIATRIA	CAMPOS CALLEJA MARIA CARMEN	2022#1254	CREACION DE UN AULA DE SIMULACION PEDIATRICA EN EL HOSPITAL INFANTIL ASOCIADO A UN PROGRAMA FORMATIVO CONTINUADO PARA LA ATENCION AL PACIENTE CRITICO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	CAMPO SANZ SOCORRO MATILDE	2022#834	COORDINACION CON UNIDADES ASISTENCIALES DE HUMS. CRITERIOS DE DERIVACION DE LOS TRABAJADORES
Z2	AE	H MIGUEL SERVET PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	EZPELETA ASCASO IGNACIO	2022#985	MANEJO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA VIGILANCIA DE LA SALUD. ADECUACION A GUÍAS EUROPEAS

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z2	AE	H MIGUEL SERVET RADIOLOGICO	SOLANAS ALAVA SUSANA	2022#1154	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA ISO 9001 EN LA SECCION DE GENITO URINARIO DEL HUMS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET RADIOLOGICO	VILLA VIÑAS DIASOL	2022#1183	CAMINANDO HACIA LA PETICION ELECTRONICA: IMPLEMENTACION DE LA SOLICITUD ELECTRONICA EN TODAS LAS SECCIONES DEL SERVICIO DE RADIOLOGICO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET RADIOLOGICO	ROMEO TRIS ALFONSO	2022#1198	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE RADIOLOGIA TORACICA Y CARDIOVASCULAR DEL SERVICIO DE RADIOLOGICO DEL H.U. MIGUEL SERVET
Z2	AE	H MIGUEL SERVET RADIOLOGICO	GRACIA FRANCO MARIA	2022#1234	ADAPTACION E IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICO (CHECK-LIST) EN LAS INTERVENCIONES DE NEURORADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET RADIOLOGICO	BELLO VILLANUEVA SANDRA	2022#1236	ANALISIS DE LA VIABILIDAD DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA EN NEURORADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	SANCHO GARCIA MARIA MAR	2022#373	MEJORA DEL ABORDAJE DE LA PLAGIOCEFALIA POSICIONAL EN RECIEN NACIDOS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	GARAY SANCHEZ AITOR	2022#652	IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA EINTER (EJERCICIO INTENSIVO TERAPEUTICO) EN LA SALA MULTIFUNCIONAL DE LA U.L.M.E PARA PACIENTES CON LESION MEDULAR
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	PANIEGO LOPEZ ANA	2022#746	MEJORA DE LA DERIVACION DE PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA SUBSIDIARIA DE TRATAMIENTO CON ONDAS DE CHOQUE DESDE CONSULTAS EXTERNAS DE REHABILITACION (UNIDAD MUSCULOESQUELETICA)
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	ANDRES MARTINEZ ANA ISABEL	2022#812	PROCEDIMIENTOS ERGONOMICOS PARA EL CONFORT Y LA AUTONOMIA DEL PACIENTE
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	SANTA INES DURAN JOSE IÑIGO	2022#814	EFICIENCIA EN ELECTROESTIMULACION MEDIANTE CURVA I/T
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	BLASCO GARCIA TANIA	2022#830	PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA EN LESION MEDULAR ASIA A
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	LAJUSTICIA BUENO EMILIANO	2022#957	IMPLANTACION DEL PROTOCOLO ASIA B
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	ABAD MARCO ANA ISABEL	2022#1012	ABORDAJE DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO QUE VA A SER SOMETIDO A CIRUGIA ABDOMINAL ALTA O CARDIOTORACICA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR	2022#1091	BLOQUEO PENG (DENERVACION SENSITIVA) COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO AL DOLOR COXOFEMORAL REFRACTARIO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	MARTITEGUI JIMENEZ ELENA	2022#1114	ABORDAJE INTEGRAL DE LA PARALISIS FACIAL PERIFERICA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	HERRAIZ GASTESI ISABEL DOLORES	2022#1127	REALIZACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION ESTRUCTURADO PARA PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACION PULMONAR CON EPOC
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	MORATA CRESPO ANA BELEN	2022#1256	MEJORA EN LA ATENCION MEDICA DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN EVENTOS EN LAS SALAS DE TERAPIAS DE REHABILITACION
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REHABILITACION	HERRAIZ GASTESI ISABEL DOLORES	2022#1260	REALIZACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION ESTRUCTURADO PARA PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACION PULMONAR CON EPOC
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REHABILITACION HOSPITALIZACION	TERRER PEREZ ISABEL MARIA	2022#908	PROYECTO EN LA UNIDAD DE NEURORREHABILITACION Y LESION MEDULAR DE "MANTENIMIENTO SILENCIO"
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REHABILITACION HOSPITALIZACION	GIMENO GONZALEZ MARINA	2022#1239	ATENCION REHABILITADORA COORDINADA EN EL PACIENTE CRITICO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REHABILITACION HOSPITALIZACION	JARIOD GAUDES RICARDO	2022#1249	MEJORA DE RENDIMIENTO DE HOSPITAL DE DIA DE REHABILITACION (OBJETIVO 1 ISO:9001)
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	PECONDON ESPAÑOL ANTONIA ANGELA	2022#1218	SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LAS JAKINASAS (TOFACITINIB, BARICITINIB, UPADACITINIB Y FILGOTINIB) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL SECTOR II-HUMS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET REUMATOLOGIA	MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER	2022#1275	ANALISIS DE SEGURIDAD DE LAS TERAPIAS BIOLOGICAS EN EL NIÑO REUMATICO. 2022-2023
Z2	AE	H MIGUEL SERVET TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA	GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA	2022#182	EJERCICIOS FISIOTERAPEUTICOS PARA LA REHABILITACION DE LA MUÑECA, EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DISTALES DE RADIO Y/O CUBITO EN LA INFANCIA, TRAS RETIRADA DE LA INMOVILIZACION CON ESCAYOLA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA	PARADA AVENDAÑO ISABEL	2022#241	IMPLANTACION DE GUÍA INFORMATIVA SOBRE LA CORRECTA COLOCACION DEL ARNES EN EL TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
					LA CADERA INFANTIL
Z2	AE	H MIGUEL SERVET TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	ANGULO TABERNERO MARINA	2022#280	ELABORACION DE UNA GUÍA PARA LA REALIZACION DE EXPLANTES OSTEOTENDINOSOS EN CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGÍA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UCE HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	ALAYETO ADIEGO GLORIA PATRICIA	2022#53	COORDINACION ENTRE ENFERMEROS DE UCE (UNIDAD CORTA ESTANCIA PSIQUIATRIA) Y USM (UNIDAD DE SALUD MENTAL) PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE PACIENTES CON TMG
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UCE HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO	2022#380	REGISTRO DE CONTENCIÓN MECÁNICA (CM) EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE) DE PSIQUIATRIA DEL HUMS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UCM ONCOLOGÍA RADIOTERAPICA	CAMPOS BONEL ARANTXA	2022#1255	COLABORACION INTERDISCIPLINAR ENTRE UCMORA Y LOS SERVICIOS DE NEUROCIRUGÍA DE LOS HOSPITALES HUMS Y HCLUB PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA RIO CEREBRAL
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UE NUTRICION	BIMBELA SERRANO MARIA TERESA	2022#1301	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES QUE REQUIEREN ALIMENTACION ARTIFICIAL POR Sonda
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE VALORACION SOCIOSANITARIA	SALVADOR GOMEZ MARIA	2022#800	CONSULTA DE ENFERMERIA GERIATRICA: APOYO AL CUIDADOR NATURAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE CALIDAD	GRACIA CASADO GEMA LUCIA	2022#564	IMPLANTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015 EN LA UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	CLARACO VEGA LUIS MANUEL	2022#589	PROGRAMA ECMO HUMS: IMPLANTACION COMUNIDAD AUTONOMA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	RUIZ DE GOPEGUI MIGUELENA PABLO	2022#593	ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLÍNICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOFT, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	BERNAL MATILLA CRISTINA ISABEL	2022#594	MEJORA DE LA FORMACION Y CAPACITACION CON APOYO AUDIOVISUAL SOBRE TECNICAS ESPECIFICAS EN MEDICINA INTENSIVA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	GARCIA MANGAS MARIA PILAR	2022#596	MONITORIZACION DE LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LOS PROYECTOS-ZERO DURANTE EL INGRESO EN UCI: DIAGNOSTICOS CLINICOS Y DIAGNOSTICOS EPIDEMIOLOGICOS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	RUIZ AGUILAR ANTONIO LUIS	2022#599	DONANTE POTENCIAL COMO CRITERIO DE INGRESO Y MUERTE ENCEFALICA COMO COMPLICACION EN UCI: RESULTADOS EN TERMINOS DE DONACION
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	TEJADA ARTIGAS ANTONIO	2022#609	ESTANDARIZACION DE LA DOSIFICACION DE FARMACOS EN PERFUSION EN UCI
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	ROYO VILLA CRISTINA	2022#611	ANALISIS DE LA FRAGILIDAD EN EL PACIENTE CRÍTICO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATOLOGIA	PINILLOS PISON RAQUEL	2022#189	MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE DISTINTOS ESTAMENTOS IMPLICADOS EN EL ALTA DEL BINOMIO MADRE/RECIENTE NACIDO EN MATERNIDAD
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATOLOGIA	FUERTES ARAGUES MARIA ELENA	2022#580	"MIS PRIMEROS DÍAS"
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATOLOGIA	CORTES MARTIN DIANA BELEN	2022#803	CREACION DE SISTEMA FORMATIVO EN UCI NN BASADO EN CODIGO QR
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRIA	MERINO LEIVA DIANA	2022#712	CREACION DE SISTEMA FORMATIVO EN UCI PEDIATRICA BASADO EN CODIGO QR
Z2	AE	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	ROMERO MOLINA YOLANDA	2022#85	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DEL CATETER VENOSO PERIFERICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Z2	AE	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	NOGUERA FERNANDEZ VERONICA	2022#87	CORRECTA ADMINISTRACION DE FARMACOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	DOPICO VALERO LORENA	2022#120	PROYECTO DE MEJORA PARA EL AUMENTO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL AREA DE TRAUMATOLOGÍA DE URGENCIAS EN LA APLICACION DE INMOVILIZACIONES CON YESOS Y VENDAJES
Z2	AE	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	ARBUES MARTINEZ CLARA	2022#129	IDENTIFICACION ACTIVA DEL PACIENTE CON ALERGIAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	TRENC ESPAÑOL PATRICIA	2022#207	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE AYUDAS INFORMATICAS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION VIH EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE LA CCAA DE ARAGON. PROTOCOLO VIH-SUH
Z2	AE	H MIGUEL SERVET	ROYO HERNANDEZ ROMAN	2022#234	ANALISIS, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 2**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
		URGENCIAS			INTOXICACIONES AGUDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. CONTROL Y EVALUACION DE LAS MUESTRAS TOXICOLÓGICAS ENVIADAS A LA UNIDAD
Z2	AE	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	GIMENEZ VALVERDE ANTONIO GABRIEL	2022#246	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE COAGULACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	VAZQUEZ MENDOZA SONIA MARIA	2022#349	HUMANIZACION EN URGENCIAS Y FLEXIBILIZACION DEL ACOMPAÑAMIENTO
Z2	AE	H MIGUEL SERVET URGENCIAS	MANERO SOLANAS MARTA	2022#383	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN URGENCIAS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET URGENCIAS HOSPITAL MATERNO	ALMUDI ALONSO TERESA	2022#989	IMPLANTACION DE LA ATENCION POR MATRONAS A LA GESTANTE A TERMINO DE BAJO RIESGO EN URGENCIAS DE MATERNIDAD
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	GIL MARTINEZ PEDRO	2022#267	OPTIMIZACION PREQUIRURGICA DEL PACIENTE UROLOGICO. ADECUACION DE LOS PERFILES SANGUÍNEOS
Z2	AE	H MIGUEL SERVET UROLOGIA	PEREZ VALENZUELA ANA ROSA	2022#740	MEJORA EN LA ATENCION E INTIMIDAD DEL PACIENTE
Z2	AE	H MIGUEL SERVET USM SECTOR ZARAGOZA II	GRACIA GARCIA PATRICIA	2022#36	USO DE ANTIPSICOTICOS EN MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDOS EN PSIQUIATRÍA
Z2	AE	H MIGUEL SERVET USM SECTOR ZARAGOZA II	RIPALDA ROVIRA MARIA DOLORES	2022#82	TERAPIA GRUPAL PARA MANEJO DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR ZARAGOZA II

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 3**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z3	AP	CS ALAGON AP	ESCRICHE ROS ROCIO	2022#239	AVANZANDO EN PROA AP: PROGRAMA DE MEJORA DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON AP	GABAS BALLARIN M. PILAR	2022#265	PROGRAMA DE INTERVENCION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON API/AT.COM	BLASCO CASTELLO LUCIA CONSUELO	2022#507	RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN C.S.ALAGON, DIRIGIDA A PERSONAS MAYORES CON UN ESTILO DE VIDA SEDENTARIO Y/O PATOLOGÍA CRONICA
Z3	AP	CS ALAGON AP	ALONSO SANCHEZ MARTA	2022#568	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE CIRUGÍA MENOR EN EL EAP ALAGON
Z3	AP	CS ALAGON API/AT.COM	MAZA RODRIGUEZ M DEL CARMEN	2022#622	PROYECTO DE INTERVENCION COMUNITARIA PARA LA PREVENCION DEL TABAQUISMO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
Z3	AP	CS BOMBARDA API/AT.COM	PARDOS ROMANO RAQUEL	2022#80	CREANDO HABITOS EN EDUCACION PRIMARIA DEL C.P.MONSALUD : VISITA AL CENTRO SALUD BOMBARDA
Z3	AP	CS BOMBARDA AP	LUQUE GIMENEZ NATALIA	2022#140	TU SEGURIDAD ES NUESTRA SEGURIDAD
Z3	AP	CS BOMBARDA API/AT.COM	LALIENA OLIVA CLARA	2022#592	CREACION DE GRUPO DE LACTANCIA Y POST PARTO PARA MEJORA EN EL BIENESTAR EMOCIONAL DE FAMILIAS Y RECIEN NACIDOS
Z3	AP	CS BORJA AP	PABLO OCON L. DANIEL	2022#300	CONTROL DE HEMOGLOBINA GLICADA, MICROALBUMINURIA Y RETINOGRAFIA DIABETICA EN ZONA BASICA DE BORJA
Z3	AP	CS CARIÑENA AP	ORENSANZ ALAVA AFRICA	2022#158	PROCESO DE ATENCION A LOS PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS NIVEL A EN EL CS DE CARIÑENA
Z3	AP	CS CARIÑENA AP	JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA	2022#852	EDUCACION Y CONTROL DE SALUD BUCODENTAL EN LAS REVISIONES DEL NIÑO SANO DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE API/AT.COM	FORMENTO MARIN NATALIA	2022#42	ELABORACION DE UN MAPA INTERACTIVO DE RECURSOS COMUNITARIOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD DE DELICIAS NORTE
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE AP	RUBIO RUIZ MARIA SUSANA	2022#45	PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DEL TABACO EN CS. DELICIAS NORTE
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE AP	LICER LORENTE MARIA CARMEN	2022#56	PROYECTO DE MEJORA EN LA ORGANIZACION DE ANALISIS CLÍNICOS DELICIAS NORTE
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE API/AT.COM	ARBUES ESPINOSA PATRICIA	2022#875	PROGRAMA DE PREVENCION DE TABAQUISMO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES
Z3	AP	CS DELICIAS NORTE AP	FERRER ESTEBAN MARIA VICTORIA	2022#958	CHARLAS Y TALLERES PARA PACIENTE SOBRE SOLEDAD NO DESEADA EN COLABORACION CON ACCEM EN CENTRO SALUD DELICIAS NORTE
Z3	AP	CS DELICIAS SUR AP	AGUIRRE ABADIA NOELIA M.	2022#50	CARE, TRANSFORMACION DE LA TEORÍA A LA CONSULTA
Z3	AP	CS DELICIAS SUR API/AT.COM	CERRADA ENCISO BLANCA	2022#79	PROMOCION Y ESTANDARIZACION DE LA RECOMENDACION DE ACTIVOS COMUNITARIOS DESDE LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS DELICIAS SUR AP	LLORENTE FAURO MARIA PILAR	2022#27	ADMINISTRACION DE LA PRIMOVACUNACION CON TECNICAS DE CONTROL DEL DOLOR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR AP	GIL SOLDEVILLA SUSANA	2022#32	INFILTRACIONES ARTICULARES REALIZADAS POR MEDICO DE FAMILIA
Z3	AP	CS DELICIAS SUR AP	FELIPE RUBIO ALFONSO	2022#152	REGISTRO, EVALUACION Y MEJORA DE LA ATENCION TELEFONICA PRESTADA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR
Z3	AP	CS DELICIAS SUR AP	RUBIO REMIRO MARIA OLGA	2022#198	PROYECTO DE PREVENCION DE CONDUCTA SUICIDA EN POBLACION INFANTOJUVENIL
Z3	AP	CS DELICIAS SUR AP	GUERRERO GARCIA JACOBO	2022#588	IMPLEMENTACION CONSULTA DE ECOGRAFÍA EN CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR
Z3	AP	CS EPILA AP	LOPEZ ALONSO BEATRIZ	2022#1011	MEJORANDO EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL EAP EPILA
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS API/AT.COM	MARQUINA DE DIEGO ESTER	2022#196	FORMACION BASICA SOBRE REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) Y EL USO DEL DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO (DESA) EN LA ZONA DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS
Z3	AP	CS HERRERA DE LOS NAVARROS AP	MORENO ROMERO MARIA ASUNCION	2022#255	ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA AP	CANET FAJAS CARLOTA	2022#191	MEJORA EN LA ATENCION EXTRAHOSPITALARIA URGENTE EN CS LA ALMUNIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA API/AT.COM	BRAVO ANDRES RAQUEL	2022#254	IMPLEMENTACION DEL BLOG LA ALMUNIA SALUDABLE
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA AP	BIERGE VALERO ALEJANDRO OSCAR	2022#447	PREVENCION DEL PIE DIABETICO (COMPLICACIONES QUE PUEDEN APARECER EN EL PIE DEL PACIENTE DIABETICO ASOCIADAS A LA



**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 3**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
					PRESENCIA DE NEUROPATÍA O ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA: INFECCION, ULCERA Y NECROSIS)
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA API/AT.COM	ASTARRIAGA CABANAS ALEJANDRO	2022#606	EJERCICIO TERAPEUTICO Y ESTIRAMIENTOS PARA FOMENTAR LA ACTIVIDAD FISICA EN LA POBLACION
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA API/AT.COM	MANJON LLORENTE GEMA	2022#640	IMPLANTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION COMUNITARIA EN LA ALMUNIA DE Dª GODINA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA AP	CASTELLOTE COLAS BEATRIZ	2022#950	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA
Z3	AP	CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA API/AT.COM	ABENGOCHEA COTAINA BELEN	2022#977	PROGRAMA DE ACOGIDA Y PREVENCIÓN DE MUTILACION GENITAL FEMENINA EN MUJERES DE ETNIA AFRICANA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA API/AT.COM	VILLANUEVA LIZANDRA RAQUEL	2022#66	TALLERES DE FORMACION COMUNITARIA DE SALUD INFORMA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA AP	VELAZQUEZ ARGUEDAS MANUELA	2022#6	MEJORA EN LA INFORMACION DE LOS TRAMITES NECESARIOS PARA DAR DE ALTA COMO BENEFICIARIO EN LA SEGURIDAD SOCIAL A UN RECIEN NACIDO
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA AP	ELVIRO MAYORAL LUIS CARLOS	2022#195	VERIFICACION DEL ESTADO VACUNAL DE LOS ADOLESCENTES QUE PASAN A MEDICOS DE ADULTOS
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA AP	LALIENA AZNAR SARA	2022#277	MEJORA DE LA ATENCION A LAS EMERGENCIAS PEDIATRICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARÍA DE HUERVA
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA AP	RUIZ FELIPE MARIA	2022#485	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES
Z3	AP	CS MARIA DE HUERVA AP	GARIN PORTERO NURIA	2022#562	CONTROL DE DERIVACIONES A LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE CS MARÍA DE HUERVA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS API/AT.COM	SANCHEZ GARCIA ALICIA	2022#181	CONTINUIDAD IMPLEMENTACION CALENDARIO VACUNAL ADULTOS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS AP	LOMBAR GIMENO MARIA JOSE	2022#186	IDENTIFICACION DE ICTUS EN ATENCION PRIMARIA. CIRCUITO ASISTENCIAL EN EL CENTRO DE SALUD DE MIRALBUENO -GARRAPINILLOS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS AP	VAQUERO CALLEJA NATALIA	2022#187	PROYECTO DE SEGURIDAD EN LA INMUNIZACION EN ATENCION PRIMARIA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS AP	GRIMA MOLINER JOSE LUIS	2022#190	GESTION AGENDAS DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS API/AT.COM	GARCIA ENTRENA MERCEDES	2022#202	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA POR RINCONES EN UNA CONSULTA DE ENFERMERIA PEDIATRICA
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS AP	MATEO OLMOS RAQUEL	2022#203	EXTRACCION DE SANGRE Y RECOGIDA DE MUESTRAS EN EL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS AP	GARCIA TENORIO ANDRES	2022#209	REDUCCION DE LA ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA INDUCIDA: CIRCUITO DE AMBULANCIAS
Z3	AP	CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS AP	MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO	2022#325	IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN NACIONAL FRENTE A LA RESISTENCIA A LOS ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA TRAS PERIODO DE PANDEMIA
Z3	AP	CS OLIVER API/AT.COM	PAMPLONA CIVERA ANA MARIA	2022#355	INTERVENCION COMUNITARIA HACIA LA SOLEDAD NO DESEADA EN EL BARRIO OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER API/AT.COM	MORENO BONA NATALIA	2022#436	TALLER DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL A ALUMNOS DE QUINTO Y SEXTO DE PRIMARIA DEL COLEGIO PUBLICO FERNANDO EL CATOLICO, DEL BARRIO OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER AP	ESCRIBANO PARDO DANIEL	2022#666	MEJORA DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN PREVENCIÓN SECUNDARIA
Z3	AP	CS OLIVER AP	VEREAU MARTINEZ MYRNA CELESTE	2022#681	USO DEL CUADRO DE MANDOS(CM) EN DIABETES PARA AUMENTAR SU GRADO DE COBERTURA EN LA CARTERA SERVICIOS
Z3	AP	CS OLIVER AP	CASADO VELLILLA ISABEL	2022#871	INTERVENCION PARA INCREMENTAR EL GRADO DE PARTICIPACION EN PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER COLORRECTAL EN BARRIO OLIVER
Z3	AP	CS OLIVER API/AT.COM	OTER GIMENO RAQUEL	2022#900	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD SOBRE LA IMPLANTACION DE LA REANIMACION CARDIOPULMONAR Y PRIMEROS AUXILIOS EN EL AULARIO DE LOS COLEGIOS DEL BARRIO OLIVER
Z3	AP	CS SADABA AP	ESTEBAN GIMENEZ OSCAR	2022#1200	DEPRESCRIPCION: INICIATIVA ENFERMERÍA
Z3	AP	CS SADABA AP	MARIN MURILLO PILAR	2022#1213	MEJORA DEL CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO EN ZBS SADABA
Z3	AP	CS SOS DEL REY CATOLICO AP	BUIL COMPANY ESTHER	2022#1177	SALA DE URGENCIAS CADA COSA EN SU SITIO
Z3	AP	CS TARAZONA	CLAVERO CHUECA DIANA MARIA	2022#658	PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 3**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
		AP			CENTRO DE SALUD DE TARAZONA Y EL CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES DE LA COMARCA DE TARAZONA Y EL MONCAYO
Z3	AP	CS TARAZONA API/AT.COM	PEREZ IRACHE INES	2022#844	PROYECTO DE RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD
Z3	AP	CS TARAZONA API/AT.COM	SORIA JIMENEZ MARIA	2022#890	TALLER DE SOPORTE VITAL BASICO PARA ESCOLARES
Z3	AP	CS TARAZONA AP	FERRER SANTOS PILAR	2022#1026	ACTUALIZACION DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE TARAZONA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE PEDIATRICO GRAVE
Z3	AP	CS TARAZONA AP	MARCO BRUALLA MARIA	2022#1276	MEJORANDO EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL EAP SAN ATILANO TARAZONA
Z3	AP	CS TARAZONA AP	BARCONES MOLERO MARIA FE	2022#1296	PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN LA ZBS DE TARAZONA CON FRACCION DE EYECCION DEL VENTRICULO IZQUIERDO REDUCIDA
Z3	AP	CS TAUSTE AP	ZUECO OLIVAN M. GEMMA	2022#697	ACTUALIZACION POSTER IDENTIFICACION DE TUBOS Y CONTENEDORES DE MUESTRAS PARA LABORATORIOS
Z3	AP	CS TAUSTE AP	CARRERAS GIRALDA ANTONIO JOSE	2022#947	OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL EAP DE TAUSTE
Z3	AP	CS TAUSTE AP	BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL	2022#1009	GESTION CARRO PARADAS
Z3	AP	CS UNIVERSITAS AP	SEDILES CABELLO ANA ISABEL	2022#250	MEJORA DE LA ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD UNIVERSITAS
Z3	AP	CS UTEBO API/AT.COM	SANCHEZ BUEY MILAGROS	2022#303	TALLER DE CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES EN UTEBO
Z3	AP	CS UTEBO API/AT.COM	GIRAL LEMUS MARIA CRISTINA	2022#317	CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA BASICA Y AVANZADA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO. ELABORACION DE INFORME DE ACTIVOS DE SALUD DE UTEBO 2022
Z3	AP	CS UTEBO AP	VAZQUEZ ZABALA IRENE	2022#324	MEJORA DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCION SECUNDARIA EN LA DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO
Z3	AP	CS UTEBO API/AT.COM	ORTILLES GARCIA MARTA VERONICA	2022#981	PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO PREVENCION DEL SEDENTARISMO Y LAS PATOLOGÍAS QUE DERIVAN DE EL , EN POBLACION DE AMBOS SEXOS, DE 12 A 17 AÑOS DEL MUNICIPIO DE UTEBO
Z3	AP	CS UTEBO API/AT.COM	GASTON FACI ANA	2022#1104	PROMOCIONANDO HABITOS SALUDABLES EN LAS ESCUELAS DE UTEBO
Z3	AP	CS VALDEFIERRO AP	VIADAS NUÑEZ SARA	2022#148	ACTUALIZACION MALETÍN DE URGENCIAS
Z3	AP	CS VALDEFIERRO API/AT.COM	BUIL LANGARITA SUSANA	2022#212	ALIMENTACION COMPLEMENTARIA MEDITERRANEA DIRIGIDA POR EL BEBE
Z3	AP	CS VALDEFIERRO API/AT.COM	GRACIA LOPEZ ANA CRISTINA	2022#498	MEJOR EN COMPAÑIA
Z3	AP	CS VALDEFIERRO API/AT.COM	GONZALEZ GARCIA MARIA MILAGROS	2022#505	EDUCACION PARA LA SALUD EN EL CENTRO SOCIOLABORAL "TAOVAL"
Z3	AP	CS VALDEFIERRO AP	BARCENA CAAMAÑO MARIO	2022#1266	MEJORANDO EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL EAP DE VALDEFIERRO
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3 AP	MARTINEZ CASAMAYOR CONCEPCION	2022#484	ESTABLECER UN CIRCUITO RAPIDO DE DERIVACION DE PACIENTES PALIATIVOS DESDE ESAD SECTOR III, SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO RADIOTERAPICO
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3 AP	LASALA CONTE IBANA	2022#515	MEJORA DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN EL MEDIO URBANO DEL SECTOR III
Z3	AP	DAP ZARAGOZA 3 AP	MACIA LAPUENTE JUDITH	2022#617	MEJORA DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN EL MEDIO RURAL DEL SECTOR III



**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD**  
**PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 3**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z3	AE	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS CONSULTAS EXTERNAS	PEREZ CINTO NURIA	2022#969	TELECONSULTA DE ENFERMERIA DE ALERGIAS PREVIA A LA PRIMERA VISITA MEDICA DE LA ESPECIALIDAD EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS
Z3	AE	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS CONSULTAS EXTERNAS	RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ	2022#1015	AUTOCUIDADO. CONSULTA DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS - CARDIOLOGIA
Z3	AE	CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS CONSULTAS EXTERNAS	LORENTE LABORDA ALICIA	2022#1215	E.P.S EN LA TOMA DE INHALADORES Y APLICACION DEL T.A.I. EN LA PRACTICA DIARIA
Z3	AE	CME INOCENCIO JIMENEZ RADIOLOGICO	PUEBLA MACARRON MARIA CRISTINA	2022#634	INDICACIONES DE ECOGRAFÍA PARA MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA III
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ALERGOLOGIA	AGULLO GARCIA ANA	2022#151	VÍA RAPIDA DE ESTUDIO DE PACIENTES ALERGICOS A BETA-LACTAMICOS ANTES DE CIRUGIAS CON ALTO RIESGO DE INFECCION
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ALERGOLOGIA	MOLINA SANTA BARBARA SARA	2022#194	CAPACITACION EN LA AUTOADMINISTRACION DE FARMACOS BIOLOGICOS SUBCUTANEOS EN CEX ALERGIA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ALERGOLOGIA	MONZON BALLARIN SUSANA	2022#895	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACION A QUIMIOTERAPICOS Y BIOLOGICOS: OPTIMIZACION DE RESULTADOS Y AUMENTO DE LA SEGURIDAD
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ALERGOLOGIA	LOZANO ANDALUZ SOFIA VICTORIA	2022#902	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA INMUNOTERAPIA ESPECIFICA ALERGOLOGICA: OPTIMIZACION DE ADMINISTRACION, MONITORIZACION Y SEGUIMIENTO
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	TORRECILLA IDOPE NEREA	2022#360	ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION DE AUTOPSIAS ("CHECKLIST") E INCORPORACION EN EL LIS DEL LABORATORIO E INFORME CLINICO
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	LAFUENTE MAINAR ANA BELEN	2022#437	CONTROL INFORMATICO DE LOS ALMACENES POR LABORATORIO. IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE ESTOCAJE EN LOS LABORATORIOS DE TINCCIONES E INMUNOHISTOQUIMICA EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	GARCIA GARCIA MAR	2022#443	PUESTA EN MARCHA DE LA CIRUGÍA DE MOHS Y REORGANIZACION DE CARGAS DE TRABAJO EN LA SECCION DE REGISTRO E INTRAOPERATORIAS. IMPACTO SOBRE EL TRABAJO PROGRAMADO Y AJUSTE DE OTRAS TAREAS ASISTENCIALES
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ANATOMIA PATOLOGICA	MEJIA URBAEZ ELAINE	2022#767	SISTEMA ESTANDARIZADO DE MARCAJE DE PIEZAS QUIRURGICAS DE PATOLOGIA MAMARIA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	MODREGO AZNAR FABIOLA	2022#294	MEJORANDO ASPECTOS DE LA PREPARACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES DEL SETOR III: HOJA DE RECOMENDACIONES CON INFORMACION PERSONALIZADA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ANESTESIA Y REANIMACION	RECLUSA POYO FERMIN JAVIER	2022#469	CONSULTA DE ANESTESIA PEDIATRICA DE ALTA RESOLUCION
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	MARTIN HERRERO EVA MARIA	2022#514	IMPLANTE DE CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN ENFERMEDAD VENOSA CRONICA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	FABRE ESTREMER MARTA	2022#553	CUANTIFICACION DE TIROGLOBULINA EN LAVADO DE AGUJA FINA DEL ASPIRADO DE LESIONES CERVICALES EN PACIENTES CON CANCER DIFERENCIADO DE TIROIDES
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO BIOQUIMICA	BARRA PARDOS MARIA VICTORIA	2022#603	PUESTA EN MARCHA DE LA INSEMINACION CON SEMEN DE DONANTE
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO BLOQUE QUIRURGICO	REBULLIDA VELA MIREYA	2022#372	CREACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO DE IMPLANTES
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO BLOQUE QUIRURGICO	LAMPerez BUENO MARTA	2022#492	PROYECTO DE MEJORA RESPECTO A LA FORMACION PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PRODUCTOS PARA LA CEMENTACION OSEA, DIAGNOSTICO DE INFECCIONES Y MANEJO DE ESPACIOS MUERTOS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO BLOQUE QUIRURGICO	RASAL BALLESTE MARIA	2022#525	EMPLEO DE CODIGOS QR COMO HERRAMIENTA DE AYUDA PARA UNA CORRECTA PREPARACION Y COLOCACION DEL PACIENTE EN LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS URGENTES MAS FRECUENTES EN CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGICA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO BLOQUE QUIRURGICO	GRASA PEQUERUL ELENA	2022#556	IMPLEMENTACION DE UNAS LAMINAS DE PICTOGRAMAS EN EL BLOQUE QUIRURGICO PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON PACIENTES NO HISPANOHABLANTES
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO BLOQUE QUIRURGICO	MURILLO SALVADOR RAQUEL	2022#574	USO DE LA MEDICINA GRAFICA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD AL PACIENTE QUIRURGICO Y SUS FAMILIARES
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	RAMOS MAQUEDA JAVIER	2022#296	INICIO DE UN PROGRAMA DE IMPLANTE DE MARCAPASOS CON ESTIMULACION FISIOLOGICA DE RAMA IZQUIERDA DEL HAZ DE HIS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGIA	PEREZ GUERRERO AINHOA	2022#1111	VALORACION DE LA ANGINA MICROVASCULAR Y VASOESPASTICA MEDIANTE CATETERISMO

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 3**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
					CARDÍACO
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO CARDIOLOGÍA	MURLANCH DOSSET ELENA	2022#1119	ACTUALIZACION DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE CARDIOLOGÍA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA	PEREZ TORRALBA MARIA VICTORIA	2022#471	CREACION E IMPLACION DEL ENVIO TELEMATICO DE LAS RECOMENDACIONES GENERALES DE LA CMA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA	PALACIOS GASOS PILAR	2022#31	MANEJO PERIOPERATORIO DE LA INFECCION EN DUODENOPANCREATECTOMIA CEFALICA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA	ELIA GUEDEA MANUELA	2022#282	CREACION DE UN CIRCUITO MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER DE RECTO, AFECTOS DE SINDROME DE RESECCION ANTERIOR Y PREVENCIÓN DEL MISMO
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA	GIL ROMEA ISMAEL	2022#358	VALORACION PRE Y POSTQUIRURGICA DE ENFERMERÍA EN RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE MAMA DEL H.C.U.Z
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA	LOPEZ TORREA M. DEL MAR	2022#486	ELABORACION DE UN FOLLETO DE ACOGIDA CON INFORMACION PRACTICA PARA PACIENTES Y FAMILIARES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA	PORTERO AGUDO M. PILAR	2022#518	ELABORACION DE DOCUMENTO DE ACOGIDA AL NUEVO PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE LA PLANTA DE CIRUGIA GENERAL
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA	PALACIOS FANLO M. JOSE	2022#602	ENCUESTA DE SATISFACCION EN PACIENTES OBESOS MORBIDOS INTERVENIDOS DE CIRUGIA BARIATRICA EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO DERMATOLOGÍA	RIVERA FUERTES IGNACIO	2022#600	ORGANIZACION DE LA CIRUGÍA MICROGRAFICA DE MOHS EN DERMATOLOGÍA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO DERMATOLOGÍA	FUENTE MEIRA SONIA DE LA	2022#621	RESOLUCION DE INTERCONSULTA VIRTUAL EN MENOS DE 7 DIAS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO DERMATOLOGÍA	MORALES MOYA ANA LUISA	2022#511	INCORPORACION DE PLANTILLA PREDISEÑADA DENTRO DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	HIJOS MALLADA GONZALO	2022#576	MANEJO DE FARMACOS ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES ANTES Y DESPUES DE UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA. REALIZACION DE DOCUMENTOS DE INFORMACION PARA PACIENTES Y FACULTATIVOS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	SOSTRES HOMEDES CARLOS	2022#577	REALIZACION DE COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA SIN NECESIDAD DE INGRESO EL DIA PREVIO A LA INTERVENCION
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	ALFARO ALMAJANO ENRIQUE	2022#628	INFORMACION PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE APARATO DIGESTIVO
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO DIGESTIVO	LAZARO ASPAS MARIA	2022#648	VIA RAPIDA TRATAMIENTO HELICOBACTER PYLORI. CONSULTA ENFERMERIA SERVICIO DIGESTIVO I.J
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ENDOCRINOLOGÍA	OCON BRETON MARIA JULIA	2022#502	ACTUALIZACION DE LAS DIETAS TERAPEUTICAS EMPLEADAS POR EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION EN SUS CONSULTAS EXTERNAS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ENDOCRINOLOGÍA	BANDRES NIVELA OROSIA	2022#791	MONITORIZACION INTERSTICIAL DE GLUCOSA EN MUJERES CON DIABETES PREGESTACIONAL: RESULTADOS EN EL CONTROL GLUCEMICO, OBSTETRICO Y NEONATAL
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ENFERMERIA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA	JORGE SAMITIER PABLO	2022#34	PREVENCIÓN DEL DELIRIUM AGUDO EN EL ANCIANO INGRESADO EN UNA UNIDAD DE AGUDOS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ENFERMERIA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE UCI QUIRURGICA	REGAÑO VIGIL MARIA-PILAR	2022#430	PLATAFORMA DE AUTOFORMACION PARA ENFERMERÍA DE UCI DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ENFERMERIA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE NEUROCIROGIA	MONTEAGUDO IBAÑEZ ROSA CARMEN	2022#549	GRUPO DE MEJORA PARA LA REDUCCION DEL SONIDO AMBIENTAL EN LA UNIDAD DE NEUROCIROGIA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ESTERILIZACIÓN	LEAL UCAR SARAH	2022#776	PROYECTO DE MEJORA DE LA TRAZABILIDAD DEL INSTRUMENTAL PROCEDENTE DEL BLOQUE QUIRURGICO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ESTERILIZACIÓN	COSTACHE NUTA MONICA	2022#1153	DETECTA Y PREVENIR ERRORES:GESTION DE RIESGOS Y PLAN DE CONTINGENCIAS DE LA UNIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HCULB
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA	SALVADOR GOMEZ TRANSITO	2022#266	ELABORACION DE UNA GUIA DE ACOGIDA PARA PERSONAL TECNICO DEL SERVICIO DE FARMACIA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA	VARELA MARTINEZ ISABEL	2022#308	IMPLANTACION DEL SISTEMA EPASE® DE FARMIS ONCOFARM® EN EL AREA DE PREPARACION DE CITOSTATICOS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO FARMACIA	MAGALLON MARTINEZ ARANTXA	2022#1093	PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA ORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE ATENCION FARMACEUTICA DE PACIENTES EXTERNOS

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 3**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA	ORTEGA PARDINA PABLO	2022#310	PROCEDIMIENTOS DE DOSIMETRÍA FÍSICA Y CLÍNICA EN RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE MAMA (RIO)
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA	BARRANCO LOPEZ ALEJANDRO	2022#363	AUTOMATIZACION DE PROCESOS PARA LA REDUCCION DE INCIDENTES EN EL PROCESO DE PLANIFICACION EN RADIOTERAPIA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA	JIMENEZ ALBERICIO FRANCISCO JAVIER	2022#433	ESTABLECIMIENTO DE PROTOCOLOS DE DOSIMETRÍA CLÍNICA EN TRATAMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR CON Y-90
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMATOLOGÍA	GAVIN SEBASTIAN OLGA	2022#450	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DEL ESTUDIO DE COAGULACION DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMATOLOGÍA	MARTINEZ LAZARO BEATRIZ	2022#931	IMPLANTACION DE UN TUBO UNICO EN EL LABORATORIO DE ERITROPATOLOGÍA PARA DETERMINACIONES EN SUERO
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO HEMODINÁMICA CARDIACA	PAESA GARZA MARIA CRUZ	2022#1113	CONSULTA DE ENFERMERÍA EN HEMODINAMICA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO INFECCIOSOS	SANJOAQUIN CONDE ISABEL	2022#449	ESTRATEGIA DE COLABORACION EN EL AREA III PARA GARANTIZAR LA CUMPLIMENTACION DEL TRATAMIENTO TUBERCULOSTATICO. COORDINACION S.ENF INFECCIOSAS/NEUMOLOGÍA /FARMACIA/TRABAJO SOCIAL
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO INFECCIOSOS	LOSCOS ARANDA SILVIA	2022#601	VÍA CLÍNICA DE ACTUACION EN ESPONDILITIS (OSTEOMIELITIS VERTEBRAL), DISCITIS Y ESPONDILODISCITIS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO INFECCIOSOS	PELLEJERO SAGASTIZABAL GALADRIEL	2022#632	OPTIMIZACION DEL DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE ENCEFALITIS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO INFECCIOSOS	CRUSELLS CANALES MARIA JOSE	2022#649	PROGRAMA PROFILAXIS PREEXPOSICION (PREP), ACCIONES DE MEJORA EN EL CIRCUITO DE USUARIOS, RENTABILIZACION DE LAS VISITAS Y TOMA DE MUESTRAS. SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS/CONSULTA DE ENFERMERIA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO INMUNOLOGÍA	MARTINEZ LOSTAO LUIS	2022#643	IMPLEMENTACION DEL TEST DE ACTIVACION DE BASOFILOS PARA EL DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON ALERGI A MEDICAMENTOS EN EL SECTOR III
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	CABRERIZO GARCIA JOSE LUIS	2022#283	CATERETERISMO DE VENAS SUPRARRENALES EN PACIENTES HIPERTENSOS CON HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	DOLZ ASPAS RAQUEL	2022#539	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA PREVENCION DE CAÍDAS EN PLANTA DE HOSPITALIZACION
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA INTERNA	SANCHEZ MARTELES MARTA	2022#468	PLAN DE MEJORA EN LA ASISTENCIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA NUCLEAR	NAVAL MORELLI JAVIER MARIA	2022#155	ELABORACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION EN ENFERMERÍA EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y/O TERAPEUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA NUCLEAR	ANDRES GRACIA ALEJANDRO	2022#1176	IMPLANTACION DE NUEVAS INDICACIONES Y PROTOCOLOS DEL PET/TC EN LA UNIDAD CLÍNICA MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR DE ARAGON
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA PREVENTIVA	HERNANDEZ GARCIA IGNACIO	2022#99	INFORMATIZACION DE LA CONSULTA DE VACUNAS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO MEDICINA PREVENTIVA	MOLINER LAHOZ FRANCISCO JAVIER	2022#221	VIGILANCIA DE INFECCIONES Y DE BUENAS PRACTICAS EN EL AREA QUIRURGICA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	SERAL GARCIA CRISTINA PILAR	2022#438	VIGILANCIA DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN ARAGON MEDIANTE NUEVAS TECNOLOGIAS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	BUENO SANCHO JESSICA	2022#543	IMPLEMENTACION DE SECUENCIACION WGS Y 16S
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	ALGARATE CAJO SONIA	2022#661	DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLOGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO NEFROLOGÍA	RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA	2022#550	PROYECTO DE AFERESIS TERAPEUTICA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL H.C.U. LOZANO Blesa DE ZARAGOZA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO NEFROLOGÍA	BENITO ORMEÑO ADOLFO	2022#618	ACTUALIZACION Y ESTANDARIZACION EN MANEJO Y CUIDADOS DE ACCESOS VASCULARES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa Y CENTRO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGÍA	MARIN OTO MARTA	2022#327	UNIDAD DE CUIDADO RESPIRATORIO INTERMEDIO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa. PROYECTO DE MEJORA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGÍA	ANORO ABENOZA LAURA	2022#329	IMPLANTACION DEL ESPUTO INDUCIDO COMO METODO NO INVASIVO PARA EL FENOTIPADO DEL ASMA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGÍA	AGUELO VELLILA ANA CRISTINA	2022#369	HOJAS INFORMATIVAS PARA LOS PACIENTES CITADOS PARA PRUEBAS DE FUNCION PULMONAR

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 3**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUMOLOGÍA	HERNANDEZ BONAGA MARIA	2022#821	TORACOCENTESIS CON MEDICION DE PRESIONES INTRAPLEURALES MEDIANTE MANOMETRIA PLEURAL
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROFISIOLOGIA CLINICA	RODRIGUEZ MENA DIEGO	2022#508	INCLUSION DEL TEST DE MANTENIMIENTO DE VIGILIA PARA EL APOYO DEL DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON HIPERSOMNIAS CENTRALES PROCEDENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES CLINICAS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGÍA	SANCHEZ VALIENTE SARA ISABEL	2022#23	ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE INSTAURACION DEL TRATAMIENTO CON LEVODOPA CARBIDOPA GEL INTRADUODUODENAL
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGÍA	SANTOS LASAOSA SONIA	2022#288	PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A EN LA CONSULTA DE CEFALEAS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO NEUROLOGÍA	TEJERO JUSTE CARLOS	2022#1134	PROCEDIMIENTO DEL MANEJO HOSPITALARIO DE LA HEMORRAGIA INTRACRANEAL ESPONTANEA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	NASSAR MELIC NADIA	2022#464	INCORPORACION DEL PROCEDIMIENTO DE CONIZACION BAJO ANESTESIA LOCAL PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES CERVICALES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO EN CONSULTA DE GINECOLOGÍA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	MATEO ALCALA PURIFICACION	2022#475	"HUMANIZACION DE LA CESAREA. ACOMPAÑAMIENTO Y CONTACTO PIEL CON PIEL"
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	BESCOS SANTANA ELENA	2022#493	PREVENCION DE LA RETENCION URINARIA POSTPARTO
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGÍA	LOPEZ RODRIGUEZ NURIA	2022#724	PROTOCOLO DE ADECUACION PARA LA EXTERNALIZACION DEL SUELO QUIRURGICO
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO OFTALMOLOGÍA	ESTEBAN FLORIA MARIA OLIVIA	2022#784	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE SOMETIDO A MICROCIURUGÍA OCULAR
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ONCOLOGÍA MEDICA	BUESO INGLAN M. PILAR	2022#21	PREVENCION DEL DETERIORO FUNCIONAL EN EL PACIENTE ONCOLOGICO HOSPITALIZADO
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ONCOLOGÍA MEDICA	ALVAREZ ALEJANDRO MARIA	2022#626	SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CANCER DE MAMA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO ONCOLOGÍA MEDICA	QUILEZ BIELSA ELISA	2022#693	ELABORACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE TOXICIDAD POR INMUNOTERAPIA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO OTORRINOLARINGOLOGIA	ESCRIBANO PEÑALVA ANDREA	2022#610	"GUÍA DE CUIDADOS AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO"
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO OTORRINOLARINGOLOGIA	GUALLAR LARPA MARIA	2022#627	"CREACION E IMPLANTACION DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS EN LAS INTERVENCIONES DE ORL INFANTIL"
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO OTORRINOLARINGOLOGIA	LAVILLA MARTIN DE VALMASEDA MARIA JOSE	2022#789	INFORMACION PARA EL PACIENTE EN RELACION A LA REHABILITACION POSTIMPLANTACION COCLEAR EN LA HIPOACUSIA UNILATERAL SEVERO PROFUNDA (HUSP)
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO OTROS SERVICIOS	MERIDA DONOSO ANCHEL	2022#565	CONSEJOS DE NUTRICION PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIALISIS. (ELABORACION DE UN TRIPTICO CON CONSEJOS BASICOS NUTRICIONALES)
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO PARTORIOS	GOMEZ DAVILA PATRICIA LIZA	2022#480	HABILITAR UNA SALA DE DILATACION COMO UTPR (UNIDAD DE TRABAJO DE PARTO Y RECUPERACION), MEDIANTE EL USO DE LAS CAMAS DE PARTO ARTICULADAS (HILL-ROM)
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	GONZALEZ GARCIA GONZALO	2022#25	DERIVACION PREFERENTE DESDE URGENCIAS DE PEDIATRIA A CONSULTA DE ALERGIJA INFANTIL ANTE LA SOSPECHA DE ALERGIJA A LAS PROTEINAS DE LA LECHE Y EL HUEVO
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	LLORENTE CEREZA MARIA TERESA	2022#218	ELABORACION DE TALLERES GRUPALES PARA LA MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES TIPO 1 EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	BUENO LOZANO GLORIA	2022#232	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE TRANSICION DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 DESDE LA CONSULTA PEDIATRICA DE DIABETES A LA CONSULTA DE ADULTOS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO PEDIATRIA	ESCARTIN MADURGA LAURA	2022#399	ADECUACION DEL SERVICIO DE PEDIATRIA AL INCREMENTO DE CAMAS DE HOSPITALIZACION POR TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (UTCA) Y EN HOSPITALIZACION DE CORTA ESTANCIA (UCE) DE PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	SERRANO BARCOS LAURA	2022#412	GUÍA RAPIDA DE ACTUACION PARA ESTUDIOS DE CONTACTO POR AGENTES BIOLÓGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	YUSTE GRAN CRISTINA	2022#419	PROGRAMA PARA LA IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION SOBRE HIGIENE Y SALUD POSTURAL ENTRE LOS TRABAJADORES DE LAVANDERIA DEL HCU
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	INGLES GARCIA DE LA CALERA CONCEPCION	2022#476	REVISION DEL PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLÓGICO. CICLO DE MEJORA CONTINUA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOLOGICO	GIMENO PERIBAÑEZ MARIA JOSE	2022#231	PROGRAMACION DE CITAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA REALIZACION DE TC Y DE RM DE FORMA AMBULATORIA E INGRESADOS

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector ZARAGOZA 3**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO RADIOLOGICO	DIAZ GÜEMES OLIMPIA	2022#444	ELABORACION E IMPLANTACION DE LA GUIA DE ADQUISICION DE UN ESTUDIO BASICO DE RESONANCIA CARDIACA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS EN RADIOLOGICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	MARTINEZ CASTELLAR M. DOLORES	2022#28	ELABORACION Y ENTREGA DE UN TRIPTICO DE EJERCICIOS RECOMENDADOS TRAS CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO REHABILITACION	GOMEZ OPIC CONCEPCION	2022#699	CREACION DE CONSULTA ESPECIFICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION PARA PACIENTES AFECTOS DE PARALISIS FACIAL PERIFERICA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO REUMATOLOGIA	AZNAR VILLACAMPA MARIA EMILIA	2022#631	CREACION DE UNA UNIDAD FLS (FRACTURE LIAISON SERVICE) EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO TOXICOLOGIA CLINICA	FOUNAUD PLACER BELEN	2022#534	PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABIS MEDIANTE CROMATOGRAFIA DE GASES/ESPECTROMETRIA DE MASAS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA	GARCIA ALVAREZ GARCIA FELICITO ENRIQUE	2022#262	EVALUACION DEL USO DE HEMODERIVADOS EN LA CIRUGIA PROTESICA PROGRAMADA DEL APARATO LOCOMOTOR
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA	ZAMORA RODRIGUEZ JOSE MARIA	2022#581	VIA RAPIDA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA	SANCHEZ GIMENO MARIANO	2022#624	TECNICA WALANT EN CIRUGIA DE MIEMBRO SUPERIOR
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA	GOMEZ VALLEJO JESUS	2022#625	VIA RAPIDA PARA ARTROPLASTIA PRIMARIA DE CADERA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE CALIDAD	HERNANDEZ GUTIERREZ M. LUISA	2022#590	LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA. HERRAMIENTA PARA LA IMPLANTACION DE LA MEJOR EVIDENCIA EN CUIDADOS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	OBON AZUARA MARIA BLANCA	2022#407	SABER NO HACER
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	JIMENEZ BARTOLOME BELEN	2022#635	VALIDEZ DEL TRIPLE HISOPO, Y FILMARRAY DEL BAS PARA LA DESESCALADA ANTIBIOTICA EN GRAM (+)
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO UNIDAD DE FORMACION	CHARLO BERNARDOS MARTA	2022#641	PLAN DE MEJORA EN LA DIGITALIZACION DE LOS PROCESOS DE FORMACION
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	AMORES ARRIAGA M. BEATRIZ	2022#544	REVISION DE LOS DOCUMENTOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA PAGINA WEB DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESIA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO	2022#554	ANALISIS DE LA MORTALIDAD IN SITU EN URGENCIAS EN NIVELES DE PRIORIDAD BAJOS (IV-V) ASIGNADOS EN EL TRIAJE
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO URGENCIAS	AINSA ESTAUN MARTA	2022#582	UNIFICACION DEL METODO DE EXTRACCION, CONSERVACION Y ENVIO DE MUESTRAS EN URGENCIAS
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	BLANCO CHAMORRO CARLOS	2022#551	OPTIMIZACION DE LAS REVISIONES DE CONSULTAS EXTERNAS DE CENTROS DE UROLOGIA DE EJE Y TARAZONA: PRIORIZACION CLINICA Y CONSULTA TELEMATICA
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	MUÑIZ SUAREZ LAURA	2022#567	PROYECTO DE MEJORA PROTOCOLIZACION CONSULTA DE HEMATURIA: CONSENSO CON Sº URGENCIAS Y REALIZACION DE PROTOCOLO DE DERIVACION
Z3	AE	H CLINICO UNIVERSITARIO UROLOGIA	GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER	2022#598	PACIENTE CON SONDA VESICAL PERMANENTE Y CIRUGIA PROSTATICA: OPTIMIZACION DE LAS MEDIDAS PREOPERATORIAS



## PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD PROYECTOS APROBADOS EN 2022

Número de proyectos: 1210

### Sector ZARAGOZA 3

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
Z3	SM	CRP NTRA SRA DEL PILAR OTROS SERVICIOS	GALINDO BEJAR JORGE	2022#530	BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL C.R.P. NTRA. SRA. DEL PILAR DE ZARAGOZA
Z3	SM	CRP NTRA SRA DEL PILAR OTROS SERVICIOS	SAMANIEGO DIAZ DE CORCUERA MARIA ESTHER	2022#540	PREPARAMOS Y ACOMPAÑAMOS CONTIGO TU VUELTA A CASA: PROTOCOLO DE VISITAS DOMICILIARIAS DIRIGIDO AL ABORDAJE TERAPEUTICO INTEGRAL DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN EL CRP DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR
Z3	SM	CRP NTRA SRA DEL PILAR UME, ULE Y PSICOGERIATRÍA CRP NTRA. SRA. DEL PILAR	HERNANDO PINA MARTA	2022#62	COLABORACION CON EL PROYECTO DE VOLUNTARIADO "ALMOHADAS DEL CORAZON" EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA DEL CRP NTRA. SRA. DEL PILAR
Z3	SM	CRP NTRA SRA DEL PILAR UME, ULE Y PSICOGERIATRÍA CRP NTRA. SRA. DEL PILAR	MARTIN GRACIA ANDRES	2022#64	PRESENCIA FÍSICA Y PARTICIPACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE(TMGM) EN LA ELABORACION DE SU PLAN PERSONAL DE RECUPERACION(PPR)
Z3	SM	CRP NTRA SRA DEL PILAR UME, ULE Y PSICOGERIATRÍA CRP NTRA. SRA. DEL PILAR	ARAGUAS GRACIA LUCIA	2022#199	CONOCETE MEJOR PARA SENTIRTE BIEN. PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD, CON ENFOQUE DE PACIENTE ACTIVO
Z3	SM	CRP NTRA SRA DEL PILAR UME, ULE Y PSICOGERIATRÍA CRP NTRA. SRA. DEL PILAR	JORCANO PEREA ANGELES	2022#201	SOPORTE Y APOYO PARA EVITAR RECAIDAS Y MEJORAR SU INTEGRACION A LA COMUNIDAD HASTA LA PRESENCIA ACTIVA DEL PACIENTE EN PRIMERA CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL EN C.S.M

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

*Número de proyectos: 1210*

**Sector CALATAYUD**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON AP	SANCHEZ PRIETO YASMINA	2022#410	REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA EN CS DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON AP	PEREZ-CABALLERO SANCHEZ M. PILAR TERESA	2022#866	MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE AL TETANOS EN LA POBLACION >65 AÑOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON API/AT.COM	LATORRE Balsa CESAR	2022#964	PROGRAMA DE EPS Y ACTUALIZACION EN DIETAS PARA PACIENTES DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ARIZA AP	GRACIA SALVADOR MARIA JOSE	2022#531	UNA URGENCIA!!!! CARRO DE PARADAS Y MALETÍN ..... ESTAN PREPARADOS?????
CA	AP	CS ARIZA AP	DIEZ GIMENO IRENE GLORIA	2022#651	IMPORTANCIA DE LA REALIZACION Y DIGITALIZACION EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA DE UN ELECTROCARDIOGRAMA BASAL A LA POBLACION HIPERTENSA
CA	AP	CS ARIZA AP	LANZUELA IRANZO MARIA VICTORIA	2022#904	CIRCUITO DE RECEPCION Y MANEJO DE ELEMENTOS/APARATOS/ ENVIOS RECIBIDOS EN EL CENTRO DE SALUD
CA	AP	CS ARIZA API/AT.COM	HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION	2022#1014	IMPULSO A LA ATENCION COMUNITARIA EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE ARIZA. RECOMENDACION DE ACTIVOS COMUNITARIOS
CA	AP	CS ATECA AP	IBAÑEZ FORNES MONICA	2022#304	AUMENTAR LA COBERTURA DE VACUNACION ANTINEUMOCOCICA 23 EN LA ZONA BASICA DE ATECA
CA	AP	CS ATECA AP	BLANQUEZ PUEYO MERCEDES	2022#342	IMPLEMENTACION DEL CARRO DE PARADAS EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE ATECA SIGUIENDO EL PROTOCOLO DE GESTION Y CONTROL DEL CARRO DE PARADAS DE LOS EAP DEL SECTOR CALATAYUD
CA	AP	CS ATECA AP	GRACIA JARABO MYRIAM	2022#446	MEJORA EN EL CONTROL Y ORGANIZACION DE MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA DEL COCHE Y SALA DE URGENCIAS DEL C. S . ATECA
CA	AP	CS ATECA AP	GARCIA GRACIA RAQUEL	2022#536	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ENTREGA DE INFORMACION ESCRITA AL PACIENTE, EN FORMA DE RECOMENDACIONES Y CONSEJOS, EN RELACION CON LAS PATOLOGIAS MAS PREVALENTES EN ATENCION CONTINUADA EN EL C.S. ATECA
CA	AP	CS ATECA API/AT.COM	RODRIGALVAREZ DE VAL SARA	2022#629	MEJORANDO LA RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN EL CS ATECA
CA	AP	CS CALATAYUD AP	GIMENEZ LOPEZ VIRGINIA	2022#290	ACTUACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO EN URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE Y SUR
CA	AP	CS CALATAYUD API/AT.COM	SAIZ BURGUEÑO ZAIDA	2022#335	PREVENCION DE CARIES Y MEJORA DE LA SALUD BUCODENTAL DE LA POBLACION INFANTIL DE ENTRE 5 Y 11 AÑOS DE EDAD ESCOLARIZADA EN LA LOCALIDAD DE CALATAYUD
CA	AP	CS CALATAYUD API/AT.COM	HERNANDEZ GIL RUTH	2022#368	MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD Y COMUNICACION EN EL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE MEDIANTE EL USO DE PICTOGRAMAS Y LENGUAJE INCLUSIVO
CA	AP	CS CALATAYUD API/AT.COM	ROYO VILLA ALBERTO	2022#397	EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD EN FACEBOOK E INSTAGRAM
CA	AP	CS CALATAYUD API/AT.COM	COMPES DEA MARTA	2022#287	MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN EL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL. COMENZAMOS
CA	AP	CS CALATAYUD API/AT.COM	PEREZ TORNOS MARIA CARMEN	2022#339	SALUD BUCODENTAL EN LA ESCUELA RURAL
CA	AP	CS DAROCA AP	CUADRADO GONZALEZ AINOA	2022#445	DETECCION DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS, REALIZACION DE, AL MENOS, UNA ACTUACION BREVE, ESPIROMETRIA E INFORMACION ACERCA DE ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE FUMAR
CA	AP	CS DAROCA AP	CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL	2022#451	REVISION DE LA ADHERENCIA Y LA ADECUACION AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO
CA	AP	CS DAROCA AP	MARGINEAN MONICA LUCRETIA	2022#1099	CONOCIMIENTOS DE DIABETES Y CONSULTA MONOGRAFICA DEL PIE DIABETICO EN LA POBLACION DIABETICA DEL CENTRO DE SALUD DE DAROCA
CA	AP	CS ILLUECA API/AT.COM	GARCIA FRUCTUOSO MARIA TERESA	2022#7	APRENDEMOS A CUIDAR NUESTROS DIENTES
CA	AP	CS ILLUECA AP	ORTEGA GARCIA VANESA	2022#10	IMPLANTACION DE RETINOGRAFO Y CRIBADO DE RETINOPATIA DIABETICA EN CENTRO DE SALUD DE ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA API/AT.COM	SANCHEZ LOPEZ ANGELA M.	2022#538	REANIMACION Y USO DEL D.E.A. EN LA Z.B.S. DE ILLUECA
CA	AP	CS MORATA DE JALON API/AT.COM	LOZANO ALONSO SILVIA	2022#439	EDUCACION GRUPAL PARA DIABETICOS
CA	AP	CS MORATA DE JALON API/AT.COM	VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN	2022#1008	"APRENDIENDO A REALIZAR RCP BASICA Y MANEJO DEL D.E.S.A. EN POBLACION ADULTA DEL C.S. MORATA DE JALON"



**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

*Número de proyectos: 1210*

**Sector CALATAYUD**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
CA	AP	CS SABIÑAN AP	HUERTAS BADOS MARIA LUISA	2022#76	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES >= DE 40 AÑOS MEDIANTE LA REALIZACION DE PRUEBAS DE CRIBADO CON COPD-6 EN LA ZBS DE SABIÑAN
CA	AP	CS SABIÑAN AP/AT.COM	ISARRE GARCIA DE JALON PEDRO	2022#13	FORMACION DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL SOCIO SANITARIO DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE SABIÑAN
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA AP	BORAO GOMEZ JULITA	2022#319	MEJORA DE LA PREVALENCIA DE EPOC DETECTADA EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA AP	ARANDA GRACIA M. JESUS	2022#341	IDENTIFICACION DEL NIVEL DE RIESGO DE PIE DIABETICO EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector CALATAYUD**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
CA	AE	H ERNEST LLUCH ADMISION	LOPEZ GARCIA CONCEPCION	2022#706	PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION CLÍNICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH ADMISION	SEDILES ORTIZ JOSE	2022#917	GESTION CENTRALIZADA DE LAS SOLICITUDES DE LICENCIAS A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA WEB
CA	AE	H ERNEST LLUCH ANATOMÍA PATOLÓGICA	SANZ PEREZ NOEMI	2022#406	MANUAL DE ACOGIDA DE LA UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLOGICA
CA	AE	H ERNEST LLUCH ATENCIÓN AL PACIENTE	CORTES CASADO AFRICA	2022#1037	PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU) DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH BIOQUÍMICA	LAHOZ ALONSO RAQUEL	2022#932	IMPLEMENTACION DE LAS NUEVAS RECOMENDACIONES DEL MANUAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (SEXTA EDICION) PARA EL EXAMEN Y EL PROCESAMIENTO BASICO DEL SEMEN EN EL LABORATORIO
CA	AE	H ERNEST LLUCH BIOQUÍMICA	ESCOBAR MEDINA ANTONIA	2022#1142	IMPLANTACION DEL ALCANCE FLEXIBLE DE LA ACREDITACION ISO 15189 EN EL LABORATORIO DE ANALISIS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH BIOQUÍMICA	ROMERO SANCHEZ NAIARA	2022#1204	GESTION DE LA DEMANDA DE PROCALCITONINA EN FUNCION DE LOS NIVELES DE PCR
CA	AE	H ERNEST LLUCH BIOQUÍMICA	GONZALEZ SANCHEZ RUTH	2022#1264	ADECUACION DE LA DEMANDA DE LAS PETICIONES DE MAGNESIO PARA AYUDAR AL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES OCULTAS EN PACIENTES INGRESADOS MEDICINA INTERNA Y DE URGENCIAS
CA	AE	H ERNEST LLUCH BIOQUÍMICA	ESTEVE ALCALDE PATRICIA ISABEL	2022#1278	PROYECTO DE MEJORA DEL DIAGNOSTICO DE PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH CARDIOLOGÍA	ANDRES SANCHEZ ARTURO	2022#268	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO PARA DESCARTAR TROMBO EN OREJUELA IZQUIERDA Y CARDIOVERSION ELECTRICA URGENTE EN PACIENTES CON FA/FLUTTER DE DIAGNOSTICO EN URGENCIAS PERO DATA DE INICIO INDETERMINADA
CA	AE	H ERNEST LLUCH CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA	TORCAL AZNAR JAVIER	2022#193	ACTUALIZACION MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA	MILLAN GALLIZO GUILLERMO	2022#597	INFORMATIZACION DEL INFORME QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH CONSULTAS EXTERNAS	TORNOS HERNANDEZ MARIA PEÑA	2022#545	PROYECTO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE CONSULTAS EXTERNAS ESPECIALIZADAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	AE	H ERNEST LLUCH CONSULTAS EXTERNAS	GARZA ANDRES SORAYA	2022#707	FORMACION ONLINE
CA	AE	H ERNEST LLUCH DIGESTIVO	LAREDO DE LA TORRE VIVIANA	2022#429	IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DE LA UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH DIGESTIVO	ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER	2022#440	OPTIMIZACION DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA MEDIANTE LA UTILIZACION DE BOMBA DE PERFUSION PARA SEDACION Y REVISION SISTEMATICA DE LAS SOLICITUDES CON ADECUACION A LAS GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA
CA	AE	H ERNEST LLUCH DIGESTIVO	MARTINEZ TOMEY M. CARMEN	2022#754	IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE DIGESTIVO
CA	AE	H ERNEST LLUCH ENDOCRINOLOGÍA	SANZ FOIX PERFECTA	2022#416	ACTUALIZACION DE INSULINAS EN EL AMBITO HOSPITALARIO PARA ENFERMERIA
CA	AE	H ERNEST LLUCH ENDOCRINOLOGÍA	ORNA MARTINEZ FRANCISCO JAVIER	2022#702	PETICION DE MENUS PARA LOS FACULTATIVOS DE GUARDIA
CA	AE	H ERNEST LLUCH ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL	PAMPLONA CASAMAYOR ANA BELEN	2022#441	MEJORA EN EL REGISTRO CLÍNICO DEL RECIEN NACIDO EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA CON NUMERO DE HISTORIA PROVISIONAL
CA	AE	H ERNEST LLUCH ENFERMERIA QUIROFANO-CMA	JIMENEZ IHUAR BEN MARIA CARMEN	2022#458	PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE QUIROFANO DEL HELL
CA	AE	H ERNEST LLUCH ENFERMERIA QUIROFANO-CMA	GARCIA JURADO SONIA	2022#637	MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL TRASLADO DEL PACIENTE AL AREA QUIRURGICA
CA	AE	H ERNEST LLUCH ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION A	JUAN CEBOLLADA CARMEN	2022#487	PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA A DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION A	GRIMA SERRANO LETICIA	2022#738	ACTUALIZACION EN CONOCIMIENTOS DE NUEVAS TECNICAS DE ENFERMERÍA IMPLANTADAS EN LA UNIDAD
CA	AE	H ERNEST LLUCH ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION B	MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE	2022#71	HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA (RELACIONES HUMANAS, ACOGIDA A PACIENTES, CONFORT, INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIA)

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector CALATAYUD**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
CA	AE	H ERNEST LLUCH ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION B	MARTINEZ GUERRERO JUAN MANUEL	2022#942	PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE LA ENFERMERIA B DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION C	MARCO MURO M. CRISTINA DE	2022#559	PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA C (MEDICINA INTERNA Y AREA ICTUS) DEL HOSPITAL DE CALATAYUD
CA	AE	H ERNEST LLUCH ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION C	MARCOS GARCIA IVAN	2022#758	MEJORA EN EL CIRCUITO ENTRE LA UNIDAD DE ENFERMERIA C Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION EN CUANTO A LA LIMPIEZA, DESINFECCION, TRANSPORTE Y RECEPCION DEL MATERIAL DE CURAS
CA	AE	H ERNEST LLUCH ENFERMERIA UNIDAD POLIVALENTE	GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR	2022#685	MEJORA EN LA ORGANIZACION DE MEDICACION Y MATERIAL DE URGENCIA EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLOGICO
CA	AE	H ERNEST LLUCH ESTERILIZACION	BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL	2022#58	CREAR UN GRUPO DE TRABAJO QUIROFANO-ESTERILIZACION
CA	AE	H ERNEST LLUCH ESTERILIZACION	ALBA REMACHA RAQUEL	2022#595	GESTION DEL MATERIAL EN TRANSITO ENTRE EL PERSONAL DE QUIROFANO Y ESTERILIZACION
CA	AE	H ERNEST LLUCH FARMACIA	COMPAIRED TURLAN VICENTE	2022#639	ESTABLECIMIENTO DE UN CIRCUITO DE PRESCRIPCION, DISPENSACION Y ADMINISTRACION DE ANTIPsicOTICOS DEPOT EN EL SECTOR DE CALATAYUD
CA	AE	H ERNEST LLUCH FARMACIA	GARCIA GARCIA M. CARMEN	2022#845	PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE FARMACIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	AE	H ERNEST LLUCH FARMACIA	NEBOT VILLACAMPA MARIA JOSE	2022#1054	MEJORA EN LA ATENCION FARMACEUTICA PRESTADA EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA
CA	AE	H ERNEST LLUCH HEMATOLOGIA	AINA MARTINEZ MARIA ANTONIA	2022#898	DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO EN CABECERA DE PACIENTE
CA	AE	H ERNEST LLUCH HEMATOLOGIA	MALO YAGÜE MARTA	2022#1081	ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROCESO "CODIGO DE HEMORRAGIA MASIVA" EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH HEMODIALISIS	LASTRA VILLAR ROCIO	2022#736	PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH HEMODIALISIS	CORTES SAEZ ALEJANDRO	2022#741	CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO
CA	AE	H ERNEST LLUCH HOSPITAL DE DIA	VALERO ARNAL DIANA	2022#489	PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL HOSPITAL DE DÍA DE ONCOHEMATOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH MEDICINA INTERNA	SUSO ESTIVALEZ CATALINA CAYETANA	2022#154	IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH MEDICINA INTERNA	GOMEZ AGUIRRE NOELIA	2022#1242	MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES MEDICAS
CA	AE	H ERNEST LLUCH MEDICINA INTERNA	GARCIA ANDREU MARIA DEL MAR	2022#1263	IDENTIFICACION DE PACIENTES PLURIPATOLOGICOS QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
CA	AE	H ERNEST LLUCH MEDICINA PREVENTIVA	ARENAS MARTINEZ MIRIAN	2022#481	PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH MEDICINA PREVENTIVA	ORTEGA MAJAN MARIA TERESA	2022#488	MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL AREA MEDICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA
CA	AE	H ERNEST LLUCH NEFROLOGIA	CASTILLON LAVILLA MARIA ELENA	2022#763	VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS
CA	AE	H ERNEST LLUCH NEUMOLOGIA	GRAJEDA JUAREZ JOSE ARNOLDO	2022#371	NORMATIVA DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL DE CALATAYUD
CA	AE	H ERNEST LLUCH NEUMOLOGIA	SANCHO MUÑOZ ELENA	2022#753	IMPLANTACION DE HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA PARA LA REALIZACION DEL TEST DE LA MARCHA DE 6 MINUTOS
CA	AE	H ERNEST LLUCH NEUMOLOGIA	GOMEZ HERNANDO MERCEDES	2022#1033	RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA PARA LA REALIZACION DE UNA POLIGRAFIA RESPIRATORIA NOCTURNA DOMICILIARIA
CA	AE	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MENES LANASPA JOSE JAVIER	2022#394	PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DEL BLOQUE OBSTETRICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	GARCIA SIMON RAQUEL	2022#673	PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO EN EL HELL
CA	AE	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	FARRER VELAZQUEZ MANUEL	2022#798	PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BELLIDO BEL CARMEN	2022#1000	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE REPRODUCCION ASISTIDA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
CA	AE	H ERNEST LLUCH	DURAN ALGAS LORENA	2022#1105	PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE PERINATAL EN EL

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector CALATAYUD**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
		OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA			HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH ONCOLOGÍA MEDICA	KICHELESKI ZANELA ROSE CLEIA	2022#730	HUMANIZACION DE LA SALA DE ESPERA DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH OTORRINOLARINGOLOGÍA	CABRERIZO BARRANCO DOLORES	2022#1090	MANUAL DE ACOGIDA SERVICIO OTORRINOLARINGOLOGÍA
CA	AE	H ERNEST LLUCH OTORRINOLARINGOLOGÍA	MATALLANA BARAHONA SARA	2022#1235	DOCUMENTO DE APOYO PARA LA INTERCONSULTA VIRTUAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y LA CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
CA	AE	H ERNEST LLUCH PEDIATRIA	ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ	2022#104	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE RCP PEDIATRICA Y NEONATAL . MATERIAL Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS
CA	AE	H ERNEST LLUCH PEDIATRIA	MARTINEZ ANDALUZ CARLA	2022#230	ELABORACION DE UNA HOJA DE CALCULO DE DOSIS DE MEDICACION EN URGENCIAS/EMERGENCIAS PEDIATRICAS
CA	AE	H ERNEST LLUCH PEDIATRIA	MARTINEZ BENEDI ISABEL	2022#326	PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH PEDIATRIA	ODRIOZOLA GRIJALBA MARIA MERCEDES	2022#370	CREACION DE UN PROTOCOLO DE CONTROL GLUCEMICO EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA EN LA UNIDAD MATERNO-INFANTIL
CA	AE	H ERNEST LLUCH PEDIATRIA	PARRA FORMENTO JESUS ALBERTO	2022#1310	GUIA DE FUNCIONAMIENTO Y ESTRUCTURA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA
CA	AE	H ERNEST LLUCH PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	CORBERA ALMAJANO CELIA	2022#759	MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO
CA	AE	H ERNEST LLUCH RADIODIAGNOSTICO	LORENZO DE LA MATA JESUS	2022#334	PROCEDIMIENTO TECNICO CON EL SISTEMA AFFIRM DE TOMO BIOPSIA GUIADA DE MAMA
CA	AE	H ERNEST LLUCH RADIODIAGNOSTICO	MARTINEZ LARRIBA REBECA	2022#404	MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	AE	H ERNEST LLUCH RADIODIAGNOSTICO	MUÑOZ CASADO ANA MARIA	2022#497	PROCEDIMIENTO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA EN LA PAAF DE TIROIDES
CA	AE	H ERNEST LLUCH REHABILITACION	FLOR MARIN MARIO DE LA	2022#647	MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION DEL HELL CALATAYUD
CA	AE	H ERNEST LLUCH REHABILITACION	MARTINEZ BELTRAN JESUS	2022#725	PROYECTO DE REALIZACION DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH REUMATOLOGÍA	COBETA GARCIA JUAN CARLOS	2022#1171	CONSULTA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD OSEA (FLS)
CA	AE	H ERNEST LLUCH TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO	2022#176	VÍA CLÍNICA DE LA CIRUGIA PROTESICA DE CADERA PRIMARIA
CA	AE	H ERNEST LLUCH TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	GOMEZ BLASCO ANDRES MANUEL	2022#390	MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	ROCHA FIGUEREDO CARLOS OSCAR	2022#1141	GUIA DE MANEJO GONARTOSIS, MANEJO EN ATENCION PRIMARIA Y MOMENTO DE DERIVACION A CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA
CA	AE	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES	GIMENO BELTRAN LUIS MANUEL	2022#408	MANUAL DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LOS APARATOS DE VMNI DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
CA	AE	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES	SAEZ AGUDO FELICIDAD	2022#411	PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	IBAÑEZ PEREZ DE VIÑASPRES JOSE ANTONIO	2022#75	MEJORA EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS FUERA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL
CA	AE	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	SANCHEZ SORIA MARIA ANGELES	2022#121	MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL TRIAJE DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON RETENCION AGUDA DE ORINA (RAO) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
CA	AE	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	GONZALEZ ARIZA BENJAMIN	2022#242	PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	AE	H ERNEST LLUCH UROLOGIA	ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO	2022#348	MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO
CA	AE	H ERNEST LLUCH USM CALATAYUD	CEBOLLA POLA MARCOS	2022#563	PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

**PROYECTOS DE MEJORA DE LOS ACUERDOS DE GESTION DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD**  
**PROYECTOS APROBADOS EN 2022**

Número de proyectos: 1210

**Sector 061 ARAGÓN**

Sector	Ámbito	Centro Servicio	Apellidos/Nombre	Id_Pr	Título
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON DIRECCIÓN	MAINAR GOMEZ MARIA BELEN PASCUALA	2022#499	ACTUALIZACION DEL MANUAL REDUCIDO DE CODIFICACION DIAGNOSTICA (M070201). IMPLEMENTACION DEL CONVERTOR DE CIE9 A CIE10
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON DIRECCIÓN	AÑON GIMENO DAVID	2022#520	DIGITALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE ASEGURAMIENTO DE ESTADO OPERATIVO EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES DEL 061 ARAGON
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON DIRECCIÓN	SALCEDO DE DIOS SUSANA	2022#813	MOTIVOS DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE UNA UNIDAD DE SVA. JUSTIFICACION CON SCORE Y CONCORDANCIA CON EL MOTIVO DE TRASLADO ESTABLECIDO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES IMPLICADOS (COMPARATIVA 2018-2022)
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON DIRECCIÓN	TORRES ZAMORANO FERNANDO	2022#934	DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL VEHÍCULO DE INTERVENCION RAPIDA (VIR)
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON DIRECCIÓN	ABELLA BARRACA SALAS	2022#945	REORGANIZACION FUNCIONAL DE LA UNIDAD DE RESCATE EN MONTAÑA
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON DIRECCIÓN	BROSED YUSTE JAVIER	2022#946	DISEÑO Y CERTIFICACION DE LA UNIDAD DE SIMULACION CLÍNICA DEL 061 ARAGON
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON DIRECCIÓN	PEREZ-NIEVAS LOPEZ DE GOICOECHEA JUAN	2022#961	ASEGURAMIENTO DEL ESTADO OPERATIVO DEL MATERIAL TECNICO DE RESCATE (INDIVIDUAL Y COLECTIVO) DE LA UNIDAD DE RESCATE EN MONTAÑA (URM)
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON DIRECCIÓN	DOMINGUEZ PLO ESTHER	2022#978	ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO DE COORDINACION PARA LA GESTION Y GARANTÍA DE CUSTODIA DE PRUEBAS EN INTERVENCIONES GRAVES (ASISTENCIA SANITARIA A VÍCTIMAS DE DELITOS GRAVES)
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON GESTION ECONOMICA	MARTIN APARICIO MANUEL JOSE	2022#516	MEJORA DE LA IMAGEN CORPORATIVA Y LA SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONTROL Y CONSERVACION ADECUADA DE LAS PRENDAS Y EPIS QUE COMPONEN LA UNIFORMIDAD
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON GESTION ECONOMICA	GONZALEZ QUINTAS M. ANGELES	2022#711	GESTION DEL APARATAJE ASISTENCIAL DEL 061 ARAGON (GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO DEL ESTADO OPERATIVO)
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON GESTION ECONOMICA	SALDAÑA ROYO SERGIO	2022#892	DISEÑO DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE LA APLICACION DE GESTION DE FACTURACION A TERCEROS DEL 061 ARAGON
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON INFORMÁTICA	SOLER BASA FRANCISCO JOSE	2022#504	MEJORA CONEXION SERVIDORES GESTION STATUS Y GEOLOCALIZACION AMBULANCIAS
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON INFORMÁTICA	SAMPERIZ MURILLO MARTA BEATRIZ	2022#527	CONEXION NUEVOS SERVIDORES DE MAPAS DE SENECA (ARCGIS) CON BBDD IGEAR
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON OTROS SERVICIOS	LASERNA RODRIGUEZ NAIARA	2022#870	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE INTEGRAL EN INCIDENTES DE MULTIPLES VÍCTIMAS (IMV) Y CATASTROFES
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON PERSONAL	BETRIAN DOMINGUEZ JULIA	2022#906	DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA AL NUEVO EMPLEADO
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON UME ALCANIZ	LOPES GARZON PEDRO	2022#799	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN REGISTRO INFORMATICO PARA EL CONTROL DIARIO DE LA GESTION DE LAS BOTELLAS DE OXIGENO EN LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA) DEL 061 ARAGON
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON UME ALCANIZ	FERRER BUJ CARMEN	2022#941	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN REGISTRO INFORMATICO PARA EL CONTROL DIARIO DE ESTUPEFACIENTES (UME ALCANIZ)
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON UME FRAGA	PONTAQUE PEREZ MARTA	2022#752	COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE BOMBEROS DE BAJO CINCA Y EMERGENCIAS SANITARIAS 061 FRAGA EN EL RESCATE DE VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRAFICO
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON UME FRAGA	ECHANIZ SERRANO EMMANUEL	2022#872	DOCUMENTO DE BUENAS PRACTICAS PARA LA ACTUACION CONJUNTA DE PARQUE DE BOMBEROS DE BAJO CINCA Y 061 ARAGON EN LA ASISTENCIA EN LOS ACCIDENTES DE TRAFICO
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON UME MONREAL	CASTRO SALANOVA RAFAEL	2022#793	DIGITALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE REVISION DE LA AMBULANCIA DE LA UME DE MONREAL
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON UME MONZON	IBAÑEZ LOPEZ MARIA SOLEDAD	2022#1080	FORMACION BIDIRECCIONAL CON EL SERVICIO DE BOMBEROS DE BARBASTRO
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON UME SABIANIGO	CAÑARDO ALASTUEY CLARA	2022#535	ADECUACION Y ORGANIZACION DEL ESTOCAJE Y MEJORA DE LA ERGONOMÍA DENTRO DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES UME Y UVI DE LA BASE DE SABIANIGO Y JACA DEL 061 ARAGON
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON UME SABIANIGO	CALDERON RAMIREZ JAIME	2022#1030	ACTUALIZACION TECNICAS SEGURIDAD EN INCENDIOS Y ACCIDENTES DE TRAFICO
UR	UR	GERENCIA 061 ARAGON UME TERUEL	CHULLILLA FANDOS MARIA ISABEL	2022#976	EDUCACION SANITARIA BASICA Y TEMPRANA DIRIGIDA A ALUMNOS DE ESO Y BACHILLERATO EN CENTROS EDUCATIVOS DE LA ZONA DE ACTUACION DE LA UME DE TERUEL (MEDICION DEL GRADO DE SATISFACCION)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1071

### 1. TÍTULO

#### REVISION TERAPEUTICA DE PACIENTES DIABETICOS CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y QUE CONTINUAN EN TRATAMIENTO CON METFORMINA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1071 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MINGUEZ SORIO MARIA PILAR

Título  
REVISION TERAPEUTICA DE PACIENTES DIABETICOS CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y QUE CONTINUAN EN TRATAMIENTO CON METFORMINA

Colaboradores/as:  
CARAZO CABRERIZO GEMA  
MENOYO LOPEZ CRISTINA  
RIVARES BACHES JOSE MANUEL  
SANCHEZ NAVALES MARIA DEL MAR  
VISA GONZALEZ MARIA ISABEL  
ZAMORA ELSON SUSANA  
ZUBIAUZ PEREZ JOSE-MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALMUDEVAR

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALMUDEVAR

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La ERC es frecuente en la población diabética >65 años. Estos pacientes con diabetes y ERC requieren una cuidadosa atención y monitorización. Tienen alto riesgo de sufrir efectos secundarios de los medicamentos. En relación con lo anterior hemos podido objetivar en nuestro centro varios incidentes de seguridad clínica. El empleo de metformina en estadios avanzados de insuficiencia renal debería ser ajustado o eliminado, según el caso, por ser inadecuado, llegando incluso a incidentes graves para el paciente como la acidosis láctica, como ocurrió en uno de nuestros casos. Hemos detectado además un déficit de diagnóstico de ERC por lo que estimamos que sería adecuado aumentar la sensibilización de los profesionales en esta patología. Dado que la DM2 es un factor de riesgo para el desarrollo de ERC oculta y que la prevalencia de ERC oculta o no diagnosticada es muy elevada, se recomienda realizar al menos semestralmente a los diabéticos entre 18 y 79 años un control de HbA1c y de la función renal, parámetro que tiene opciones de mejora según nuestro contrato programa de 2021. En conclusión, según las Novedades del tratamiento farmacológico en las Recomendaciones de la ADA 2020 para diabetes mellitus: La metformina es el agente farmacológico preferido para el inicio del tratamiento de la DM2(A). Debería iniciarse metformina desde el momento del diagnóstico de DM, a no ser que exista alguna contraindicación, junto con las medidas correspondientes de estilo de vida. Se mantiene la metformina por sus beneficios en la protección cardiovascular (CV), necesitando titular la dosis para evitar problemas de intolerancia gastrointestinal y se remarca que su uso está permitido hasta filtrados glomerulares de 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>

#### ÁREAS DE MEJORA

Disminuir los efectos adversos de la metformina en el paciente diabético

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Con el paso del tiempo, los pacientes diabéticos tipo 2, van desarrollando ERC que a veces no se corresponde con la revisión adecuada de su tratamiento farmacológico

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Optimizar el control de los pacientes diabéticos monitorizando HbA1c Y FG con albuminuria semestralmente.
- Detectar los pacientes diabéticos con ERC de nuestro Centro de Salud en tratamiento con metformina.
- Adecuar o suspender esta medicación según su nivel de ERC.
- Mejorar el registro de ERC en OMI y sensibilización de los profesionales y pacientes respecto de esta patología.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. A. Sesión clínica con profesionales del centro para comunicación y puesta en marcha del proyecto basada en casos clínicos de incidentes de seguridad.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/02/2023

Responsable.: PILAR MINGUEZ SORIO

2. B. Revisión del listado de pacientes diabéticos por profesional y valoración, a través del cuadro de mandos, niveles determinación HbA1c y FG.

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final.: 15/02/2023



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1071

### 1. TÍTULO

#### REVISION TERAPEUTICA DE PACIENTES DIABETICOS CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y QUE CONTINUAN EN TRATAMIENTO CON METFORMINA

Responsable.: MAR SANCHEZ NAVALES

3. C. Adecuación de tratamientos con metformina.

Fecha inicio: 28/10/2022

Fecha final.: 15/02/2023

Responsable.: CADA PROFESIONAL SU CUPO

4. D. Consultas programadas de los pacientes que requieran cambios en su medicación para su educación sanitaria individual y mejora del tratamiento farmacológico, prescribiendo la medicación más adecuada

Fecha inicio: 15/11/2022

Fecha final.: 15/02/2023

Responsable.: ENTRE TODO EL EQUIPO

5. E. Análisis de resultados y lecciones aprendidas.

Fecha inicio: 15/03/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: ENTRE TODO EL EQUIPO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

OPCIONAL

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Deteccion de pacientes con diagnostico de DM2 + ERC antes y después de la revisión

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº pacientes DM2 con nuevo episodio OMI de IRC tras revisión

Denominador .....: / Nº pacientes DM2 antes de la revision

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mandos de farmacia pacientes con ERC y DM2 del CS : Valores FG así como prescripciones de metformina

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. Porcentaje de pacientes DM2 + ERC en tratamiento con metformina antes de la revision

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº pacientes DM2 con diagnóstico de IRC en tratamiento con metformina inicialmente

Denominador .....: / Nº pacientes DM2 con diagnostico de IRC

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Solicitud a Dirección de AP Sector de Huesca del listado de pacientes con ERC y DM2 del CS : Valores FG y albumina/creatinina en orina, así como, las prescripciones de fármacos hipoglucemiantes.

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

3. Porcentaje de pacientes diabéticos con IR en los que se ha intervenido

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº pacientes diabéticos con IR en los que se ha intervenido

Denominador .....: /nº pacientes diabeticos totales con IR

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Solicitud a Dirección de AP Sector de Huesca del listado de pacientes con ERC y DM2 del CS : Valores FG y albumina/creatinina en orina, así como, las prescripciones de fármacos hipoglucemiantes.

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

OPCIONAL

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1071

### 1. TÍTULO

**REVISION TERAPEUTICA DE PACIENTES DIABETICOS CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y QUE CONTINUAN EN TRATAMIENTO CON METFORMINA**

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1195

### 1. TÍTULO

#### RETOMANDO LA INTERVENCION ACTIVA PARA EL ABANDONO DEL TABACO

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1195 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA LAFUENTE NATALIA

Título  
RETOMANDO LA INTERVENCION ACTIVA PARA EL ABANDONO DEL TABACO

Colaboradores/as:  
ARNAL BARRIO ANA M.  
GARCES ROMEO MARIA TERESA  
GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN  
HERNANDIS CARDOS RAQUEL  
MARTINEZ IGLESIAS LORENA  
SARASA AQUILLUE SILVIA  
SUÑER GARCIA SARA

Ubicación principal del proyecto.: CS BERDUN

Servicio/Unidad principal .....: EAP BERDUN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
La pandemia COVID ha supuesto un freno en las actividades preventivas, que es necesario retomar.

ÁREAS DE MEJORA  
A un porcentaje desconocido de pacientes fumadores no se les ha realizado ninguna intervención para el abandono del hábito tabáquico.

ANALISIS DE CAUSAS  
Reorganización objetivo consultas durante pandemia COVID

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Se espera conseguir que al menos un 10% de los fumadores detectados expresen su voluntad de dejar de fumar en los próximos 6 meses y al menos un 5% lo hayan abandonado en los próximos 12 meses.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión de consenso y fijación de objetivos  
Fecha inicio: 03/08/2022  
Fecha final.: 03/08/2022  
Responsable.: Ana Carmen Giménez

2. Actualización listado de fumadores  
Fecha inicio: 08/08/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Natalia García Lafuente

3. Revisión de consejo antitabaco en los últimos 6 meses  
Fecha inicio: 08/08/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Sara Suñer/Lorena Martfinez/Silvia Sarasa

4. Búsqueda activa de fumadores sin consejo  
Fecha inicio: 08/08/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Natalia García Lafuente

5. Realización del consejo breve/intensivo cuando proceda  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Natalia García Lafuente

6. Evaluación parcial en Octubre 2022 para detectar problemas en la implementación  
Fecha inicio: 05/10/2022  
Fecha final.: 05/10/2022  
Responsable.: Natalia García Lafuente

7. Evaluación final en Agosto 2023  
Fecha inicio: 01/08/2023  
Fecha final.: 31/08/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1195

### 1. TÍTULO

#### RETOMANDO LA INTERVENCION ACTIVA PARA EL ABANDONO DEL TABACO

Responsable.: Ana Carmen Giménez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Ofrecer al 80% de los fumadores consejo sobre el abandono del tabaco

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº fumadores con consejo antitabaco breve

Denominador .....: nº fumadores

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja Excel

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Al menos 10% de los fumadores expresa su voluntad de dejar de fumar en los próximos 6 meses

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº fumadores con terapia intensiva

Denominador .....: nº fumadores

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja Excel

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Al menos 5% de los fumadores han abandonado el tabaco al menos durante 1 año

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº fumadores que han abandonado el tabaco durante más de 1 año

Denominador .....: nº fumadores

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja Excel

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1219

### 1. TÍTULO

#### PUESTA AL DÍA DEL DIAGNOSTICO DE EPOC MEDIANTE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS EN FUMADORES ENTRE 40 Y 75 AÑOS

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1219 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ARNAL BARRIO ANA M.

Título  
PUESTA AL DÍA DEL DIAGNOSTICO DE EPOC MEDIANTE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS EN FUMADORES ENTRE 40 Y 75 AÑOS

Colaboradores/as:  
ASCASO CASTAN MARIA LOURDES  
GARCES ROMEO MARIA TERESA  
GARCIA LAFUENTE NATALIA  
GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN  
HERNANDIS CARDOS RAQUEL  
MARTINEZ IGLESIAS LORENA  
SARASA AQUILUE SILVIA

Ubicación principal del proyecto.: CS BERDUN

Servicio/Unidad principal .....: EAP BERDUN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
DIAGNOSTICAR LOS EPOC EN FUMADORES CON LA REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS. DURANTE LA PANDEMIA DE COVID SE FRENÓ ESTA ACTIVIDAD QUE SE VENÍA REALIZANDO.

ÁREAS DE MEJORA  
RETOMAR LA REALIZACIÓN DE ESPIROMETRIAS EN FUMADORES EN EL CENTRO DE SALUD DE BERDÚN.

ANÁLISIS DE CAUSAS  
IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR ESPIROMETRIAS DURANTE EL PERIODO DE PANDEMIA COVID.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
- DIAGNÓSTICO PRECOZ DE EPOC EN FUMADORES DE 40 A 75 AÑOS MEDIANTE ESPIROMETRÍA.  
- MOTIVAR MEDIANTE LA ESPIROMETRÍA EL DESEO DE DEJAR DE FUMAR PARA OBTENER GANANCIA EN SALUD.  
- SEGUIMIENTO EN FUMADORES YA DIAGNOSTICADOS DE EPOC.  
- OPTIMIZAR EL RECURSO DEL ESPIRÓMETRO EN EL CENTRO DE SALUD DE BERDÚN.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. REUNIÓN DEL EAP PARA FIJAR OBJETIVOS Y CREAR EL EQUIPO DE TRABAJO

Fecha inicio: 03/08/2022

Fecha final.: 03/08/2022

Responsable.: ANA MARIA ARNAL BARRIO

2. ACTUALIZAR LISTADO DE FUMADORES CON Y SIN ESPIROMETRÍA Y REVISAR EN LA HISTORIA CLÍNICA LOS PACIENTES INCLUIDOS EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE FUMADOR.

Fecha inicio: 08/08/2022

Fecha final.: 14/10/2022

Responsable.: ANA ARNAL/RAQUEL HERNANDIS/SILVIA SARASA/ LORENA MARTINEZ

3. ELABORAR UN REGISTRO DE LOS INDICADORES PARA EL CORRECTO SEGUIMIENTO DEL TRABAJO

Fecha inicio: 08/08/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: ANA ARNAL/RAQUEL HERNANDIS/SILVIA SARASA/ LORENA MARTINEZ/LOURDES ASCASO/TERESA GARCÉS

4. REALIZAR TALLER DE ESPIROMETRÍAS, DE INTERPRETACIÓN Y REGISTRO EN OMI

Fecha inicio: 05/08/2022

Fecha final.: 10/08/2022

Responsable.: ANA ARNAL/ ANA CARMEN GIMÉNEZ

5. OFRECER, CITAR Y REALIZAR LA ESPIROMETRÍA CON UNA AGENDA ESTABLECIDA

Fecha inicio: 05/08/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: ANA ARNAL/RAQUEL HERNANDIS/SILVIA SARASA/ LORENA MARTINEZ/LOURDES ASCASO/

6. EVALUAR LOS RESULTADOS DE LAS ESPIROMETRÍAS PARA DIAGNÓSTICO CORRECTO Y REGISTRO EN OMI

Fecha inicio: 05/08/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: ANA CARMEN GIMÉNEZ/NATALIA GARCÍA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1219

### 1. TÍTULO

#### PUESTA AL DÍA DEL DIAGNÓSTICO DE EPOC MEDIANTE LA REALIZACION DE ESPIROMETRÍAS EN FUMADORES ENTRE 40 Y 75 AÑOS

##### 7. EVALUACIÓN PARCIAL Y FINAL

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: ANA MARÍA ARNAL BARRIO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. AUMENTAR EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE EPOC EN FUMADORES

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE EPOC

Denominador .....: Nº TOTAL ESPIROMETRÍAS REALIZADAS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: REGISTROS DE LISTADOS DE OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

##### 2. MEJORAR EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES FUMADORES DIAGNOSTICADOS DE EPOC

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº DE PACIENTES EPOC FUMADORES A LOS QUE SE LES HA REALIZADO UNA INTERVENCIÓN

Denominador .....: Nº FUMADORES CON DIAGNÓSTICO DE EPOC

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: REGISTROS PROPIOS

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

##### 3. AUMENTAR LA MOTIVACIÓN PARA EL ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº DE FUMADORES QUE MANIFIESTAN SU VOLUNTAD PARA DEJAR DE FUMAR

Denominador .....: Nº DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: REGISTROS PROPIOS

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

##### 4. CUANTIFICAR LA NEGATIVA PARA LA REALIZACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº ESPIROMETRÍAS RECHAZADAS

Denominador .....: Nº ESPIROMETRÍAS OFERTADAS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: REGISTROS PROPIOS

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#939

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROYECTO EDUCATIVO BASADO EN PRIMEROS AUXILIOS EN NIÑOS DEL CRA ALTO GALLEGO

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#939 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CLAVER GARCIA PAULA

Título  
IMPLANTACION DE UN PROYECTO EDUCATIVO BASADO EN PRIMEROS AUXILIOS EN NIÑOS DEL CRA ALTO GALLEGO

Colaboradores/as:  
BETRAN LACASTA CRISTINA  
CABELLO ORDUNA OLGA  
CARILLA MARTIN CYNTHIA ELENA  
RODRIGUEZ MAÑAS JARA  
SALCEDO GIL SOLEDAD  
SISTAC BARRIO MIGUEL ANGEL

Ubicación principal del proyecto.: CS BIESCAS

Servicio/Unidad principal .....: EAP BIESCAS

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Tras establecer contacto con la dirección del CRA Alto Gállego se estableció realizar la implantación de un proyecto educativo para niños de 10 a 12 años, basado la adquisición de conocimientos para una actuación de urgencias ante situaciones de emergencia

#### ÁREAS DE MEJORA

Adquisición de conocimientos básicos en las áreas de urgencias y emergencias en niños de 10 a 12 años

#### ANALISIS DE CAUSAS

En el sistema educativo español no se aborda en la Educación primaria el tema de primeros auxilios, una vez detectada la carencia de conocimientos se decide hacer por parte del centro de salud la formación adaptada

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Los objetivos están basados en la adquisición de conocimientos teóricos sobre actuación en situaciones de urgencias y adquisición de destreza en RCP básica, incluyendo la PLS

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesiones teórico prácticas en cuatro localidades Del Valle de Tena sobre primeros auxilios y RCP básica dirigida a niños de 5º y 6º de primaria

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 12/06/2023

Responsable.: Paula Claver Garcia

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La evaluación práctica se realizará al final de cada sesión, la teórica se hará antes de la sesión para valorar la situación de conocimientos inicial mediante un test de 10 preguntas y se volverá a pasar dicho test al mes de las sesiones, revaluando los conocimientos adquiridos.

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Conocimientos teóricos en primeros auxilios

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Niños que adquieren el 80% de conocimientos

Denominador .....: Niños totales sobre los que se realiza la intervención

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Test de 10 preguntas realizado

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Habilidad práctica en RCP básica

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Niños que realizan correctamente los estándares mínimos

Denominador .....: Niños totales sobre los que se realiza la intervención

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Realización de PLS, teléfonos emergencias, cadena supervivencia y RCP básica

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#939

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROYECTO EDUCATIVO BASADO EN PRIMEROS AUXILIOS EN NIÑOS DEL CRA ALTO GALLEGO

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

La zona básica de actuación son los niños de 5º y 6º de primaria del CRA Alto Gállego de las localidades de Biescas, Sallen de Gállego, Panticosa y Tramacastilla de Tena

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Área de Urgencias y Emergencias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#984

### 1. TÍTULO

#### CONTROL FARMACOLOGICO Y ADECUACION DE TRATAMIENTOS EN LOS PACIENTES DE LA RESIDENCIA LA CONCHADA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#984 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BETRAN LACASTA CRISTINA

Título  
CONTROL FARMACOLOGICO Y ADECUACION DE TRATAMIENTOS EN LOS PACIENTES DE LA RESIDENCIA LA CONCHADA

Colaboradores/as:  
CABELLO ORDUNA OLGA  
CARILLA MARTIN CYNTHIA ELENA  
CLAVER GARCIA PAULA  
RODRIGUEZ MAÑAS JARA  
SALCEDO GIL SOLEDAD  
SISTAC BARRIO MIGUEL ANGEL

Ubicación principal del proyecto.: CS BIESCAS

Servicio/Unidad principal .....: EAP BIESCAS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El control farmacoterapéutico aporta mayor seguridad para el paciente, así como para el personal sociosanitario que lo dispensa; permite un adecuado uso de los tratamientos, eliminando los tratamientos de baja utilidad terapéutica, disminuye el gasto en farmacia y mejora la calidad asistencial

#### ÁREAS DE MEJORA

Existe un elevado número de pacientes, sobre todo mayores, polimedificados, dirigimos la actuación a disminuir el uso de fármacos, eliminar aquellos con baja utilidad terapéutica, implementar el uso de fármacos biosimilares, y controlar a los pacientes a las altas hospitalarias para evitar duplicidades y errores.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En la residencia se evidencia la polimedicación, la escasa formación del personal sociosanitario en la materia de la farmacoterapia. Así mismo evidenciamos duplicidades, uso de fármacos no necesarios en algunos pacientes y mal control tras un ingreso hospitalario.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Los objetivos propuestos son: usar fármacos biosimilares, usar fármacos necesarios y reevaluar a los pacientes periódicamente, eliminando aquellos que no lo sean, evitar duplicidades al alta hospitalaria, mejorar la dispensación por parte del personal sociosanitario mediante registro de responsabilidad

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Evaluación de los tratamientos de los pacientes y correspondencia con la patología, eliminando los fármacos de baja utilidad

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final: 31/12/2023  
Responsable.: Cristina Betrán

2. Evaluación del paciente a las 24h del alta hospitalaria, reevaluando el tratamiento

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final: 31/12/2023  
Responsable.: Cristina Betrán

3. Cambio a fármacos biosimilares y uso de los mismos ante nueva indicación

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final: 31/12/2023  
Responsable.: Cristina Betrán

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Revisión terapéutica

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Tratamientos reevaluados con indicación terapéutica adecuada

Denominador .....: Total de pacientes de la residencia

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#984

### 1. TÍTULO

#### CONTROL FARMACOLOGICO Y ADECUACION DE TRATAMIENTOS EN LOS PACIENTES DE LA RESIDENCIA LA CONCHADA

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Receta Electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Reevaluación tras alta hospitalaria

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Tratamientos evaluados a las 24h del alta hospitalaria  
Denominador .....: Total ingresos de pacientes de la residencia  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP y receta electronica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Uso de biosimilares

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Fármacos biosimilares prescritos: heparina bajo peso molecular e insulina glargina  
Denominador .....: Total de fármacos prescritos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Receta electronica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos  
Tipo de patología: Educación para la salud  
Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1290

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICO PRECOZ DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1290 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
VIÑUALES PALOMAR CARLOS

Título  
DIAGNOSTICO PRECOZ DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN

Colaboradores/as:  
FUERTES ESTALLO MARIA  
GAVIN ANGLADA NATIVIDAD  
JORDAN LANASPA ALICIA GISELA  
LLORO LLORO ALFONSO  
NOGUES SEN LOURDES  
ORTIN SORIANO MARTA  
PUY CABRERO ALICIA

Ubicación principal del proyecto.: CS GRAÑEN

Servicio/Unidad principal .....: EAP GRAÑEN

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El "Programa de Atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón" surgido en 2011 como iniciativa para el desarrollo operativo de la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud se enmarca en las líneas prioritarias de acción que el Departamento de Salud desarrolla para potenciar actuaciones sanitarias en enfermedades con gran incidencia o prevalencia.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. El dato del cuadro de mandos de OMI-AP(cm OMI-AP) a fecha de 31/07/ 2022 en el Centro de Salud de Grañen muestra que las personas diagnosticadas de EPOC en la población que comprende la franja de edad de entre 40 y 80 años se sitúa en un 2,95%, muy lejos de las prevalencias que apuntan los estudios. El estudio EPISCAN II (2017-2018) muestra una prevalencia de EPOC en personas mayores de 40 años medida por el criterio de cociente fijo post-BD FEV1/FVC < 0,7 del 11,8% (IC 95%: 11,2-12,5). La prevalencia se situó en un 14,6% (IC 95%: 13,5-15,7) en varones y en un 9,4% (IC 95%: 8,6-10,2) en mujeres. En Aragón la prevalencia fue de un 12,6%, siendo de un 14,5% en hombres y de un 10,7% en mujeres.
2. En el Centro de Salud de Grañen la población mayor de 14 años que habiendo tenido una cita con un profesional sanitario ha sido preguntado por el consumo de tabaco en los últimos 2 años alcanza un 44,18%. (cm OMIAP 31/07/22). Según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2020 el 22% de la población en España afirma fumar a diario, el 2% es fumador ocasional, mientras que el 25% se declara exfumador.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. El estudio EPISCAN II concluye en el infradiagnóstico de la EPOC y lo sitúa en un 74,7%. Siendo el tabaco el factor de riesgo más importante para el desarrollo de EPOC (entre un 85-90% de los casos de esta enfermedad son debidos al consumo del tabaco) debemos suponer que la principal causa de infradiagnóstico de la EPOC es la falta de detección precoz de la enfermedad en población fumadora. La situación de pandemia COVID-19 paralizó la realización de las espirometrías en AP (En Dic/2021 el % de fumadores > 40 años con realización de al menos 1 espirometría en los últimos 5 años fue de un 11.45%)
2. En Aragón en 2020 se produce descenso en todos los indicadores, la pandemia de la COVID 19 con la suspensión de la consulta presencial en AP, pueden justificar este descenso generalizado. El indicador "Detección tabaco" pasó de un 52,48% en 2017 a un 32,04% en 2020. Además debe señalarse el cierre habitual de consultas debido a la falta de profesionales para llevar a cabo las sustituciones, cierre que sobrecarga las agendas del resto de profesionales y dificulta la realización de las actividades preventivas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Aumentar el diagnóstico precoz de EPOC en la población de 40 a 80 años mediante captación activa de la población fumadora en esa franja de edad. Resultado esperable: Reducir la morbi-mortalidad en los nuevos pacientes diagnosticados con EPOC y mejorar su calidad de vida relacionada con la salud.
2. Aumentar la tasa de detección de tabaquismo en la población del Centro de Salud de Grañen. Resultado esperado: Contribuir al cese del hábito tabáquico disminuyendo así la incidencia de la EPOC y contribuir también a aumentar el diagnóstico precoz de los pacientes fumadores con EPOC.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión formativa sobre el Programa de atención a la EPOC en el Sistema de Salud de Aragón centrando la explicación en los subprocesos: Prevención primaria de EPOC y Detección precoz.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 14/10/2022

Responsable.: ALFONSO LLORO LLORO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1290

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICO PRECOZ DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN

2. Reunión del equipo para concretar los diagramas de flujo (incluye desde la obtención de la población diana e inicio de la captación oportunista hasta el diagnóstico de EPOC y/o consejo antitabaco)

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 28/10/2022

Responsable.: CARLOS VIÑUALES PALOMAR

3. Reorganización de las espirometrías (incremento de la agenda y formación de nuevos profesionales sobre la realización e interpretación de las mismas).

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 28/10/2022

Responsable.: LOURDES NOGUES SEN

4. Obtención de los listados de pacientes fumadores y exfumadores entre 40-80 años por cupos

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: CARLOS VIÑUALES PALOMAR

5. Revisión sistemática de historias clínicas

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: TODOS

6. Realización de espirometría

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: LOURDES NOGUES SEN

7. Registro de patrón espirométrico completo en OMI y apertura de episodio EPOC si cumple criterio.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: MÉDICAS

8. Seguimiento periódico de los indicadores

Fecha inicio: 16/12/2022

Fecha final.: 17/11/2023

Responsable.: ALICIA GISELA JORDAN LANASPA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Prevalencia EPOC

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC

Denominador .....: Población asignada entre 40 y 79 años de edad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Web de cuadro de mandos OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.95

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.05

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.25

Est.Máx.2ª Mem ..: 3.50

#### 2. Detección tabaco

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes >= 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco en los últimos 2 años

Denominador .....: Población asignada >= 15 años

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Web de cuadro de mandos OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 44.18

Est.Máx.1ª Mem ..: 46.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

#### 3. Espirometrías Tabaco

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Fumadores mayores de 40 años a los que se les ha realizado espirometría en los últimos 5 años

Denominador .....: Población fumadora mayor de 40 años

x(1-100-1000) ...: 100



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1290

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICO PRECOZ DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN

Fuentes de datos.: Contrato programa "Gestión asistencial y acuerdos de gestión"

Est.Mín.1ª Mem ..: 11.45  
Est.Máx.1ª Mem ..: 13.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1193

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE DETECCION Y ATENCION A LA FRAGILIDAD EN LA ZBS HECHO

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1193 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ESCARTIN LASIERRA PATRICIA

Título  
PROYECTO DE MEJORA DE DETECCION Y ATENCION A LA FRAGILIDAD EN LA ZBS HECHO

Colaboradores/as:  
ABELLANAS JARNE LORENA  
BARRANCO GAN ROSARIO ESTIVALIZ  
DIEZ MUÑOZ M. ELENA  
GARCES MORENO MARIA JESUS  
MONTON AGUARON NOELIA  
VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA

Ubicación principal del proyecto.: CS HECHO

Servicio/Unidad principal .....: EAP HECHO

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una de las estrategias del Ministerio de Sanidad para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas más mayores es la atención a la fragilidad. Los municipios de nuestra Zona Básica de Salud (ZBS) son, según datos demográficos, unos de los más despoblados y envejecidos de Aragón, con una alta prevalencia intuida de personas frágiles entre sus habitantes. Atender a esta realidad supone mejorar la calidad de nuestra atención hacia las personas más vulnerables y con ello su calidad de vida. A través de un pilotaje en 2021 en 3 de los municipios de la ZBS se comprobó cómo más del 38% de las personas de más de 70 años cumplían criterios de fragilidad que además se correspondían en muchos de los casos con aumento de riesgo de caídas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar registro de caídas. Detectar y mejorar atención a la fragilidad.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

De los resultados de los indicadores de diciembre de 2021, se valora un infraregistro de riesgo de caídas de pacientes dependientes e inmovilizados en los que se ha realizado Barthel. El riesgo de caídas no es sólo una cuestión que atañe a las personas dependientes e inmovilizadas, por lo que la revisión de este indicador se puede ampliar a la población mayor de 70 años con el fin de prevenir caídas y futuras situaciones de inmovilización

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Detectar la fragilidad y riesgo de caídas en las personas mayores de 70 años pertenecientes a nuestra ZBS y aplicar las medidas más adecuadas a cada una para mejorar su calidad de vida: 1. Aumentar el porcentaje de pacientes mayores de 70 años con realización de Barthel. 2. Aumentar el porcentaje de pacientes dependientes o inmovilizados con Barthel  $\leq 90$  con registro de riesgo de caídas en el último año. 3. Detectar la fragilidad en las personas mayores de 70 años pertenecientes a la ZBS y aplicar las medidas más adecuadas a cada una para mejorar su calidad de vida

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación de profesionales del EAP en la detección y manejo de la fragilidad

Fecha inicio: 13/09/22

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Patricia Escartín

2. Detección de población diana: pacientes, de 70 o más años de la ZBS a quienes se realizará el test de Barthel

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Todas

3. Revisión del pilotaje de 2021. Actualización de población diana

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Patricia Escartín, Lorena Abellanas

4. Realización de batería SPPB a la población que cumple el protocolo y detección de riesgo de caídas

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Todas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1193

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE DETECCIÓN Y ATENCIÓN A LA FRAGILIDAD EN LA ZBS HECHO

5. Pautas de actuación dirigidas, contando con el apoyo interdisciplinar para realización de ejercicio multicomponente y ayudas técnicas (programa de ejercicios de fisioterapia y en su caso contacto con

Fecha inicio: 21/12/2022

Fecha final: 31/03/2023

Responsable: Todas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Este proyecto cuenta con la colaboración de Dabi Anquela, fisioterapeuta del Hospital Provincial (Huesca), quien en 2021 nos hizo las hojas de pautas de ejercicios para pacientes.

La detección de la fragilidad también supone ponerse en contacto con la Trabajadora Social de la Comarca (Alba Santos) para la mejora del contexto social, por lo que incluye un trabajo intersectorial

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes mayores de 70 años a los que se realiza el Barthel

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Nº de personas mayores de 70a a las que se les ha realizado un Barthel en el último año

Denominador ..... Nº de personas mayores de 70a de la zona básica

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem .. 50.00

Est.Máx.1ª Mem .. 75.00

Est.Mín.2ª Mem .. 75.00

Est.Máx.2ª Mem .. 90.00

2. % de pacientes con Barthel <90 a quienes se consulta sobre riesgo de caídas

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Nº de personas con Barthel <90 con registro de riesgo de caídas

Denominador ..... Nº de personas con Barthel <90

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem .. 10.00

Est.Máx.1ª Mem .. 50.00

Est.Mín.2ª Mem .. 50.00

Est.Máx.2ª Mem .. 75.00

3. % de pacientes > 70 años con criterios de fragilidad

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Nº de personas mayores de 70a con SPPB <10 en los últimos 2 años

Denominador ..... Nº de personas mayores de 70a con SPPB realizado en los últimos 2 años

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: HISTORIA OMI-AP

BASE DATOS AD HOC

Est.Mín.1ª Mem .. 10.00

Est.Máx.1ª Mem .. 50.00

Est.Mín.2ª Mem .. 50.00

Est.Máx.2ª Mem .. 75.00

4. % de pacientes >70a. a los que se realiza una intervención específica sobre atención a la fragilidad

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Nº de personas > 70 años a las que se les ha realizado una intervención educativa sobre ejercicio multicomponente y/o prevención de caídas

Denominador ..... Nº de personas > 70 años de la zona básica con Barthel realizado

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: HISTORIA OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem .. 5.00

Est.Máx.1ª Mem .. 10.00

Est.Mín.2ª Mem .. 10.00

Est.Máx.2ª Mem .. 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

El proyecto tiene la intención de complementarse con actividades de EPS grupal de dichos ejercicios, además de planes para levantarse en caso de caídas. Dentro de la Recomendación de Activos del CS existen actividades de ejercicios multicomponente que pueden recomendarse

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1193

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE DETECCION Y ATENCION A LA FRAGILIDAD EN LA ZBS HECHO

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1262

### 1. TÍTULO

#### SALUD EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1262 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MONTON AGUARON NOELIA

Título  
SALUD EN LA ESCUELA

Colaboradores/as:  
BARRANCO GAN ROSARIO ESTIVALIZ  
ESCARTIN LASIERRA PATRICIA  
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL  
VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA

Ubicación principal del proyecto.: CS HECHO

Servicio/Unidad principal .....: EAP HECHO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El trabajo estratégico conjunto entre los sectores educativo y sanitario es un pilar de la promoción de salud en la escuela. La relación entre el CRA y el centro de salud ya tiene cierta trayectoria que se puede ver intensificada y mejorada a través de la puesta en marcha de un proyecto estructurado que atienda a las necesidades y demandas que surgen de ambos sectores, así como y sobre todo, por parte de la población infantil y sus familias.

#### ÁREAS DE MEJORA

Promoción y prevención de la salud en etapas infantiles

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Alto consumo de alcohol en adultos en el medio rural.  
Desconocimiento de maniobras de RCP en población rural.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general: elevar el perfil y el compromiso con la promoción de salud en la escuela a través del trabajo intersectorial entre sector educativo y sanitario

#### Objetivos específicos:

Estimular el trabajo intersectorial para la promoción de la salud en la escuela.  
Trabajar la RCP en alumnos y profesores de Ansó y Hecho.  
Reforzar el conocimiento de hábitos saludables en las Escuelas de Ansó y Hecho.

Trabajar sobre temas específicos solicitados:

1. Reanimación cardiopulmonar básica y primeros auxilios
2. Hábitos saludables

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Estimular el trabajo intersectorial para la promoción de la salud en la escuela:  
Reuniones periódicas con profesorado, AMPA y niños/as .

Fecha inicio: 15/09/22

Fecha final.: 15/09/23

Responsable.: Noelia Montón

2. Talleres específicos RCP profesores

Fecha inicio: 01/10/22

Fecha final.: 30/10/22

Responsable.: Daniel Perez

3. Talleres específicos RCP niños y primeros auxilios

Fecha inicio: 01/11/22

Fecha final.: 30/11/22

Responsable.: Daniel Perez

4. Talleres específicos sobre hábitos saludables:prevención consumo de alcohol

Fecha inicio: 01/12/22

Fecha final.: 31/12/22

Responsable.: Patricia Escartin

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1262

### 1. TÍTULO

#### SALUD EN LA ESCUELA

5. Talleres específicos sobre hábitos saludables: alimentación  
Fecha inicio: 01/02/23  
Fecha final.: 30/03/22  
Responsable.: Estivaliz Barranco

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Participación en los talleres de Rcp y hábitos saludables

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de asistentes a los talleres de RCP y hábitos saludables  
Denominador .....: Nº de convocados a los talleres de RCP y hábitos saludables  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Check list de asistentes a los talleres.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Importancia de incorporar hábitos saludables en la dieta

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº de asistentes que consideran importante incorporar hábitos saludables en la dieta antes del taller de alimentación  
Denominador .....: Nº de asistentes que consideran importante incorporar hábitos saludables en la dieta después del taller de alimentación.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 3. Identificación del número de Emergencias Sanitarias

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº de alumnos que conocen el número de Emergencias sanitarias antes de los talleres  
Denominador .....: Nº de alumnos que conocen el número de Emergencias sanitarias después de los talleres  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#165

### 1. TÍTULO

#### INCIDENCIA DE CARIES EN NIÑOS DE 6 A 13 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ZONA DE LA JACETANIA Y ALTO GALLEGO

Fecha de entrada: 17/06/2022

Nº de registro: 2022#165 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ SIPAN MARIA LORENA

Título  
INCIDENCIA DE CARIES EN NIÑOS DE 6 A 13 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ZONA DE LA JACETANIA Y ALTO GALLEGO

Colaboradores/as:  
BARBERIA LARRAD CRISTINA  
ESCANILLA SAMPER PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS JACA

Servicio/Unidad principal .....: EAP JACA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las caries dentales se encuentran entre los problemas de salud más comunes del mundo. Actualmente en España aproximadamente el 80% de los niños y adolescentes presentan caries cifra que se eleva al 90% de los adultos jóvenes y alcanza casi el 100% en los adultos mayores. Las caries son causadas por una combinación de factores como beber bebidas azucaradas, picar entre horas y no lavarse bien los dientes. Consideramos que una actuación temprana en la consulta de odontología puede ayudar a disminuir la prevalencia de caries en la infancia.

Si las caries no se tratan, se agrandan y afectan las capas más profundas de los dientes. Pueden conducir a un dolor de muelas severo, infección y pérdida de dientes. Las visitas regulares al dentista y buenos hábitos de cepillado y uso de hilo dental son su mejor protección contra las caries y las caries. productos y servicios

#### ÁREAS DE MEJORA

Prevenir y promocionar la salud bucodental del niño para mantenerla en los años posteriores hasta la edad adulta

#### ANALISIS DE CAUSAS

Alto porcentaje de caries en niños y déficit de higiene bucodental

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la salud bucodental en los niños que acuden a atención primaria  
Conocer la incidencia de caries en niños de 6 a 14 años.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Visita en la consulta de higienista dental realizando una exploración y revisión bucodental, registrando el CAOD y el cod

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Mª Lorena Martinez Sipán

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

CAOD :caries, ausencias, obturaciones en dientes permanentes

cod: caries y obturaciones en dientes temporales

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. CAOD

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de niños entre 6 y 14 años que tienen CAOD

Denominador .....: Número de niños entre 6 y 14 años que acuden a consulta de higienista dental

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Consulta de higienista dental

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. cod

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de niños entre 6 y 14 años que tienen cod

Denominador .....: Número de niños entre 6 y 14 años que acuden a consulta de higienista dental

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#165

### 1. TÍTULO

#### INCIDENCIA DE CARIES EN NIÑOS DE 6 A 13 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ZONA DE LA JACETANIA Y ALTO GALLEGO

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Consulta de higienista dental  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Se realizarán dos estadísticas difentes, una para la zona básica de Jaca y otra de la de Sabiñánigo

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> caries dental

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#167

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS "PRACTICA CINEGETICA SEGURA"

Fecha de entrada: 17/06/2022

Nº de registro: 2022#167 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BARBERIA LARRAD CRISTINA

Título  
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS "PRACTICA CINEGETICA SEGURA"

Colaboradores/as:  
ARNAL SARASA SARA  
ESCANILLA SAMPER PILAR  
MARTINEZ SIPAN MARIA LORENA  
TREPAT CIERCOLES ALEXANDRA

Ubicación principal del proyecto.: CS JACA

Servicio/Unidad principal .....: EAP JACA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Existen estudios que establecen que los primeros auxilios tempranos y efectivos ante un traumatismo pueden mejorar la supervivencia de las víctimas. La situación ideal sería la formación adecuada del mayor número de personas, en el menor tiempo y con el menor número de recursos, pero dado que no sería factible realizar la formación para toda la población se debería capacitar a los grupos de alto riesgo y al ámbito escolar. El colectivo cinético podría considerarse un grupo de riesgo por el uso de armas durante su actividad en un entorno abrupto, en condiciones de temperatura extrema y alejados de los servicios sanitarios.

#### ÁREAS DE MEJORA

Desconocimiento de la actuación ante un accidente durante la actividad.  
Desconocimiento de los riesgos existentes durante la práctica deportiva.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de formación obligatoria para la realización de actividad.  
Falta de información

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El principal objetivo es aumentar los conocimientos sanitarios de los cazadores. También se espera la concienciación de los participantes en la importancia de realizar las actividades de manera segura.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión del grupo del centro de salud para establecer objetivos y como llevarlos a cabo

Fecha inicio: 20/12/2021

Fecha final: 20/12/2021

Responsable.: Cristina Barberia Larrad

2. Contactar con miembros de diferentes agrupaciones de cazadores para informar del proyecto

Fecha inicio: 21/12/2021

Fecha final: 03/01/2022

Responsable.: Maria Lorena Martinez Sigan

3. Valorar los conocimientos previos de los participantes

Fecha inicio: 10/01/2022

Fecha final: 17/01/2022

Responsable.: Cristina Barberia Larrad

4. Formación teórica sobre valoración del herido (ABC), detección de ictus, ACV..., actuación ante epilepsias, mordeduras, quemaduras, heridas o cortes... control de hemorragias, entre otros.

Fecha inicio: 24/01/2022

Fecha final: 11/02/2022

Responsable.: Cristina Barberia Larrad

5. Taller Práctico: Valoración del herido, PLS, maniobras de RCP, control de hemorragias, inmovilizaciones y movilizaciones...

Fecha inicio: 14/02/2022

Fecha final: 28/02/2022

Responsable.: Cristina Barberia Larrad

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#167

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS "PRACTICA CINEGETICA SEGURA"

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cuestionario inicial tipo test para determinar el grado de conocimientos previo

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Suma puntuaciones de los cuestionarios  
Denominador .....: Total de cuestionarios rellenados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de elaboración propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Cuestionario final tipo test para determinar el grado de conocimientos adquiridos

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Suma puntuaciones de los cuestionarios  
Denominador .....: Total de cuestionarios rellenados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de elaboración propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Encuesta de satisfacción de los participantes (0 nada / 10 perfecto)

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Encuestas con valoración superior a 6  
Denominador .....: Encuestas totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de elaboración propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Población sana

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#878

### 1. TÍTULO

#### SALUD ORAL DE LA EMBARAZADA

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#878 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ELVIRA DOMINGUEZ DAVID

Título  
SALUD ORAL DE LA EMBARAZADA

Colaboradores/as:  
SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS JACA

Servicio/Unidad principal .....: EAP JACA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La mujer experimenta múltiples cambios fisiológicos durante el embarazo, incluyendo cambios en la cavidad oral que pueden afectar a su salud oral. Por ello, es importante que reforcemos los hábitos positivos en salud oral y expliquemos a la mujer que los cuidados dentales durante el embarazo son importantes y son seguros.

Los niños nacidos de madres con pobre salud oral y altos niveles de bacterias cariogénicas en saliva, también están en alto riesgo de padecer caries. La caries continúa siendo la enfermedad infantil más prevalente y ello a pesar de que es perfectamente prevenible. Ello convierte al periodo prenatal en una etapa única para educar a la mujer embarazada en salud oral, así como para proporcionarle los cuidados dentales oportunos.

Desde hace más de una década, diversos autores han reportado una posible asociación entre la enfermedad periodontal materna y los partos prematuros y/o bebés con bajo peso al nacer. Resulta evidente la necesidad de extremar los cuidados dentales y optimar el tratamiento de encías en la madre durante el embarazo como medida para reducir este riesgo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Fomentar la implicación de las embarazadas en el manejo de su propia salud bucal. Incluyendo toda la información sanitaria relativa a los cuidados del recién nacido para evitar, por una parte, posibles errores en el manejo del bebé y, por otra, para fomentar hábitos saludables de salud bucodental.

Aplicar protocolos de tratamiento de salud periodontal y de prevención de riesgo de caries de las pacientes.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Ante los cambios hormonales durante la gestación a nivel bucodental se describe un mayor riesgo de caries y de enfermedad periodontal asociada a una deficiente higiene oral, propiciada por el malestar y náuseas que suelen aparecer durante este periodo y los cambios en los hábitos alimenticios.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la salud e higiene bucodental de las embarazadas atendidas en los Centro de Salud cuya Unidad de Salud Bucodental de referencia sea C.S Jaca o C.S Sabiñánigo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión clínica dirigida a las matronas pertenecientes a las áreas de salud correspondientes para recordar la relación entre salud oral y embarazo y exponer el proyecto que se va a realizar.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: David Elvira

2. Exploración y planificación del plan de tratamiento de la embarazada ( primer trimestre)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: David Elvira

3. Revisión salud oral: una vez al trimestre como mínimo.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: David Elvira

4. Tartrectomía (segundo trimestre de embarazo o postparto) en caso de precisarla.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: David Elvira

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#878

### 1. TÍTULO

#### SALUD ORAL DE LA EMBARAZADA

5. Fluorización: una vez al trimestre según criterio médico.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final: 01/09/2022  
Responsable.: David Elvira

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Embarazadas derivadas  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de embarazadas atendidas en la consulta  
Denominador .....: Número de embarazadas derivadas por la matrona  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Consulta de Matrona y Salud Bucodental  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

2. Tartrectomía  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de embarazadas que precisan tartrectomía  
Denominador .....: Número de embarazadas atendidas en la consulta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Consulta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#14

### 1. TÍTULO

#### ¿TE AYUDAMOS CON TU MATERNIDAD?

Fecha de entrada: 25/05/2022

Nº de registro: 2022#14 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
OTAL LOSPAUS SILVIA

Título  
¿TE AYUDAMOS CON TU MATERNIDAD?

Colaboradores/as:  
FONCILLAS SANZ BEATRIZ  
LABIAN DIAZ BELEN  
REVUELTA LISA MARIA CARMEN  
SANZ CADEVILLA PAULA  
VIGUERAS MARTINEZ MARIA ANGELES  
ZABAU FERMOSELLE JARA

Ubicación principal del proyecto.: CS PERPETUO SOCORRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP PERPETUO SOCORRO

Ubicación/es secundaria/s  
HUESCA\*HOSPITAL DE SAN JORGE\*PARITORIOS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Debido a la situación socio sanitaria vivida por la pandemia COVID estos dos últimos años, la percepción de la calidad en la atención al proceso de embarazo, parto y postparto por parte tanto de las usuarias como de los profesionales, se ha visto mermada. La atención presencial se ha limitado a procesos prioritarios por el riesgo de infección de una población tan susceptible como es la usuaria gestante o el binomio madre- recién nacido. Esto ha llevado por una parte, a las usuarias a aumentar la ansiedad ante un proceso eminentemente fisiológico, a acceder a fuentes de educación sanitaria, de escaso rigor científico, mayoritariamente dentro del marco de las nuevas tecnologías, y a incrementar así, las desigualdades en materia de salud, por problemas de acceso a dichas fuentes, debido a las características socio económicas de la población de nuestra zona de Salud. Por otra parte, los profesionales sanitarios más indicados para la educación sanitaria en este proceso de acompañamiento en el embarazo, parto y postparto, como son las matronas o Enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología, se encuentran cansadas y desmotivadas, ante una falta de educación sanitaria de calidad a estas usuarias, con la consiguiente carga de trabajo en Atención Especializada ( cuando o cómo acudir a los Servicios de Urgencia por ejemplo) o ante un gran aumento de demanda a nivel emocional por parte de las mismas. De esta manera, utilizar el marco de las clases de Educación Maternal, dentro del control y seguimiento del embarazo normal que realiza la matrona de Atención Primaria, es el lugar y momento perfecto, para realizar educación sanitaria a las gestantes, sobre hábitos saludables, desarrollar habilidades para el auto cuidado, disminuir la ansiedad a la hora de enfrentarse al proceso de parto, postparto y lactancia, o educar sobre el uso correcto de los servicios de Urgencias y de Atención Especializada. Para ello es necesario realizar una Educación Maternal de calidad basada en las necesidades percibidas y expuestas de las usuarias, acercándolas a los profesionales implicados en el proceso de ambos niveles asistenciales, así como estos entre sí.

#### ÁREAS DE MEJORA

Falta de continuidad en el proceso de atención embarazo, parto y postparto.  
Aumento de la ansiedad de las usuarias ante el proceso.  
Reducción de desigualdades entre usuarias.  
Desconocimiento de la evolución fisiológica y/o patológica del proceso.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

División entre niveles asistenciales.  
Falta de recursos y habilidades en las diferentes fases del proceso.  
Dificultad de acceso a los recursos.  
Falta de Educación para la salud en el proceso.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Mejorar la continuidad de la atención entre niveles asistenciales.  
-Disminuir la ansiedad de las usuarias ofreciendo recursos que favorezcan el desarrollo de habilidades.  
-Facilitar la accesibilidad a los recursos favoreciendo la equidad.  
-Conocer la evolución fisiológica del proceso.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión entre profesionales de ambos niveles asistenciales.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#14

### 1. TÍTULO

#### ¿TE AYUDAMOS CON TU MATERNIDAD?

Fecha inicio: 06/10/2022  
Fecha final.: 25/05/2023  
Responsable.: Silvia Otal Lospous

2. Participación de las matronas del Hospital San Jorge en charlas de Educación Maternal del CS Perpetuo Socorro.  
Fecha inicio: 06/10/2022  
Fecha final.: 25/05/2023  
Responsable.: Silvia Otal Lospous

3. Incrementar la asistencia de las gestantes de la zona de Salud a la Educación maternal.  
Fecha inicio: 06/10/2022  
Fecha final.: 25/05/2023  
Responsable.: Silvia Otal Lospous

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Mantener reuniones entre matronas del HOSPITAL SAN JORGE y matrona del CS Perpetuo Socorro.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Cuatro reuniones

Denominador .....: Ocho meses

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Mantener una reunión cada vez que vengan a una charla.

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#150

### 1. TÍTULO

#### TUS MANOS SALVAN VIDAS

Fecha de entrada: 16/06/2022

Nº de registro: 2022#150 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GIMENO PRADAS M ROSA

Título  
TUS MANOS SALVAN VIDAS

Colaboradores/as:  
ANDRES BECERRIL MARIA  
ORDOÑEZ ARCAU MARIA  
DOMINGUEZ LACARTE ALEJANDRA  
LAGUNA OLMOS PILAR MARIA  
POMA CAMPO JORGE

Ubicación principal del proyecto.: CS PERPETUO SOCORRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP PERPETUO SOCORRO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La muerte súbita extrahospitalaria es un problema de Salud Pública de gran magnitud en España. Se calcula que el 12% de la defunciones que se producen de forma natural son súbitas y de éstas el 88% de origen cardiaco. Según el Consejo Español de Reanimación Cardiopulmonar (CERCP) se estima que en España 70.000 personas/año sufren un IAM y alrededor de 30.000 muere por parada cardiorrespiratoria antes de llegar al hospital.

#### ÁREAS DE MEJORA

Formar a alumnos de Educación Secundaria en reconocimiento y actuación ante situaciones críticas (PCR, atragantamiento,...), activando la cadena de supervivencia.

Conseguir que la comunidad educativa conozca y divulgue la formación en RCP

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La supervivencia de los pacientes que sufren una PCR se ve favorecida por la realización de las acciones secuenciales que conforman la cadena de supervivencia (reconocimiento precoz de la situación, activación del servicio de emergencias médicas -112- e inicio de maniobras de RCP básica), por testigos entrenados. Del 80% de los testigos presentes en una PCR, sólo actúa el 5% (según estudios). Si esos testigos actuaran triplicarían las posibilidades de supervivencia de la víctima.

En nuestro país no superamos el 10% de PCR extrahospitalarias recuperadas. sólo el 12% de la población sabe técnicas de RPC.

Se calcula que en Europa capacitando sólo el 20% se podrían salvar 100.000 vidas anuales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Identificar situaciones de urgencia vital.

Activar la cadena de supervivencia

Fomentar en la comunidad educativa la trascendencia de la formación en RPC

Fomentar divulgación en la comunidad

Visibilizar a los profesionales de enfermería como agentes promotores de salud en la comunidad

Integrar el desarrollo de estos talleres en la actividad asistencial de la enfermería de AP, logrando resultados de salud de forma costo-efectiva.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Presentación del Proyecto al CS

Fecha inicio: 04/07/2022

Fecha final.: 29/07/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Rosa Gimeno Pradas

#### 2. Constitución del grupo de trabajo

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Rosa Gimeno Pradas

#### 3. Diseño del taller de RCP básico y atragantamiento

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Rosa Gimeno Pradas

#### 4. Oferta del taller a los institutos de la Zona de Salud

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#150

### 1. TÍTULO

#### TUS MANOS SALVAN VIDAS

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Rosa Gimeno Pradas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

-

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de IES participantes en el proyecto

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° centros educativos participantes

Denominador .....: Total de centros educativos del área

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Numérico  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Número de alumnos participantes

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de alumnos participantes  
Denominador .....: N° total de alumnos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: IES participantes  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Encuesta de conocimientos al inicio y al final del taller

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Conocimiento al inicio del taller  
Denominador .....: Conocimientos al final  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

-

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Educación para la Salud

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#150

### 1. TÍTULO

#### TUS MANOS SALVAN VIDAS

---

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#351

### 1. TÍTULO

#### APRENDO RCP EN MI COLEGIO

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#351 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
AGON BANZO PEDRO JESUS

Título  
APRENDO RCP EN MI COLEGIO

Colaboradores/as:  
DOMINGUEZ LACARTE ALEJANDRA  
ELIPE MALDONADO CRISTINA  
GIMENO PRADAS M ROSA  
LAGUNA OLMOS PILAR MARIA  
ORTEGA ORTEGA BELEN  
POMA CAMPO JORGE  
SEBASTIAN BONEL M. FLOR

Ubicación principal del proyecto.: CS PERPETUO SOCORRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP PERPETUO SOCORRO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En España solo el 12% de la población conoce técnicas de RCP básica. Se calcula que, en Europa, capacitando al 20% de la población se podrían salvar 100.000 vidas anuales. La supervivencia se ve favorecida por la realización de las acciones secuenciales que conforman la cadena de supervivencia. En esta cadena, los primeros eslabones pueden ser realizados por testigos entrenados: identificación precoz de la situación, activación de emergencias médicas (teléfono 112) e inicio inmediato de maniobras de RCP básica. Haciéndolo triplican las posibilidades de supervivencia de la víctima.

Dado que el conocimiento de técnicas básicas de primeros auxilios forma parte del currículum escolar de educación primaria (RD 126/2014 de 28/02/2014) y que dentro de las competencias del personal sanitario de Atención Primaria se incluye "planificar, desarrollar y evaluar programas de educación para la salud en la comunidad", creemos que poner en marcha talleres dirigidos a la comunidad educativa, liderados por personal sanitario y orientados a la enseñanza de éstas técnicas, pueden ser útiles para generalizar la formación en primeros auxilios en la población infantil.

#### ÁREAS DE MEJORA

Bajo conocimiento de técnicas de RCP en la población general

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de formación

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Enseñar de forma lúdica, a niños y niñas en edad escolar, las siguientes acciones secuenciales:

- Identificar una situación de urgencia vital
- Activar los servicios médicos de urgencias (teléfono 112)
- Realizar de forma precoz maniobras de RCP básica
- Fomentar la divulgación de los conocimientos adquiridos

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Oferta del taller a los centros educativos (CEIPs: Pío XII, San Vicente, Sancho Ramírez, Pirineos-Pyrénées)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Pedro Jesús Agón Banzo

2. - Constitución del grupo de monitores para impartir el taller

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Todos los miembros del equipo

3. - Presentación del proyecto al Centro de Salud (sesiones clínicas)

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Pedro Jesús Agón Banzo

4. - Diseño de un taller de RCP básica y atragantamiento

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Todos los miembros del equipo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#351

### 1. TÍTULO

#### APRENDO RCP EN MI COLEGIO

5. - Talleres teóricos dirigidos a niños y niñas, adaptados a su edad

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Varios miembros del equipo

6. - Talleres prácticos dirigidos a niños y niñas, con canciones, peluches o muñecos de simulación

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Varios miembros del equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. - Porcentaje de centros educativos que aceptan el proyecto, una vez presentado al equipo directivo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de centros que aceptan el proyecto

Denominador .....: Total de centros a los que se les oferta el proyecto (4)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de centros educativos

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

2. - Número de centros educativos en los que se imparten los talleres

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de centros educativos en los que se imparten los talleres

Denominador .....: Número de centros educativos en los que se imparten los talleres

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de centros educativos

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

3. - Número de niños y niñas que acuden a los talleres

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de niños y niñas que acuden a los talleres

Denominador .....: Número de niños y niñas que acuden a los talleres

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listado en talleres

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 120.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 250.00

4. - Número de personal sanitario que participa en el proyecto

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de personal sanitario que participa en el proyecto

Denominador .....: Número de personal sanitario que participa en el proyecto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de equipo

Est.Mín.1ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 12.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 12.00

5. - Porcentaje de sanitarios que acuden a las sesiones de presentación del proyecto en el CS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de sanitarios que acuden a las sesiones de presentación del proyecto en el CS

Denominador .....: Total de sanitarios que acuden a las sesiones de presentación del proyecto en el CS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de equipo

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#351

### 1. TÍTULO

#### APRENDO RCP EN MI COLEGIO

6. - Encuesta visual de satisfacción a cumplimentar por niños y niñas participantes en los talleres

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de encuestas con resultado positivo

Denominador .....: Número de encuestas con resultado negativo

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 120.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 250.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#882

### 1. TÍTULO

#### PASEOS SALUDABLES

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#882 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA

Título  
PASEOS SALUDABLES

Colaboradores/as:  
BORBON CAMPOS INES  
CASTELLON CARRERA MARIA JESUS  
ESCARTIN JUSTES ANA ISABEL  
GRACIA PUEYO CARMEN  
MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION  
SANZ CASAUS SARA

Ubicación principal del proyecto.: CS PERPETUO SOCORRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP PERPETUO SOCORRO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de mortalidad en nuestro entorno. Una parte de esta mortalidad está relacionada con el estilo de vida y con la presencia de factores de riesgo, algunos de los cuales son modificables, sobre todo, de forma significativa, por el ejercicio físico. Por otra parte, cada vez más frecuentemente encontramos personas de edad avanzada que viven solas y que no cuentan con redes de apoyo social. Frenar el sentimiento de soledad y el avance de las enfermedades crónicas es una necesidad en nuestra zona de salud.

#### ÁREAS DE MEJORA

Déficit en la actividad física realizada por la población.  
Disminución de red social durante la pandemia.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desmotivación por soledad. Inseguridad de practicar individualmente.  
Aislamiento por miedo. Disminución de recursos de ocio.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1 - Fomentar la práctica de ejercicio físico
- 2 - Crear el hábito de realizar ejercicio físico forma regular y continuada.
- 3 - Promover nuevas relaciones interpersonales.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Captación activa por parte de los profesionales del EAP y publicitado a través de carteles y folletos informativos.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Ana Cristina Zamora Moliner

2. Se elaborará una hoja de registro para monitorización de la asistencia.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Inés Borbón Campos

3. Paseo de unos 50 minutos por diferentes recorridos del barrio. Se realizará un calentamiento previo y estiramientos para finalizar la actividad.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 15/06/2023

Responsable.: Ana Isabel Escartín Justes

4. Pasar encuesta de calidad de vida percibida antes de la actividad. Cuestionario SF-36.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 19/09/2022

Responsable.: Sara Sanz Casaus

5. Pasar encuesta de calidad de vida percibida después de la actividad. Cuestionario SF-36.

Fecha inicio: 15/06/2023

Fecha final.: 15/06/2023

Responsable.: Carmen Gracia Pueyo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#882

### 1. TÍTULO

#### PASEOS SALUDABLES

6. Encuesta telefónica a los 3 meses de finalizar la actividad

Fecha inicio: 18/09/2023

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Concepción Muñoz Jimenez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Actividad abierta a la población mayor de 18 años de la ZBS, priorizando la participación de personas en las que se detecta necesidad de incrementar la actividad física, la red social o de aquellas personas que viven solas. Dos días a la semana.

Según el número de participantes el grupo irá acompañado de una o dos profesionales del centro.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Mejora en la calidad de vida percibida.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número Participantes que han mejorado calidad de vida percibida.

Denominador .....: Número Participantes que han empeorado o han mantenido su calidad de vida percibida.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Cuestionario de salud SF-36

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Grado de participación

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de participantes al finalizar la actividad

Denominador .....: Número de participantes al comienzo de la actividad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Grado de continuidad

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de participantes que han acudido al 60% o más de las sesiones

Denominador .....: Número de participantes totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Actividad física a los tres meses

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de participantes que continúan practicando ejercicio físico dos horas o más a la semana tres meses después de finalizar la actividad.

Denominador .....: Número de participantes totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Entrevista telefónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#948

### 1. TÍTULO

#### ABORDANDO LA FRAGILIDAD EN EL C. S. PERPETUO SOCORRO

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#948 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BORBON CAMPOS INES

Título  
ABORDANDO LA FRAGILIDAD EN EL C. S. PERPETUO SOCORRO

Colaboradores/as:  
VALLES SANTOLARIA ALBA MARIA  
ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: CS PERPETUO SOCORRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP PERPETUO SOCORRO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La fragilidad sigue siendo un síndrome geriátrico prevalente, muy asociado a la pérdida de función y a sufrir eventos adversos, sobre todo a una discapacidad futura. Sin embargo, hay evidencia de que detectando precozmente esta discapacidad o pérdida de función en sus primeros estadios, se consigue alterar o revertir la fragilidad, así como modificar el deterioro o curso adverso posterior, en base a intervenciones con evidencia demostrada.

#### ÁREAS DE MEJORA

Infra diagnóstico de fragilidad

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de conocimiento por parte del personal sobre la relevancia del diagnóstico y de cómo llevarlo a cabo

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1- Proporcionar información al EAP sobre las estrategias de detección precoz de fragilidad.
- 2- Detección precoz de fragilidad en pacientes de 70 años o más del C.S. Perpetuo Socorro para llevar a cabo posteriormente intervenciones con evidencia demostrada

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión formativa al EAP sobre el Documento de Consenso sobre Prevención de la Fragilidad en la persona mayor actualizado en mayo del 2022

Fecha inicio: 16/9/2022

Fecha final.: 16/09/2022

Responsable.: Inés Borbón

2. Identificar personas de 70 años o más con Barthel igual o superior a 90 e incluirlas en el programa

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Ana Cristina Zamora

3. Practicar pruebas de ejecución SPPB a las personas incluidas en el programa

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Alba M<sup>a</sup> Vallés

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Sesión Formativa

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de asistentes

Denominador .....: Número de trabajadores sanitarios del centro

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Ancianos frágiles

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#948

### 1. TÍTULO

#### ABORDANDO LA FRAGILIDAD EN EL C. S. PERPETUO SOCORRO

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de personas frágiles  
Denominador .....: Número de personas igual o mayor a 70 años seleccionadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de resultados  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1038

### 1. TÍTULO

#### RINCON DE LA SALUD

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1038 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ESCARTIN JUSTES ANA ISABEL

Título  
RINCON DE LA SALUD

Colaboradores/as:  
ANDRES BECERRIL MARIA  
ORDOÑEZ ARCAU MARIA  
BIBIAN SAN MARTIN ANA  
MACIPE ENGUIITA ELENA  
MORENO RUBIO DAVID  
PASCUAL FRANCO MONICA  
VILLANUEVA PEREZ AZUCENA

Ubicación principal del proyecto.: CS PERPETUO SOCORRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP PERPETUO SOCORRO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Detectada por parte del equipo educativo de los institutos de la zona la necesidad del alumnado de adquisición de competencias emocionales, es trasladada al CS a través del Consejo de Salud de Zona, con el objeto de intentar satisfacer esta necesidad de forma conjunta.

#### ÁREAS DE MEJORA

Brecha existente entre la población adolescente y el sistema sanitario.  
Uso de fuentes de información de fácil acceso pero poco contrastadas en áreas de salud.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario. Horario educativo poco compatible con horario CS.  
Uso generalizado de TIC.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Proporcionar un lugar idóneo para la intervención preventiva y promotora de salud donde los jóvenes puedan consultar y obtener respuestas a los temas de salud que les preocupan en entornos seguros y confidenciales.
2. Acercar las actividades de promoción de la salud al ámbito educativo.
3. Favorecer la elección de conductas más saludables.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Generar un espacio seguro proporcionado por uno o más sanitarios destinado a resolver dudas e inquietudes de los adolescentes y proporcionarles información, asesoramiento, formación y orientación.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Ana Isabel Escartin Justes

2. Difundir el servicio de la asesoría al alumnado a principio de curso.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: María Ordoñez Arcau

3. Detección de problemáticas de salud según signos de alarma, a quienes se les recomendará acudir a su EAP.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: María Andrés Becerril

4. Coordinación con el resto de trabajadores del instituto.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Azucena Villanueva Perez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Encuestas de satisfacción que se otorgaran a los adolescentes tras la intervención.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1038

### 1. TÍTULO

#### RINCON DE LA SALUD

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de encuestas con respuestas favorables  
Denominador .....: Número total de encuestas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Número de personas que acuden al Rincón.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de jóvenes que acuden al rincón  
Denominador .....: Número de alumnos en el centro  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de asistencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Consultas por usuario.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de visitas totales  
Denominador .....: Números de usuarios totales.  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Registro de asistencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. Número de personas que consultan con AP tras recomendación de hacerlo.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de personas que acuden a su CS  
Denominador .....: Número de personas a las que se les recomienda consultar con AP.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de asistencia  
Información del usuario de la asesoría

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1050

### 1. TÍTULO

#### SALUD EN LAS AULAS

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1050 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CHARTE ALEGRE MARIA ELENA

Título  
SALUD EN LAS AULAS

Colaboradores/as:  
FERNANDEZ-CONDE CATALA ALBERTO  
HERNANDEZ CAMACHO LAURA  
LORENTE ALMAU ESTEFANIA  
OCHOA PASCUAL RUTH  
SOLANO CHECA ANA BELEN  
VIÑAS BARROS ANDREA  
VINZO ABIZANDA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: CS PERPETUO SOCORRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP PERPETUO SOCORRO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Detectada por parte del equipo educativo de los institutos de la zona básica de salud, la necesidad del alumnado de adquisición de competencias emocionales es trasladada al centro de salud a través del consejo de salud de zona, con el objeto de intentar satisfacer esta necesidad de forma conjunta.

#### ÁREAS DE MEJORA

Educación emocional. Estilos de vida saludables. Sexualidad y relaciones igualitarias. Prevención de drogodependencias.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Uso predominante de fuentes de información poco contrastadas (redes sociales). Carencia de espacios de confianza donde manifestar inquietudes. Hábitos arraigados poco saludables.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Acercar las actividades de promoción de la salud a los entornos que frecuentan los adolescentes.
2. Otorgarles un papel activo y centrado en sus actividades, dotándolos de recursos y capacidades para afrontar riesgos.
3. Favorecer la elección de conductas mas saludables.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Actividades grupales: Intervenciones que responden a las demandas planteadas por el grupo de adolescentes en formato colectivo.

Fecha inicio: 16/01/2023

Fecha final.: 14/04/2023

Responsable.: Estefanía Lorente Almau

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Encuestas de satisfacción que se otorgaran a los adolescentes tras las intervenciones anteriores.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de encuestas respondidas favorablemente

Denominador .....: Número de encuestas respondidas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1050

### 1. TÍTULO

#### SALUD EN LAS AULAS

---

Edad: Adolescentes/jóvenes

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#613

### 1. TÍTULO

#### EL PACIENTE DIABETICO EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#613 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
DE LA PARTE SERNA ALEJANDRO CARLOS

Título  
EL PACIENTE DIABETICO EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL

Colaboradores/as:  
CAMPON BORRELLA MONICA  
ELVIRA DOMINGUEZ DAVID  
SANCHO MANZANO MARTA  
SASO BOSQUE MARIA JOSEFA

Ubicación principal del proyecto.: CS HUESCA PIRINEOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP HUESCA PIRINEOS

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El presente proyecto tiene el objetivo de mejorar la salud bucodental de los pacientes diabéticos mal controlados.

Los mecanismos que explican la relación entre la diabetes y las enfermedades periodontales son complejos. La investigación ha avanzado lo suficiente como para explicar la asociación existente entre diabetes y periodontitis o infección de las encías.

En la diabetes se produce una alteración del sistema inmune, que favorece un estado de inflamación generalizada, con mayor riesgo de infecciones, como la periodontitis; a su vez, la periodontitis induce la inflamación local de las encías, así como a nivel general, se incrementa la resistencia a la insulina y favorece el aumento de la glucemia.

Por ello, la presencia de periodontitis puede afectar a la diabetes perjudicando el control de la glucemia. La evidencia científica constata una relación bidireccional entre diabetes y periodontitis: una persona que padece diabetes tiene 3 veces más riesgo de sufrir periodontitis; el riesgo de tener diabetes mal controlada aumenta hasta 6 en personas con periodontitis avanzada.

#### ÁREAS DE MEJORA

Exploración bucodental, con particular atención a los tejidos periodontales: la principal alteración de este tipo de pacientes a nivel dental se produce en los tejidos periodontales, pudiendo aparecer con mayor frecuencia los abscesos periodontales, así como gingivitis o periodontitis.

Prevención de la caries dental: en estos pacientes se presenta una mayor prevalencia de caries dental ligado a la xerostomía, así como del síndrome de boca ardiente.

Educación en técnicas de higiene oral: debido a la presencia de placa bacteriana sobre la superficie dental y su íntima relación con la fermentación de azúcares, se relaciona esta situación con la descompensación glucémica de los pacientes diabéticos con enfermedad periodontal.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En la diabetes se produce una alteración del sistema inmune, que favorece un estado de inflamación generalizada, con mayor riesgo de infecciones, como la periodontitis; a su vez, la periodontitis induce la inflamación local de las encías, así como a nivel general, se incrementa la resistencia a la insulina y favorece el aumento de la glucemia.

La evidencia científica constata una relación bidireccional entre diabetes y periodontitis: una persona que padece diabetes tiene 3 veces más riesgo de sufrir periodontitis; el riesgo de tener diabetes mal controlada aumenta hasta 6 en personas con periodontitis avanzada.

Las alteraciones a nivel endocrino pueden explicar las alteraciones periodontales, así como la xerostomía y el síndrome de boca ardiente podrían producirse por una disminución del volumen de líquido extracelular debida al aumento de excreción de orina.

El consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono podría predisponer la aparición de la caries dental junto con la presentación de boca seca.

Además, otras patologías (como la alveolitis seca, abscesos periodontales, o aftas orales) podrían aminorarse si se implementaran medidas preventivas en las Unidades de Salud Bucodental del Servicio Aragonés de Salud.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Con el desarrollo de este proyecto se persigue la mejora del estado de salud bucodental de la población diabética adscrita a las Unidades de Salud Bucodental que desempeñan sus funciones en el Centro de Salud Pirineos de Huesca.

Potenciar la prevención de la enfermedad periodontal y la caries, así como del resto de posibles patologías presentes, y la educación para la salud bucodental mediante la instauración de unos correctos hábitos higiénico-orales; para poder controlar los niveles glucémicos de estos pacientes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión clínica: explicando la relación entre niveles altos de glucemia y la salud periodontal al personal

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#613

### 1. TÍTULO

#### EL PACIENTE DIABETICO EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL

de Medicina de Familia y Enfermería de Atención Primaria del C. S. Pirineos de Huesca

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Alejandro de la Parte, Mónica Campón, David Elvira, Marta Sancho, M José Saso

2. Exploraciones del estado de salud bucodental de pacientes con niveles altos de glucemia

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Alejandro de la Parte, Mónica Campón, David Elvira, Marta Sancho, M José Saso

3. Educación para la Salud Bucodental

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Alejandro de la Parte, Mónica Campón, David Elvira, Marta Sancho, M José Saso

4. Prevención de la enfermedad periodontal, mediante la aplicación de terapia con clorhexidina

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Alejandro de la Parte, Mónica Campón, David Elvira, Marta Sancho, M José Saso

5. Prevención de la caries dental, mediante la aplicación de flúor

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Alejandro de la Parte, Mónica Campón, David Elvira, Marta Sancho, M José Saso

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

No conlleva financiación puesto que se utilizaran los medios materiales y personales ya existentes en las USB.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicador del nivel de glucemia reportado por el propio paciente o personal de enfermería.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 0

Denominador .....: 0

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: 0

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

2. Indicador del número de caries en dientes cariados, ausentes y obturados de la dentición permanente:

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: 0

Denominador .....: 0

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: 0

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

3. Indicador de la salud periodontal: índice periodontal comunitario e índice de placa bacteriana.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: 0

Denominador .....: 0

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: 0

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

4. Realización de odontograma y periodontograma.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: 0

Denominador .....: 0

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: 0

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#613

### 1. TÍTULO

#### EL PACIENTE DIABETICO EN LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL

5. Filiación: edad, sexo.  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: 0  
Denominador .....: 0  
x(1-100-1000)....: 1  
Fuentes de datos.: 0  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#886

### 1. TÍTULO

#### SALUD ORAL DE LA EMBARAZADA

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#886 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHO MANZANO MARTA

Título  
SALUD ORAL DE LA EMBARAZADA

Colaboradores/as:  
CAMPON BORRELLA MONICA  
DE LA PARTE SERNA ALEJANDRO CARLOS  
SASO BOSQUE MARIA JOSEFA

Ubicación principal del proyecto.: CS HUESCA PIRINEOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP HUESCA PIRINEOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la cartera de Servicios de Atención Primaria del Sistema Aragonés de Salud ya se incluye la atención bucodental a las embarazadas realizando exploración preventiva, instrucciones sanitarias en materia de dieta y salud bucodental, adiestramiento de higiene bucodental y aplicación de fluor tópico.

Existe un gran desconocimiento por las mujeres gestantes de este servicio. Durante el periodo comprendido entre el 4 Octubre de 2021 y el 31 de Agosto de 2022 acudieron a nuestra consulta 160 embarazadas. De todas ellas, 92 precisaban la realización de una tartrectomía por la acumulación de sarro. Es por ello por lo que se considera de gran importancia incluir entre nuestras prestaciones la realización de la tartrectomía, para la eliminación del sarro supragingival y poder restaurar la salud periodontal de las pacientes, ya que como se ha explicado anteriormente, puede provocar partos prematuros, o afectar a la salud del bebé.

Para que esto llegue a conocimiento de las mujeres gestantes es necesario que les sea comunicado a través de las matronas, ya que es el personal sanitario que van a estar en contacto con ellas durante todo el proceso. La mujer experimenta múltiples cambios fisiológicos durante el embarazo, incluyendo cambios en la cavidad oral que pueden afectar a su salud oral. Por ello, es importante que reforcemos los hábitos positivos en salud oral y expliquemos a la mujer que los cuidados dentales durante el embarazo son importantes y son seguros.

Los niños nacidos de madres con pobre salud oral y altos niveles de bacterias cariogénicas en saliva, también están en alto riesgo de padecer caries. La caries continúa siendo la enfermedad infantil más prevalente y ello a pesar de que es perfectamente prevenible. Ello convierte al periodo prenatal en una etapa única para educar a la mujer embarazada en salud oral, así como para proporcionarle los cuidados dentales oportunos.

Desde hace más de una década, diversos autores han reportado una posible asociación entre la enfermedad periodontal materna y los partos prematuros y/o bebés con bajo peso al nacer. Resulta evidente la necesidad de extremar los cuidados dentales y optimar el tratamiento de encías en la madre durante el embarazo como medida para reducir este riesgo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Fomentar la implicación de las embarazadas en el manejo de su propia salud bucal. Incluyendo toda la información sanitaria relativa a los cuidados del recién nacido para evitar, por una parte, posibles errores en el manejo del bebé y, por otra, para fomentar hábitos saludables de salud bucodental. Aplicar protocolos de tratamiento de salud periodontal y de prevención de riesgo de caries de las pacientes.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Ante los cambios hormonales durante la gestación a nivel bucodental se describe un mayor riesgo de caries y de enfermedad periodontal asociada a una deficiente higiene oral, propiciada por el malestar y náuseas que suelen aparecer durante este periodo y los cambios en los hábitos alimenticios.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la salud e higiene bucodental de las embarazadas atendidas en los Centro de Salud cuya Unidad de Salud Bucodental de referencia sea C.S Pirineos

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión clínica dirigida a las matronas pertenecientes a las áreas de salud correspondientes para recordar la relación entre salud oral y embarazo y exponer el proyecto que se va a realizar.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Marta Sancho Manzano, Maria José Saso Bosque, Mónica Camón Borrella, Alejandro De la Parte Serna

2. Exploración y planificación del plan de tratamiento de la embarazada ( primer trimestre)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#886

### 1. TÍTULO

#### SALUD ORAL DE LA EMBARAZADA

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Marta Sancho Manzano, Maria José Saso Bosque, Mónica Camón Borrella, Alejandro De la Parte Serna

3. Revisión salud oral: una vez al trimestre como mínimo.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Marta Sancho Manzano, Maria José Saso Bosque, Mónica Camón Borrella, Alejandro De la Parte Serna

4. Tartrectomía (segundo trimestre de embarazo o postparto) en caso de precisarla.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Marta Sancho Manzano, Maria José Saso Bosque, Mónica Camón Borrella, Alejandro De la Parte Serna

5. Fluorización: una vez al trimestre según criterio médico.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Marta Sancho Manzano, Maria José Saso Bosque, Mónica Camón Borrella, Alejandro De la Parte Serna

6. Instrucciones de higiene oral y alimentación para la mujer gestante durante cada revisión.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Marta Sancho Manzano, Maria José Saso Bosque, Mónica Camón Borrella, Alejandro De la Parte Serna

7. Consejos sobre salud y hábitos orales del bebé.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Marta Sancho Manzano, Maria José Saso Bosque, Mónica Camón Borrella, Alejandro De la Parte Serna

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Embarazadas derivadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de embarazadas atendidas en la consulta

Denominador .....: Número de embarazadas derivadas por las matronas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Consulta matrona

Consulta Salud Bucodental

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

2. Tartrectomía

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de embarazadas que precisan tartrectomía

Denominador .....: Número de embarazadas atendidas en la consulta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Consulta Salud Bucodental

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

3. ÍNDICE SIMPLIFICADO DE HIGIENE ORAL

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: puntuación de los desechos por superficie dental

Denominador .....: cantidad de superficies examinadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Consulta Salud Bucodental

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#886

### 1. TÍTULO

#### SALUD ORAL DE LA EMBARAZADA

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#979

### 1. TÍTULO

#### REANIMANDO EN VALENTIA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#979 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SIERRA PEREZ IZARBE

Título  
REANIMANDO EN VALENTIA

Colaboradores/as:  
BETRAN PIRACES MONICA  
LAFONTANA GRACIA VANESSA  
LATRE OTAL VANESSA  
PUEYO AINSA MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS HUESCA PIRINEOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP HUESCA PIRINEOS

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La parada cardiorespiratoria es un problema de salud pública que implica a todos los colectivos. El reconocimiento de la misma e inicio precoz de las maniobras de RCP está ligado a una mayor supervivencia y mejor pronóstico en estos pacientes. Por lo que se hace imprescindible la educación sanitaria.

#### ÁREAS DE MEJORA

El centro de salud Pirineos valora la necesidad de realizar un taller práctico de primeros auxilios para los trabajadores de Valentia Huesca.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Anualmente el personal sanitario del centro Manuel Artero recibe formación en emergencias, pero dicho centro cuenta con un alto número de trabajadores no sanitarios, por lo que el aprendizaje en RCP, procedimiento OVACE y manejo del DESA se hace necesario e imprescindible para dicho personal.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la calidad asistencial en RCP, OVACE y DESA consiguiendo una rápida y correcta actuación desde que se detecta.  
- Aumentar la seguridad de los trabajadores para actuar en caso de PCR y atragantamiento.  
- Si obtenemos un resultado satisfactorio, se valorará ampliar la actividad a trabajadores de otras residencias de la zona de salud.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Coordinación con el personal de enfermería de dicho centro para la impartición de los talleres.

Fecha inicio: 15/06/2022  
Fecha final.: 04/10/2022  
Responsable.: IZARBE SIERRA PÉREZ

2. Preparación del temario y material adecuado a las personas a las que va dirigido.

Fecha inicio: 15/06/2022  
Fecha final.: 04/10/2022  
Responsable.: VANESSA LATRE OTAL

3. Formación de 4 grupos de trabajadores de 25 personas.

Fecha inicio: 21/09/2022  
Fecha final.: 04/10/2022  
Responsable.: ISMAEL BARREU TORRES

4. Impartición de los talleres en un aula del centro Manuel Artero con una duración de 2h.

Fecha inicio: 21/09/2022  
Fecha final.: 04/10/2022  
Responsable.: MÓNICA BETRÁN PIRACES

5. Realización de un test inicial para valorar conocimiento previos a la formación y otro posterior para evaluar la adquisición de conocimiento.

Fecha inicio: 21/09/2022  
Fecha final.: 04/10/2022  
Responsable.: VANESSA LAFONTANA GRACIA

6. Realización de encuestas de satisfacción al finalizar la formación.

Fecha inicio: 21/09/2022  
Fecha final.: 04/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#979

### 1. TÍTULO

#### REANIMANDO EN VALENTIA

Responsable.: MARÍA PILAR PUEYO AÍNSA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Asistencia a la formación

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de asistentes  
Denominador .....: Número total trabajadores  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Listado de trabajadores  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Test de conocimientos previo a la formación

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número preguntas acertadas test inicial  
Denominador .....: Número total de preguntas en test  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Test de conocimiento  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Test de conocimientos posterior a la formación

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número preguntas acertadas test posterior  
Denominador .....: Número total de preguntas en test  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Test de conocimiento  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Actuación en situaciones urgentes

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1060

### 1. TÍTULO

#### CAMINAMOS JUNTOS HACIA TU SALUD

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1060 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAFONTANA GRACIA VANESSA

Título  
CAMINAMOS JUNTOS HACIA TU SALUD

Colaboradores/as:  
CANCER MORE PILAR  
DE LA FUENTE SEDANO CRISTINA  
PUEYO AINSA MARIA PILAR  
SIERRA PEREZ IZARBE

Ubicación principal del proyecto.: CS HUESCA PIRINEOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP HUESCA PIRINEOS

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dado que nuestra zona básica de salud cuenta con una población envejecida, vemos importante fomentar la actividad física con una actividad de paseos en grupos, lo que ayudará también a personas que viven solas a crear nuevas relaciones sociales.

#### ÁREAS DE MEJORA

Pretendemos mejorar la movilidad articular, tonificación muscular y sistema cardiorrespiratorio de los participantes, así como fomentar las relaciones interpersonales entre la población del centro de salud y evitando así el aislamiento social.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El envejecimiento de la población conlleva la aparición de múltiples patologías crónicas que en muchas ocasiones provocan el abandono de la actividad física y el aislamiento social.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Satisfacción de los participantes de dicha actividad  
- Mejora de su salud física y mental

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Paseos saludables por los alrededores del Centro de Salud Pirineos, todos los martes a las 9:30h. Duración 1 hora

Fecha inicio: 11/10/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Vanessa Lafontana Gracia

2. Captación de los participantes desde las consultas de AP y a través de canales informativos

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Equipo AP

3. Preparación de la información para el equipo de AP y para la población

Fecha inicio: 22/08/2022

Fecha final.: 25/08/2022

Responsable.: Izarbe Sierra

4. Elaboración de hojas de registro de constantes vitales, participación a la actividad y encuesta de satisfacción.

Fecha inicio: 22/08/2022

Fecha final.: 25/08/2022

Responsable.: Izarbe Sierra

5. Sesión informativa en centro de salud para el EAP

Fecha inicio: 02/09/2022

Fecha final.: 02/09/2022

Responsable.: Vanessa Lafontana Gracia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1060

### 1. TÍTULO

#### CAMINAMOS JUNTOS HACIA TU SALUD

1. Finalizar la actividad con al menos el 50% de los participantes

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de asistentes a la actividad  
Denominador .....: Plazas totales de participantes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro asistencia a la actividad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Realizar la actividad durante al menos 4 meses seguidos

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Días participación a la actividad  
Denominador .....: Días duración total de la actividad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro asistencia a la actividad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Grado de satisfacción de los participantes

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de participantes satisfechos con la actividad  
Denominador .....: Número total de participantes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Personas con patología cardiorrespiratoria crónica y/o personas que viven solas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1285

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOCIO SANITARIA ORIENTADA A EMPLEADAS DE HOGAR/CUIDADORAS INTERNAS DE PERSONAS DEPENDIENTES

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1285 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DE LA FUENTE SEDANO CRISTINA

Título  
INTERVENCION SOCIO SANITARIA ORIENTADA A EMPLEADAS DE HOGAR/CUIDADORAS INTERNAS DE PERSONAS DEPENDIENTES

Colaboradores/as:  
ESCARTIN SESE JESUS JAVIER  
MARIN FAURE MARIA PILAR  
GARCIA GUERRA MARIA TERESA  
MATAMALA SARASA ALEJANDRA  
MURO SOLANS MARIA DEL MAR

Ubicación principal del proyecto.: CS HUESCA PIRINEOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP HUESCA PIRINEOS

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde las distintas consultas de nuestro Centro de Salud atendemos a mujeres migrantes, proveedoras de cuidados a personas dependientes: mayores, enfermas o con discapacidad. Según datos de la EPA recabados por Oxfam-Intermon en 2021 algo más de 600.000 personas se dedican en España al trabajo del hogar y de cuidados. El 88% de las empleadas de hogar son mujeres de las cuales el 56% tiene una nacionalidad extra comunitaria, cifra que sube al 92% en el caso de las trabajadoras internas. De las empleadas de hogar en régimen interno mayoritariamente mujeres migrantes, muchas de ellas llevan poco tiempo en España, sufren el duelo migratorio y un sentimiento de desarraigo que puede dificultar su adaptación debido a la pérdida de redes que dejaron en sus países de origen. El desconocimiento de las cuidadoras internas del funcionamiento de nuestro sistema sanitario y del sistema de cuidados de personas dependientes. Así como de otros sistemas de protección a los que pueden acudir como usuarias o acompañantes podría contribuir a mejorar su calidad de vida y la de las personas cuidadas.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Desconocimiento de las mujeres migrantes, cuidadoras internas de personas dependientes del sistema sanitario y social.
- movilización y cuidados de personas dependientes.
- Autocuidado de las mujeres, empleadas de hogar.
- Ayudar a afrontar el duelo migratorio

#### ANALISIS DE CAUSAS

- tiempo de residencia en España. Falta de redes familiares y sociales. Aislamiento en relación a largas jornadas laborales.
- Desconocimiento de los recursos formativos existentes y falta de tiempo para formarse.
- Falta de tiempo, bajo estado de ánimo, desconocimiento de los recursos culturales, educativos de ocio.
- pérdida de redes sociales primarias y secundarias, dificultades de adaptación a una sociedad y cultura diferente, problemas legales y administrativos, experiencias traumáticas no tratadas,

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1ºFacilitar el acercamiento de las mujeres empleadas de hogar en régimen interno al sistema sanitario, así como a otros sistemas de protección social, cultural, educativo...
- 2ºPotenciar su autocuidado físico y mental.
- 3ºFormarles en el cuidado de personas dependientes, facilitándoles herramientas que mejore la atención de las mismas.
- 4º Darles a conocer los recursos existentes en nuestra ciudad para mejorar su calidad de vida y por extensión la de las personas a las que cuidan.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Informar a los profesionales del C.S del Proyecto para la captación y derivación a la Unidad de Trabajo social (UTS) de mujeres proveedoras de cuidados en régimen interno.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: CRISTINA DE LA FUENTE SEDANO

2. -Realizar sesiones informativas a las cuidadoras internas por parte de la UTS acerca del sistema sanitario en Aragón y de otros recursos públicos.

Fecha inicio: 01/02/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1285

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOCIO SANITARIA ORIENTADA A EMPLEADAS DE HOGAR/CUIDADORAS INTERNAS DE PERSONAS DEPENDIENTES

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: CRISTINA DE LA FUENTE SEDANO

3. -Realizar sesiones de fisioterapia para aprendizaje de la movilización de personas dependientes de forma segura. Así como ejercicios básicos atendiendo a las dolencias musculoesqueléticas más comunes

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: ALEJANDRA MATAMALA SARASA

4. -Realizar sesiones de enfermería sobre atención y cuidados a personas dependientes y autocuidados.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: MAR MURO SOLANS

5. -Realizar sesiones por parte de enfermería de la USM sobre atención a la SM, duelo migratorio.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: MARIA TERESA GARCIA GUERRA

6. -Elaborar una guía con páginas Web de interés, asesorías, recursos sociales, educativos, culturales para entregar desde las Unidades de Trabajo social de los Centros de salud con el apoyo del Trabajo

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: CRISTINA DE LA FUENTE SEDANO

7. Diseño de una encuesta para recogida de datos de cada usuaria participante en el Proyecto y diseño de una encuesta final de satisfacción.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: CRISTINA DE LA FUENTE SEDANO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. -Porcentaje de profesionales del centro informados del Proyecto.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº Profesionales del Centro informados

Denominador .....: Nº Profesionales del Centro de Salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. -Porcentaje de mujeres que asisten a las diferentes sesiones

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de mujeres que asisten a las sesiones

Denominador .....: Nº de mujeres derivadas a la UTS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. -Nivel de satisfacción de las participantes.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de mujeres que se muestran satisfechas con el aprendizaje del curso

Denominador .....: Nº de mujeres participantes que contestan la encuesta tras el curso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1285

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOCIO SANITARIA ORIENTADA A EMPLEADAS DE HOGAR/CUIDADORAS INTERNAS DE PERSONAS DEPENDIENTES

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#115

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN AL ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DESDE EL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO

Fecha de entrada: 14/06/2022

Nº de registro: 2022#115 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HERRANZ LACRUZ ROCIO

Título  
ATENCIÓN AL ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DESDE EL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO

Colaboradores/as:  
CALVERA FANDOS LAURA  
GOMEZ TAFALLA BLANCA  
LORENTE ALMAU ESTEFANIA  
RIVILLA MARUGAN LAURA

Ubicación principal del proyecto.: CS SABIÑANIGO

Servicio/Unidad principal .....: EAP SABIÑANIGO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El programa de atención primaria del niño sano es relevante en el seguimiento, la prevención y promoción de la salud durante la infancia. Representa la base en la salud de cada uno de los pacientes. Sin embargo, el seguimiento termina tras la última revisión a los 14 años. A partir de ese momento el equipo de atención primaria de referencia cambia y por lo general se pierde el contacto y la relación de confianza con el paciente en un periodo que se encuentra marcado por dudas, inseguridades y cambios. Representa una etapa vital muy importante en la que se debería continuar reforzando los hábitos saludables y ayudando a modificar aquellos que no lo sean, así como ayudar a afrontar los cambios fisiológicos y psicosociales que se corresponden con la edad y sociedad actual. Por ello se propone una aproximación a la población adolescente desde su entorno diario, los institutos. Para ello se establecerá una red de comunicación con los jefes del departamento de orientación y de dirección de los dos institutos de Sabiñanigo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Desatención a la población adolescente.  
Aumento en la prevención y promoción de la salud durante la etapa adolescente.  
Atención en temas más problemáticos en este rango de edad: hábitos saludables, ejercicio, drogas, alcohol, alimentación, sexualidad, gestión de emociones y ansiedad.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La población adolescente genera pocas demandas sanitarias, por lo que queda "olvidada". Cambios en la población adolescente en cuanto a nuevas tecnologías, redes sociales, relaciones personales, etc... que generan nuevas demandas, principalmente en áreas psicosociales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

General: Acerca la salud a la población adolescente (14 a 18 años).

#### Específicos:

- 3.1 Crear una red de comunicación entre el Centro de Salud de Sabiñanigo y los departamentos orientación y jefatura del IES San Alberto Magno y el IES Biello Aragón de Sabiñanigo.
- 3.2 Realizar promoción y prevención sanitaria sobre hábitos de vida saludables en la población de 14 A 18 años de Sabiñanigo.
- 3.3 Resolver dudas e inquietudes relacionadas con la salud y/o enfermedad de la población de 14 a 18 años de Sabiñanigo.
- 3.4 Profundizar en la salud y bienestar emocional de la población de 14 a 18 años de Sabiñanigo.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones periódicas con el equipo de orientación y el equipo directivo de los institutos Biello Aragón y San Alberto Magno.

Fecha inicio: 07/09/2022

Fecha final.: 17/05/2023

Responsable.: ROCIO HERRANZ LACRUZ

2. Sesiones dirigidas a grupos y/o clases, sobre temas a demandados por el quipo de orientación y alumnos, relacionados con la salud.

Fecha inicio: 12/10/2022

Fecha final.: 17/05/2023

Responsable.: ROCÍO HERRANZ LACRUZ

3. Sesiones y actividades sobre gestión de emociones.

Fecha inicio: 07/04/2022

Fecha final.: 31/05/2023



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#115

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN AL ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO DESDE EL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO

Responsable.: LAURA CALVERA, ESTEFANÍA LORENTE

4. Charla informativa sobre prevención del riesgo de suicidio con la colaboración de ASAPME y Comarca de Alto Gállego.

Fecha inicio: 13/10/2022

Fecha final: 09/11/2022

Responsable.: ASAPME

5. Disposición de contacto a través de correo electrónico corporativo para resolver dudas y/o inquietudes de la población adolescente.

Fecha inicio: 01/09/2021

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: ROCÍO HERRANZ LACRUZ, BLANCA GÓMEZ TAFALLA, LAURA RIVILLA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. CASOS DE ANSIEDAD Y ESTRÉS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: NÚMERO DE EPISODIOS DE ANSIEDAD EN POBLACIÓN DE 14 A 18 AÑOS DE SABIÑANIGO

Denominador .....: POBLACIÓN TOTAL DE 14 A 18 AÑOS EN SABIÑANIGO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ESCALAS Y CUESTIONARIOS

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

#### 2. CONOCIMIENTOS EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE, SEXUALIDAD, HÁBITOS SANOS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: NIVEL DE CONOCIMIENTOS MOSTRADO

Denominador .....: NIVEL MÁXIMO DE CONOCIMIENTOS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ENCUESTAS

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. NIVEL DE SATISFACCIÓN

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: GRADO DE SATISFACCIÓN MANIFESTADO

Denominador .....: GRADO MÁXIMO DE SATISFACCIÓN

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ENCUESTA

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD. GESTIÓN DE SALUD MENTAL

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#130

### 1. TÍTULO

#### CON ALEGRÍA EN TU SALA DE PEDIATRÍA

Fecha de entrada: 15/06/2022

Nº de registro: 2022#130 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GOMEZ TAFALLA BLANCA

Título  
CON ALEGRÍA EN TU SALA DE PEDIATRÍA

Colaboradores/as:  
HERRANZ LACRUZ ROCIO

Ubicación principal del proyecto.: CS SABIÑANIGO

Servicio/Unidad principal .....: EAP SABIÑANIGO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El centro de salud representa un espacio a menudo, considerado como un entorno de enfermedad. Realmente, en la edad adulta es común que la población acuda por motivos de patología aguda y/o crónica. Sin embargo, no sucede lo mismo con la población pediátrica, en este caso, la mayoría de las consultas se deben a seguimientos y revisiones incluidas en el programa del niño sano.

Derivado de esta situación, se observa una falta de adaptación e incluso incomodidad de los niños cuando tienen que acudir al centro de salud. Como medio para calmar la ansiedad producida durante la espera, los recursos con los que cuentan se centran en el uso de pantallas y móviles, pues no hay otra alternativa lúdica a la que recurrir.

#### ÁREAS DE MEJORA

Es generalizado el uso precoz y excesivo de dispositivos tecnológicos en la población infantil. A pesar de que pueden resultar muy útiles en determinados momentos (ahorro de papel, acerca al niño a la escuela en situaciones especiales como incapacidades o enfermedades, etc.) también tienen efectos negativos en esta edad, disminuye los recursos imaginativos, dificulta la capacidad de control de emociones (miedo, ansiedad), repercute en las habilidades sociales... etc por lo que se debería limitar su uso todo lo posible.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Los centros sanitarios están proyectados para población adulta, por lo que dificulta la comodidad durante las estancias de espera.

A ello se suma que de por sí, la visita al centro sanitario para ellos ya supone un nivel de ansiedad de base porque en muchas ocasiones se someten a prácticas invasivas desagradables.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

General: Disminuir el estado de ansiedad en la población infantil (0-12 años) cuando acude al CS de Sabiñánigo.

#### Secundarios

1. Facilitar la participación activa de la población infantil (0-12 años) en su bienestar.
2. Integrar la opinión y gustos de la población infantil (0-12 años) en el espacio dedicado a su cuidado.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Contacto con asociaciones y entidades infantiles. Asociación Mallata educativa, ayuntamiento de Sabiñánigo, colegio Puente Sardas, colegio Montecorona y colegio Santa Ana.

Fecha inicio: 23/06/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: BLANCA GÓMEZ TAFALLA

2. Encuesta a la población infantil, en la que se incluya qué utilizan en la sala de espera y qué les gustaría encontrar.

Fecha inicio: 28/09/2022

Fecha final.: 21/06/2023

Responsable.: BLANCA GÓMEZ TAFALLA, ROCÍO HERRANZ LACRUZ

3. Actividades creativas de decoración de la sala de espera, contando con la colaboración de los niños.

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: BLANCA GÓMEZ TAFALLA, ROCÍO HERRANZ LACRUZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#130

### 1. TÍTULO

#### CON ALEGRÍA EN TU SALA DE PEDIATRÍA

1. Sentimiento de ansiedad al acudir a la sala de pediatría del centro de salud de Sabiñánigo.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: grado de ansiedad

Denominador .....: grado máximo de ansiedad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas recogidas a través de los colegios del municipio

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#125

### 1. TÍTULO

#### BIBLIO-LACTANCIA: FOMENTANDO LA LACTANCIA MATERNA A TRAVES DE LAS BIBLIOTECAS

Fecha de entrada: 15/06/2022

Nº de registro: 2022#125 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA

Título  
BIBLIO-LACTANCIA: FOMENTANDO LA LACTANCIA MATERNA A TRAVES DE LAS BIBLIOTECAS

Colaboradores/as:  
AZAGRA ANTIN ADRIANA  
BLANCO GIMENO VERONICA  
MIRANDA ANAYA ANA BELEN  
MUÑOZ EZEIZABARRENA MAITE  
OCHOA PASCUAL RUTH  
SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS SANTO GRIAL

Servicio/Unidad principal .....: EAP DE HUESCA SANTO GRIAL

Ubicación/es secundaria/s  
HUESCA\*CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL\*EAP HUESCA RURAL\*AP (Atención Primaria)  
HUESCA\*CENTRO DE SALUD SABIÑANIGO\*EAP SABIÑANIGO\*AP (Atención Primaria)  
HUESCA\*DIRECCION AP HUESCA\*UNIDAD DE FORMACION\*AP (Atención Primaria)  
HUESCA\*HOSPITAL DE SAN JORGE\*ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION SEGUNDA PLANTA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde la Comisión de Lactancia del Sector de Huesca se ha valorado la importancia de promocionar e informar sobre lactancia materna a las familias además de en el centro de salud, en otros ámbitos de la comunidad como las bibliotecas de la ciudad.

La lactancia materna supone, como es bien conocido, un gran beneficio tanto para las madres gestantes como para los bebés. Esta etapa supone un momento de gran alegría, pero también de incertidumbre, preocupación por el bienestar del bebé y de la mejor manera de alimentarlo, por lo que hay una necesidad de búsqueda de información en relación a estos temas.

Ultimamente con el avance tecnológico de internet y redes sociales, éstas pasan a ser la principal fuente de información de las familias desde casa. Como profesionales de la salud, consideramos que los libros escritos por profesionales deben estar entre las fuentes consultadas por las familias o que por lo menos, éstas conozcan que tienen a su alcance la posibilidad de consultar la información en bibliotecas de su zona.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualización de recursos bibliográficos en las distintas biblioteca públicas de la ciudad de Huesca en relación a la crianza, fundamentalmente sobre lactancia materna.  
Fomentar el acercamiento de las familias con bebés a las bibliotecas como lugar de búsqueda de información.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Escasa oferta actual de libros relacionados con crianza y lactancia materna.  
Desconocimiento de los recursos de las bibliotecas por parte de las familias en esa etapa.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Valorar la duración de lactancia materna en las madres lactantes del C. de Salud Fidel Pagés Miravé cada 6 meses durante los años 2022 y 2023.

Promocionar la lactancia materna a través de las bibliotecas

Implicar a las bibliotecas en la importancia de la etapa de lactancia y crianza ampliando el catálogo de libros si fuera necesario en relación a este tema.

Acercar a las mujeres embarazadas y madres a consultar en las bibliotecas sobre temas relacionados con lactancia y crianza.

Realización de charlas-talleres para solventar dudas sobre lactancia en las bibliotecas.

Hacer de las bibliotecas un punto de reunión entre profesionales sanitarios y comunidad en relación a otros posibles temas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Designar responsables y verificar la implicación tanto de sanitarios como de bibliotecas

Fecha inicio: 10/01/2022

Fecha final.: 31/01/2022

Responsable.: Zulema Pinillos

2. Revisar catálogo de libros de las bibliotecas municipales de la ciudad de Huesca

Fecha inicio: 07/02/2022

Fecha final.: 28/02/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#125

### 1. TÍTULO

#### BIBLIO-LACTANCIA: FOMENTANDO LA LACTANCIA MATERNA A TRAVES DE LAS BIBLIOTECAS

Responsable.: Zulema Pinillos, Maite Muñoz, Pilar Sánchez

3. Revisar la bibliografía actual disponible en relación a lactancia materna y crianza que puede ser de interés para familias

Fecha inicio: 03/03/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Zulema Pinillos, Maite Muñoz, Ruth Ochoa

4. Comunicación con los responsables de las bibliotecas para informar de los libros que se consideran recomendables para su adquisición si es posible

Fecha inicio: 07/04/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Zulema Pinillos, Maite Muñoz

5. Promocionar los libros que forman parte del catálogo de " biblioteca familiar" en cada una de las bibliotecas mediante carteles en los centros de salud y en las bibliotecas, así como con trípticos

Fecha inicio: 31/05/2022

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Verónica Blanco, Zulema Pinillos, Adriana Azagra, Ana Belén Miranda, Ruth Ochoa

6. Realización de charlas sobre lactancia materna en cada una de las bibliotecas públicas para dar a conocer los libros de dicho catálogo

Fecha inicio: 09/05/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Verónica Blanco, Zulema Pinillos, Maite Muñoz, Ana Belén Miranda, Adriana Azagra

7. Entregar encuestas de satisfacción tras las charlas para valorar si han sido útiles.

Realizar observación por parte de observador externo de charlas-talleres para encontrar aspectos a mejorar.

Fecha inicio: 09/05/2022

Fecha final.: 26/05/2022

Responsable.: Zulema Pinillos, Adriana Azagra, Maite Muñoz

8. Valorar lactancia materna a los 4, 6 y 12 meses en las madres del centro Fidel Pagés Miravé, así como si ha sido de utilidad la lectura de libros relacionados con lactancia materna

Fecha inicio: 09/05/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Adriana Azagra

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Propuesta proyecto

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de bibliotecas públicas de la ciudad de Huesca a las que se les propone el proyecto

Denominador .....: Nº de bibliotecas públicas de la ciudad de Huesca

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Ayuntamiento de Huesca

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 33.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 33.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 66.00

2. Propuesta aceptación del proyecto

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº bibliotecas publicas ciudad de Huesca que colaboran en el proyecto y amplian catálogo de

libros biblioteca familiar

Denominador .....: Nº bibliotecas públicas de la ciudad de Huesca

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Ayuntamiento de Huesca y Bibliotecas de Huesca

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 33.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 33.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 66.00

3. Difusión del proyecto

Tipo de indicador: Impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#125

### 1. TÍTULO

#### BIBLIO-LACTANCIA: FOMENTANDO LA LACTANCIA MATERNA A TRAVES DE LAS BIBLIOTECAS

Numerador .....: N° bibliotecas públicas Huesca promocionan lactancia materna a través de carteles -trípticos  
Denominador .....: N° bibliotecas públicas Huesca  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Bibliotecas de Huesca  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 33.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 33.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 66.00

#### 4. Bibliotecas como lugar de realización de talleres

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de bibliotecas Huesca en las que se realizan charlas-talleres sobre lactancia-crianza  
Denominador .....: N° de bibliotecas implicadas en el proyecto  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Bibliotecas de Huesca  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 33.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 33.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 66.00

#### 5. Asistencia a charlas-talleres

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° mujeres acuden a charlas lactancia  
Denominador .....: N° mujeres apuntadas a charlas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Bibliotecas de Huesca  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 6. Utilidad charlas sobre lactancia materna en bibliotecas

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° mujeres consideran útiles las charlas sobre lactancia materna en bibliotecas  
Denominador .....: N° de mujeres acuden a charlas sobre lactancia materna en bibliotecas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 7. Utilidad lectura libros recomendados sobre lactancia materna

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° mujeres del C Salud Fidel Pagés Miravé consideran útiles los libros recomendados de lactancia materna  
Denominador .....: N° mujeres del C salud Fidel Pagés Miravé han leído libros recomendados de lactancia materna  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Consulta en Centro de Salud Fidel Pagés Miravé  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

#### 8. Duración Lactancia materna en C Salud Fidel Pagés Miravé

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° madres están con Lactancia materna a los 4m, 6m y 12 m del bebé en C. de Salud Fidel Pagés Miravé  
Denominador .....: N° madres iniciaron lactancia materna con los recién nacidos en C. de Salud Fidel Pagés Miravé  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Consulta en Centro de Salud Fidel Pagés Miravé  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#125

### 1. TÍTULO

#### **BIBLIO-LACTANCIA: FOMENTANDO LA LACTANCIA MATERNA A TRAVES DE LAS BIBLIOTECAS**

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#19

### 1. TÍTULO

#### "APRENDIENDO A SALVAR VIDAS"

Fecha de entrada: 27/05/2022

Nº de registro: 2022#19 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MOYANO LEDESMA AMPARO

Título  
"APRENDIENDO A SALVAR VIDAS"

Colaboradores/as:  
BETRAN PIRACES MONICA  
ESPORRIN BOSQUE CONCEPCION

Ubicación principal del proyecto.: CS SANTO GRIAL

Servicio/Unidad principal .....: EAP DE HUESCA SANTO GRIAL

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La rápida identificación de una situación de parada cardiorrespiratoria e iniciar de forma inmediata la cadena de supervivencia aumenta la misma y disminuye las posibles secuelas neurológicas. Por eso es imprescindible educar a la población en maniobras de RCP.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar los conocimientos para una identificación rápida de atragantamiento o pérdida de consciencia, ya que la obstrucción de la vía aérea suele ser un motivo de urgencia muy habitual, que aunque suelen resolver los trabajadores es recomendable reforzar habilidades y conocimientos  
Mejorar las habilidades en la respuesta ante un atragantamiento o pérdida de consciencia

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desconocimiento por parte de los monitores, profesores, cuidadores....de las actuaciones ante un atragantamiento o una pérdida de consciencia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Actualizar los conocimientos sobre RCP y desfibrilación externa automática para trabajadores de entidades socio-sanitarias y educadores de colegios  
Mejorar las habilidades en la realización de las maniobras de reanimación de la población general

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Taller teórico de 1 hora de duración sobre soporte vital básico y desa, atragantamiento y posición lateral de seguridad

Fecha inicio: 13/05/2022  
Fecha final.: 13/05/2023  
Responsable.: Olga Ordás

2. Taller práctico de 1 hora de duración sobre soporte vital básico y desa, atragantamiento y posición lateral de seguridad

Fecha inicio: 13/05/2022  
Fecha final.: 13/05/2023  
Responsable.: Olga Ordás

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El taller teórico se apoya de una presentación de la SemFyc de SVB y Desa  
Se ha incluido la presencia de un observador adicional que hará una valoración externa de la actividad pudiendo interactuar con los participantes.

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de participantes que conocen el nombre de la maniobra para abrir la vía aérea

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de participantes que saben el nombre de la maniobra para abrir la vía aérea antes del taller

Denominador .....: Nº de participantes que saben el nombre para abrir la vía aérea después del taller

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta pre y post formación

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#19

### 1. TÍTULO

#### "APRENDIENDO A SALVAR VIDAS"

2. % de pacientes que saben lo primero que hay que hacer ante una RCP

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de participantes que saben lo primero que hay que hacer ante una RCP antes del taller

Denominador .....: N° de participantes que saben lo primero que hay que hacer ante una RCP después del taller

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Encuesta pre y post formación

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. % de participantes que saben cuántas compresiones/min hay que realizar en una RCP

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de participantes que saben cuántas compresiones/min hay que realizar en una RCP antes del taller

Denominador .....: N° de participantes que saben cuántas compresiones/min hay que realizar en una RCP después del taller

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Encuesta pre y post formación

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. % de participantes que sepan donde colocar los parches del desa

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de participantes que saben dónde se colocan los parches del desa antes de la formación

Denominador .....: N° de participantes que saben dónde se colocan los parches después de la formación

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Encuesta pre y post formación

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. % de personas que hacer cuando una persona se atraganta y tose

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de participantes que saben qué hacer cuando una persona se atraganta y tose

Denominador .....: N° de participantes que saben qué hacer cuando una persona se atraganta y tose después de la formación

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Encuesta pre y post formación

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

6. % de satisfacción de los participantes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de participantes con una valoración superior a 8 en el grado de satisfacción

Denominador .....: N° de participantes totales

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se da a los trabajadores un test de conocimientos antes de realizar el taller de RCP y se les vuelve a dar una vez terminada la formación. Además en 6 meses se propone hacer una sesión recordatoria para reforzar conocimientos

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> pérdida de consciencia

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#19

### 1. TÍTULO

#### "APRENDIENDO A SALVAR VIDAS"

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#22

### 1. TÍTULO

#### APRENDIENDO SALUD INFORMA

Fecha de entrada: 30/05/2022

Nº de registro: 2022#22 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CEREZUELA SAMPER CARMEN

Título  
APRENDIENDO SALUD INFORMA

Colaboradores/as:  
CALVO GASCON ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS SANTO GRIAL

Servicio/Unidad principal .....: EAP DE HUESCA SANTO GRIAL

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una de las prioridades del Salud es mejorar la accesibilidad de los usuarios a los servicios sanitarios, por esto se ha pensado diseñar este proyecto para ayudarles en el uso y manejo de las distintas aplicaciones de Salud Informa

#### ÁREAS DE MEJORA

Disminuir el número de llamadas no atendidas a los centros de salud  
Disminuir viajes innecesarios a los centros para coger cita

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Deficiencia de personal administrativo así como de líneas telefónicas  
Desconocimiento de los usuarios de las aplicaciones web del SALUD y su manejo

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Aumentar el conocimiento y manejo de las aplicaciones web que ofrece el SALUD  
Aumentar el nº de citas web de los usuarios.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de 3 Talleres formativos sobre el acceso y manejo de Salud Informa

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Carmen Cerezuela

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El objetivo del taller es que la población aprenda a manejarse tanto en la web del Salud Informa como en la aplicación móvil, en las distintas funcionalidades de las mismas  
El taller es presencial utilizando un power point para su difusión.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de participantes en los talleres que después de un mes han utilizado la web para citarse

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nª de participantes que se han citado alguna vez en la web

Denominador .....: Nª total de participantes en los talleres

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Citación en OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

El taller se va a realizar en la zona básica de salud Santo Grial

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#162

### 1. TÍTULO

#### TALLER BABY LED WEANING

Fecha de entrada: 17/06/2022

Nº de registro: 2022#162 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AZAGRA ANTIN ADRIANA

Título  
TALLER BABY LED WEANING

Colaboradores/as:  
ARQUED NAVAZ MARTA  
DOSTE LARRULL DIVINA INMACULADA  
JAIME PAUL ROSARIO  
MONTAGUT ALEGRE GRACIA  
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA

Ubicación principal del proyecto.: CS SANTO GRIAL

Servicio/Unidad principal .....: EAP DE HUESCA SANTO GRIAL

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Tradicionalmente la introducción de los alimentos al bebe se ha realizado en forma de triturado. En los últimos años se ha introducido un nuevo método llamado Baby Led Weaning.

El Baby Led Weaning es un método de alimentación complementaria en el que se ofrecen los alimentos a demanda, en forma sólida, sin necesidad de triturarlos.

Este método presenta diversas ventajas frente al método tradicional:

- Fomenta la autonomía del bebe. (es el niño el que coge la comida y se la lleva a la boca).
- Facilita la introducción de nuevos alimentos y favorece el interés por la comida (el bebe identifica cada alimento, en el método tradicional se les ofrecen varios alimentos triturados en un puré en el cual el bebe no puede reconocer cada alimento, ni por sabor, color, textura...).
- Desarrollo de la psicomotricidad fina.
- Integra al niño en las comidas (comen lo mismo que los adultos adaptado a su edad)
- Previene la sobrealimentación.
- Los niños ejercitan la musculatura facial (con este método los niños mastican, muerden, mueven con la lengua... lo cual beneficia el desarrollo del lenguaje).

Detectado cierto miedo, desconfianza y desconocimiento hacia este método por parte de familiares que inician la alimentación complementaria en bebés de 6 meses, vemos la necesidad de reforzar en el tema de una formar teórica y practica.

#### ÁREAS DE MEJORA

Ampliación de conocimientos sobre el método Baby Led Weaning en familias con lactantes en la introducción de la alimentación complementaria.

Miedo frente a un posible atragantamiento.

Desconocimiento sobre la actuación en un episodio de atragantamiento.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Desconocimiento sobre el metodo Baby Led Weaning en familias con lactantes en la introducción de la alimentación complementaria.

Disminucion del miedo frente a un posible atragantamiento.

Aumento de conocimientos sobre la actuación en un episodio de atragantamiento.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Ampliar los conocimientos sobre Baby Led Weaning en la población diana.

Disminuir la ansiedad al miedo por atragantamiento.

Fomentar una dieta sana y equilibrada.

Mejorar conocimientos y actuaciones ante un atragantamiento.

Aumentar número de padres que eligen BLW

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión del equipo de pediatría para unificar criterios sobre Baby led Weaning.

Fecha inicio: 20/01/2022

Fecha final.: 20/01/2022

Responsable.: Zulema Pinillos, Divina Doste, Rosario Jaime, Gracia Montagut, Marta Arqued y Adriana Azagra

2. Selección de participantes desde las consultas en los controles del niño sano a los 4 y 6 meses.

Fecha inicio: 15/02/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Zulema Pinillos, Divina Doste, Rosario Jaime, Gracia Montagut y Marta Arqued

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#162

### 1. TÍTULO

#### TALLER BABY LED WEANING

3. Taller teórico Baby Led Weaning para familias con bebés de 4 meses de edad en adelante.

Fecha inicio: 17/03/2022  
Fecha final: 30/11/2023  
Responsable: Adriana Azagra

4. Taller práctico Baby Led Weaning para familias con bebés de 6 a 8 meses en el que la familiar deberá traer los alimentos.

Fecha inicio: 05/05/2022  
Fecha final: 14/12/2023  
Responsable: Marta Arqued y Adriana Azagra

5. Preparación de presentaciones de ambos talleres.

Fecha inicio: 03/01/2022  
Fecha final: 19/01/2022  
Responsable: Marta Arqued y Adriana Azagra

6. Realización de encuestas escritas pre taller y post taller

Fecha inicio: 17/03/2022  
Fecha final: 14/12/2023  
Responsable: Adriana Azagra

7. Realización de consulta de conocimientos frente actuación a un atragantamiento y baby led weaning en consulta de 9 y 18 meses de cada niño.

Fecha inicio: 29/07/2022  
Fecha final: 14/12/2023  
Responsable: Marta Arqued, Zulema Pinillos, Divina Doste, Graciela Montagut, Rosario Jaime.

8. Registro en hojas excel de familiares que acuden a los talleres, realizan baby led weaning, adquieren conocimientos, necesitan refuerzos o recordatorios....

Fecha inicio: 17/03/2022  
Fecha final: 14/12/2023  
Responsable: Adriana Azagra

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

En cada taller, se fomenta un ambiente de diálogo y dudas entre los padres sobre el tema de alimentación complementaria.

En el taller práctico, además de enseñar actuación frente a un atragantamiento, las familias acuden con los bebés para darles de comer en la textura y forma explicada durante el taller teórico.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Aumento de conocimiento del método Baby led Weaning por parte de la población diana, tras el taller.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador ..... Familias que aumentan conocimientos del Baby Led Weaning en el taller  
Denominador ..... Familias totales que acuden a ambos talleres  
x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos: Encuestas realizadas al finalizar el taller práctico.

Encuesta en revisión de 9 meses del niño  
Encuesta en revisión de 18 meses del niño.

Est.Mín.1ª Mem .. 50.00  
Est.Máx.1ª Mem .. 80.00  
Est.Mín.2ª Mem .. 50.00  
Est.Máx.2ª Mem .. 80.00

2. Aumento de familias con bebés de 6 meses que inician la alimentación con Baby Led Weaning.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador ..... Familias que realizan la alimentación complementaria con el método Baby Led Weaning tras el taller  
Denominador ..... Familias totales que acuden a ambos talleres.  
x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos: Encuestas realizadas

Est.Mín.1ª Mem .. 20.00  
Est.Máx.1ª Mem .. 50.00  
Est.Mín.2ª Mem .. 20.00  
Est.Máx.2ª Mem .. 50.00

3. Disminución de la ansiedad familiar frente a un atragantamiento

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador ..... Familias que expresan disminución del miedo frente a un atragantamiento  
Denominador ..... Familias totales que acuden a ambos talleres.  
x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos: Encuestas realizadas

Est.Mín.1ª Mem .. 30.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#162

### 1. TÍTULO

#### TALLER BABY LED WEANING

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. Aumento de conocimientos sobre la actuación frente a un episodio de atragantamiento.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Familias que aumentan conocimientos frente a un episodio de atragantamiento.

Denominador .....: Familias totales que acuden a ambos talleres.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas realizadas al finalizar el taller practico.

Encuesta en revisión de 9 meses del niño.

Encuesta en revisión de 18 meses del niño.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. Numero de familias que acuden al taller.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Numero de familias que acuden al taller

Denominador .....: Familias totales que se les informa de la realización de los talleres.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de asistencia a los distintos talleres con hojas excell

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Para medir los conocimientos y habilidades de las familias en cuanto a conocimientos sobre baby Led Weaning y sobre como actuar frente a un atragantamiento se realizan encuestas el mismo día del taller practico (al finalizar la sesión), en la revisión de los 9 meses de cada niño (en la consulta) y en la revisión de los 18 meses de cada niño (en la consulta).

En los casos que se detecte alguna dificultad u olvido se les ofrece la posibilidad de acudir nuevamente al taller practico (a la parte de actuación frente aún atragantamiento), además de pequeños recordatorios desde la consulta.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Familias de pacientes pediaticos de 4 y de 6/8 meses

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#275

### 1. TÍTULO

#### POR TU CORAZON, MUEVETE MAS

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#275 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TAMBO LIZALDE ELENA

Título  
POR TU CORAZON, MUEVETE MAS

Colaboradores/as:  
ANGEL GONZALO JUAN  
ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS  
GRACIA ASCASO IRENE  
LOPEZ PANO ESTELA MARIA  
MOYANO LEDESMA AMPARO  
OLIVER BRETON PAOLA MARIA  
ROYO ROYO SILVIA

Ubicación principal del proyecto.: CS SANTO GRIAL

Servicio/Unidad principal .....: EAP DE HUESCA SANTO GRIAL

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La importancia de la puesta en marcha de este proyecto se fundamenta en la necesidad de ofrecer recursos de apoyo a la población con enfermedad cardiaca a través del ejercicio físico como pilar fundamental. Resulta imprescindible potenciar estilos de vida saludables trabajando la inactividad física como factor de riesgo que favorece el desarrollo y/o agravamiento de las enfermedades del corazón. El ejercicio físico contribuye a fortalecer los músculos y entre ellos, el corazón. Además tiene un efecto beneficioso demostrado para la salud general y cardiovascular, descendiendo la mortalidad por cualquier causa y mejorando tanto la capacidad funcional como la calidad de vida. La recopilación de datos a través del programa OMI y la elaboración de un Chek-list permitirá recoger datos relacionados con las necesidades de los pacientes y conocer la situación de partida.

#### ÁREAS DE MEJORA

Existen activos comunitarios en nuestro entorno como gimnasios, asociaciones, etc con actividades que potencian la realización de ejercicio físico, pero se trata de recursos sin financiación. En la zona de salud, disponemos de parques con mobiliario para ejercitar el movimiento, para pasear, que no se aprovechan por desconocimiento del uso y beneficio de ellos por parte de la población.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Baja motivación en la población para realizar ejercicio.
- Desconocimiento de los recursos disponibles
- Falta de conocimiento sobre el impacto del ejercicio en su salud cardiovascular, así como de la manera de realizarlo
- Miedo a sufrir un nuevo evento cardiaco por realización de ejercicio físico.
- Falta de red de apoyo
- Falta de tiempo y organización por el ritmo de vida actual

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Potenciar el ejercicio físico en pacientes que hayan sufrido algún evento cardiovascular
- Obtener datos de los pacientes relacionados con el ejercicio físico.  
(de información al alta y las recomendaciones recibidas, seguimiento, motivaciones, barreras, miedos, tipo de ejercicio que realizan...)
- Fomentar la educación terapéutica mediante sesiones en cuanto a las recomendaciones de actividad física.
- Programar actividades grupales de ejercicio físico y puesta en marcha( ej: paseos saludables)
- Recopilar y recomendar activos de salud que puedan servir de apoyo desde las consultas de EAP.
- Conocer la satisfacción de los pacientes tras su inclusión en el proyecto.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recopilación de datos del OMI de los pacientes susceptibles de participar desde las consultas de EAP

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Elena Tambo Lizalde

2. Elaboración de un Chek-list que permita recoger datos relacionados con las necesidades de los pacientes y situación de partida

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Elena Tambo Lizalde

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#275

### 1. TÍTULO

#### POR TU CORAZON, MUEVETE MAS

3. Realización de charla informativa del proyecto en los centros y cumplimentación de Chek-List por los pacientes

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Elena Tambo Lizalde

4. Elaboración de sesiones grupales de educación para la salud con la actividad física como eje principal

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Elena Tambo Lizalde

5. Puesta en marcha de actividades como paseos cardiosaludables.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Elena Tambo Lizalde

6. Actualización del mapeo de activos de salud relacionados con la actividad física

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Elena Tambo Lizalde

7. Recoger datos de la satisfacción de los pacientes tras su participación y las mejoras que han obtenido en sus hábitos de vida

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Elena Tambo Lizalde

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Las actividades de; "sesiones informativas", "sesiones de educación para la salud" y "actividades cardiovasculares" tienen un " inicio" de forma periódica cada tres meses para que nuevos pacientes se incorporen periódicamente y asistan a todas las actividades como nuevo integrante. De este modo, podemos evaluar las actividades realizadas de forma periódica. No obstante, las actividades cardiovasculares se programarán para realizarlas de forma continuada.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de datos recopilados de pacientes con enfermedad cardiovascular

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de pacientes participantes

Denominador .....: total pacientes con enfermedad cardiovascular

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. % de pacientes que asisten a las sesiones informativas del proyecto

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de pacientes que asisten a las sesiones

Denominador .....: total pacientes a los que se les ofrece la actividad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro Check-List

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. % de pacientes que cumplimentan el chek-list

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de pacientes que cumplimentan chek-list

Denominador .....: total pacientes que acuden a las sesiones informativas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro Check-List

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

4. % de pacientes que asisten a las sesiones de educación para la salud

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de pacientes que asisten a las sesiones de educación para la salud

Denominador .....: total pacientes a los que se le ofrece la actividad

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#275

### 1. TÍTULO

#### POR TU CORAZON, MUEVETE MAS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro Check-List

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

5. % de pacientes que asisten a los paseos cardiosaludables

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de pacientes que asisten a las actividades cardiovasculares

Denominador .....: total pacientes captados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro Check-List

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

6. % de pacientes que incluyen actividades físicas en su vida diaria

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de pacientes que realizan caminatas durante al menos 120 minutos a la semana

Denominador .....: total pacientes participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro tiempo/ dispositivos podómetro/aplicaciones móviles

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

7. % de satisfacción de los pacientes con la atención recibida

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de pacientes satisfechos

Denominador .....: total pacientes participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuesta satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Tras la realización de las actividades propuestas como las sesiones de educación para la salud y la puesta en marcha de paseos cardiosaludables se recogerán los datos de las fuentes de datos indicadas (encuestas de satisfacción, Check-List y hojas de registro). Las actividades se realizarían de forma periódica cada tres-cuatro meses de manera que pasado este tiempo, con las nuevas incorporaciones puedan repetirse las sesiones informativas y nuevas sesiones de educación para la salud para posteriormente volver a evaluar.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#400

### 1. TÍTULO

#### ¡APRENDAMOS SOBRE ANTICOAGULACION ORAL!

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#400 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
OLIVER BRETON PAOLA MARIA

Título  
¡APRENDAMOS SOBRE ANTICOAGULACION ORAL!

Colaboradores/as:  
ANGEL GONZALO JUAN  
BOTAYA ESTAUN ANA M  
GRACIA ASCASO IRENE  
GRASA ARNAL ANA MARIA  
LOPEZ PANO ESTELA MARIA  
ROYO ROYO SILVIA  
TAMBO LIZALDE ELENA

Ubicación principal del proyecto.: CS SANTO GRIAL

Servicio/Unidad principal .....: EAP DE HUESCA SANTO GRIAL

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El control de pacientes con Tratamiento de Anticoagulación Oral (TAO) es una función primordial que se realiza desde Atención Primaria. El anticoagulante oral más utilizado en Aragón es el acenocumarol (Sinrom). Un mal manejo de este aumenta el riesgo de presentar ictus, hemorragias, insuficiencia cardiaca y de la mortalidad. Para evitarlo, se realiza educación sanitaria individual desde la consulta de enfermería de Atención Primaria con el propósito de aprender a administrar la dosis adecuada, conocer las interacciones medicamentosas y alimentarias, así como de detectar las posibles complicaciones. Debido al envejecimiento poblacional, cada vez nos encontramos a más pacientes, con este tratamiento en residencias, domicilios, centros de día. Educar a los trabajadores que se encargan de sus cuidados, ayudará a un buen control de INR, así como evitará la aparición de posibles complicaciones, mejorando la calidad de vida de estos pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Detección de problemas en el control de INR en pacientes institucionalizados. Se pretende que los trabajadores de residencias adquieran el conocimiento y la habilidad adecuada sobre anticoagulación oral.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de conocimientos y habilidades en el manejo del tratamiento anticoagulante con Sinrom

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Educar a los trabajadores de los centros residenciales sobre un buen manejo y control de ACO.  
-Mejorar el conocimiento sobre: interacciones medicamentosas, identificar las posibles complicaciones, alimentación adecuada.  
-Mejorar las habilidades la administración y control de esta medicación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Presentación del proyecto en residencias que pertenezcan a la zona del Centro de Salud Fidel Pagés Miravé

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Paola Mª Oliver Bretón

2. Elaboración de una encuesta para conocer los conocimientos previos sobre ACO.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Paola Mª Oliver Bretón

3. Realización de charlas sobre el manejo de ACO en residencias

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Paola Mª Oliver Bretón

4. Recopilación de datos sobre los conocimientos adquiridos y de la satisfacción de los usuarios

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Paola Mª Oliver Bretón

5. Realización de encuesta de conocimientos y utilidad a medio plazo.

Fecha inicio: 01/09/2023

Fecha final.: 31/12/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#400

### 1. TÍTULO

#### ¡APRENDAMOS SOBRE ANTICOAGULACION ORAL!

Responsable.: Paola M<sup>a</sup> Oliver Bretón

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de trabajadores que asisten a las charlas

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de trabajadores que asisten a las charlas  
Denominador .....: Total de trabajadores de residencias  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Residencias. Salud.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. % de residencias que participan

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de residencias que participan  
Denominador .....: Número de residencias de la zona de salud  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: IASS. Salud  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. % de trabajadores que mejoran sus conocimientos a través de las charlas

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de trabajadores que mejoran conocimientos a través del cuestionario  
Denominador .....: Total de trabajadores que realizan el cuestionario  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionario de conocimientos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

4. % de satisfacción de los trabajadores que participan

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de trabajadores satisfechos  
Denominador .....: Total de trabajadores que participan  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

5. % de pacientes institucionalizados en esos centros que mantienen INR en rango durante al menos 3 m

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes institucionalizados en los centros participantes, en tratamiento con ACO, que mantienen INR en rango al menos 3 meses  
Denominador .....: Total de pacientes institucionalizados en los centros participantes, en tratamiento con ACO.  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

6. % de trabajadores que han mejorado conocimientos 4 meses después de las charlas

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de trabajadores que mejoran conocimientos a los 4 meses de las charlas, a través de un cuestionario  
Denominador .....: Total de trabajadores que realizan el cuestionario  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionario de conocimientos a los 4 meses.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#400

### 1. TÍTULO

#### ¡APRENDAMOS SOBRE ANTICOAGULACION ORAL!

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Trabajadores que estan a cargo de pacientes en tratamiento con Anticoagulantes orales.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#696

### 1. TÍTULO

#### ¿HABLAMOS DE LA MUERTE?

Fecha de entrada: 19/07/2022

Nº de registro: 2022#696 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS

Título  
¿HABLAMOS DE LA MUERTE?

Colaboradores/as:  
MARTINEZ OTAL CLARA  
MORALEDA NUÑO JAVIER  
CALVO GASCON ANA MARIA  
GARCES MORERA MARIA DEL CARMEN  
GARETA BUIL ALBA  
OLIVERA PUEYO FRANCISCO J.  
ORDAS LAFARGA OLGA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS SANTO GRIAL

Servicio/Unidad principal .....: EAP DE HUESCA SANTO GRIAL

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La muerte forma parte de la vida, sin embargo, sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad; y no menos entre los profesionales sanitarios. A su vez, la propia idiosincrasia de su trabajo les enfrenta con la muerte. Unas veces, como final de un proceso de enfermedad, otras en situaciones traumáticas (accidentes, agresiones, suicidios, ...), incluso en el inicio de la vida.

El estudio PSISOSUR, llevado a cabo en el año 2015 en la provincia de Huesca, sobre la problemática social y las reacciones psicológicas presentes en las urgencias sanitarias cotidianas, informó de que "el 73,4% de éstos [intervinientes sanitarios] admiten carencias formativas en aspectos psicosociales y/o de salud mental. El 55,1% concretaron el tipo de formación necesaria, destacando la comunicación de malas noticias, la relación con los familiares y la necesidad de conocer recursos de atención social" \*.

A su vez, la reciente aprobación de la ley de Eutanasia, las muertes durante y las derivadas de la pandemia Covid-19, son añadidos a aspectos cotidianos vinculadas a la muerte (cuidados paliativos, testamento vital, etc.), y que forman parte de nuestra realidad, como sociedad, y de los contextos sanitarios, en particular.

Hablar de la muerte sigue siendo asignatura pendiente en las carreras sanitarias al tiempo que, no pocas veces, genera malestar en los profesionales porque "no sabes qué decir o qué hacer" al paciente y/o a los familiares. Como lo que no se habla -ni se escribe-, no existe, esta propuesta pretende darnos la oportunidad de hablar de la muerte y de aspectos vinculados a la misma para, así, crecer como profesionales.

\* Angel L Arricivita-Amo, Teófilo Lorente-Aznar, Mariano Rodríguez-Torrente, et ál. «Los componentes psicosociales de las urgencias sanitarias» Agathos, atención sociosanitaria y bienestar, año 2016, número 2. ISSN-1578-3103.

#### ÁREAS DE MEJORA

Conocimientos en torno al final de la vida

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Tal como se ha expresando en la pertinencia del proyecto, es un tema pendiente en el espacio sanitario.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Disminuir las actuaciones del ESAD en el Centro de Salud.

Los profesionales del EAP conseguirán:

- Contribuir a naturalizar la muerte como parte del recorrido vital.
- Crear un espacio grupal, con enfoque educativo, de aprendizaje, reciclaje y reflexión en torno a la muerte y aspectos (psicosociales, legales, recursos, etc.) vinculados a la misma.
- Adquirir y/o recordar aspectos básicos de carácter psicosocial en torno a las pérdidas significativas y los procesos de duelo.
- Conocer y/o recordar pautas de relación de ayuda a dolientes en momentos difíciles.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Reunión para constitución del equipo, desarrollo del proyecto y distribución de tareas.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Ángel L. Arricivita Amo

2. - Diseño de cuestionario de evaluación de las sesiones.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Ángel L. Arricivita Amo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#696

### 1. TÍTULO

#### ¿HABLAMOS DE LA MUERTE?

3. - Sesiones grupales, con enfoque educativo, sobre aspectos relacionados con la muerte.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Ángel L. Arricivita Amo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

En cada sesión los profesionales del EAP integrantes del grupo trabajarán un tema (eutanasia, cuidados paliativos, comunicación de malas noticias, duelo, etc.) a partir de una breve exposición teórica -u otra técnica (documental, video, etc.)- a cargo de un miembro del equipo del proyecto para, a continuación, conversar sobre dicho tema en un ambiente de escucha, reflexión y de compartir al respecto desde la experiencia y práctica profesional. Se trabajará con un grupo máximo de 15 personas. No son sesiones formativas, más bien divulgativas-educativas, en torno a experiencias profesionales relacionadas con los temas anteriormente indicados.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. - Porcentaje de profesionales que asisten a las sesiones.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales que asisten a la sesión.

Denominador .....: Nº de profesionales inscritos al proyecto.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Observación directa de asistentes.

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. - Existe cuestionario de evaluación ad hoc.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: .

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Existencia de cuestionario

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. - Nº de sesiones realizadas.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de sesiones realizadas

Denominador .....: Nº de sesiones inicialmente previstas.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Ejecución del proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. -Disminuir actuaciones del ESAD en el Centro de Salud

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de actuaciones del ESAD antes de las sesiones en el Centro de Salud

Denominador .....: Nº de actuaciones del ESAD a los 3 meses de las sesiones en el Centro de Salud.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE y OMI-AP y registro propio del ESAD

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Un grupo máximo de 15 trabajadores de cualquier categoría profesional del centro de salud Fidel Pagés Miravé.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Este proyecto pretende mejorar las actuaciones de los profesionales del Centro de Salud vinculadas a la muerte y el duelo.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#73

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL PARA DIABETICOS TIPO II

Fecha de entrada: 09/06/2022

Nº de registro: 2022#73 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
EZQUERRA AZOR SANDRA

Título  
EDUCACION GRUPAL PARA DIABETICOS TIPO II

Colaboradores/as:  
LOSCETALES ARTIEDA MARIA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: CS SARIÑENA

Servicio/Unidad principal .....: EAP SARIÑENA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El aumento de la prevalencia de personas con diabetes mellitus tipo II es la causa de poner en marcha un proyecto grupal para la educación del diabetico tipo II, esto es fundamental para que el paciente se responsabilice de su enfermedad y aumente su autonomía. El centro de salud de Sariñena lo forman 17 localidades, se ha comprobado que las personas que padecen la enfermedad llevan estilos de vida poco saludables, esto favorece el empeoramiento de la calidad de vida. Según los últimos datos publicados en el atlas de salud de Aragón, el número de casos de diabetes mellitus tipo II en el centro de salud de Sariñena es de 334 en hombres y 221 en mujeres, un total de 555 personas. Tras observar la necesidad de mejora de los estilos de vida en nuestra población, se ha creado un grupo para detectar cuales son las posibles causas que favorecen la aparición de dicho problema de salud. Podemos afirmar que es necesario mejorar el empoderamiento de la población, la motivación y la responsabilidad en salud. Por ello, se pone en marcha el proyecto Educación grupal en diabetico tipo II, para enseñar al algunos de estos pacientes a mejorar los aspectos mencionados, pudiendo llegar así a conseguir nuestro objetivo principal que sería mejorar el control de la enfermedad.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Aumentar el empoderamiento y aumentar el control de la enfermedad.
2. Mejora en los estilos de vida de la población con diabetes tipo II abordando: alimentación, actividad física, higiene de pies, consumo de tóxicos (especialmente alcohol y tabaco) y adherencia al tratamiento.
3. Iniciar contacto con pacientes que padezcan diabetes tipo II para crear un grupo de trabajo.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Falta de conocimientos, habilidades en auto-gestión y motivación
2. Escasez de conocimiento en relación con hábitos de vida saludables.
3. Falta de concienciación de las consecuencias de una diabetes tipo II mal controlada.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

General: Mejorar los hábitos de vida de la comunidad a través del empoderamiento y la motivación para el control de la diabetes.

#### Específicos:

- Mejorar las cifras de hemoglobina glicosilada.
- Mejorar la auto-gestión de sus propios cuidados.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Creación del grupo del grupo de trabajo, análisis de la situación.

Fecha inicio: 16/05/2022

Fecha final: 23/05/2022

Responsable.: María Isabel Loscetales Artieda

2. -Creación de grupo de pacientes.

Fecha inicio: 30/05/2022

Fecha final: 06/06/2022

Responsable.: Sandra Ezquerria Azor

3. -Realización de analítica para ver el valor de la hemoglobina glicosilada.

Fecha inicio: 02/06/2022

Fecha final: 09/06/2022

Responsable.: Sandra Ezquerria Azor

4. -1ª sesión de educación para diabéticos tipo II: generalidades.

Fecha inicio: 08/07/2022

Fecha final: 14/07/2022

Responsable.: María Isabel Loscetales Artieda

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#73

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL PARA DIABETICOS TIPO II

5. -2ª sesión de educación para diabéticos tipo II: alimentación  
Fecha inicio: 15/07/2022  
Fecha final.: 21/07/2022  
Responsable.: Sandra Ezquerria Azor

6. -3ª sesión de educación para diabéticos tipo II: ejercicio.  
Fecha inicio: 22/07/2022  
Fecha final.: 28/07/2022  
Responsable.: María Isabel Loscetales Artieda

7. -4ª sesión de educación para diabéticos tipo II: situaciones específicas.  
Fecha inicio: 29/07/2022  
Fecha final.: 02/09/2022  
Responsable.: Sandra Ezquerria Azor

8. -Realización de analítica para ver el valor de la hemoglobina glicosilada a las 3 meses del proyecto.  
Fecha inicio: 27/10/2022  
Fecha final.: 02/11/2022  
Responsable.: María Isabel Loscetales Artieda

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de reuniones mantenidas por el grupo de trabajo.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de reuniones mantenidas del grupo de trabajo durante todo el año.  
Denominador .....: Número de reuniones planificadas durante todo el año (bimensuales).  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Actas realizadas y memoria del proyecto.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de actividades realizadas.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de actividades realizadas.  
Denominador .....: Número de actividades programadas.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Actas realizadas y memoria del proyecto.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de puntuación obtenida en las encuestas de satisfacción que se difunden entre los participantes.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nota numérica que la población registra en la encuesta.  
Denominador .....: Nota máxima que se puede registrar (100).  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas entregadas a la población que participa.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % de asistentes que presentan una hemoglobina glicosilada entre 5,5 y 7.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que presentan una hemoglobina glicosilada entre 5,5 y 7.  
Denominador .....: Número total de participantes.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Analíticas en inicio de proyecto y a los 3 meses.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. % de pacientes que asisten a las sesiones.

Tipo de indicador: alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#73

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL PARA DIABETICOS TIPO II

Numerador .....: Número de pacientes que acuden a las sesiones.  
Denominador .....: Número total de participantes (8 pacientes).  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Actas realizadas con los pacientes asistentes.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. % de puntuación obtenida en test de conocimientos y habilidades al terminar el proyecto.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nota numérica que el paciente obtiene en el test.  
Denominador .....: Nota máxima que se puede registrar (10).  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Test realizados en la última sesión.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. % de puntuación obtenida en test de conocimientos y habilidades 3 meses después del proyecto.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nota numérica que el paciente obtiene en el test.  
Denominador .....: Nota máxima que se puede registrar (10).  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Test realizados tras tres meses de la finalización del proyecto.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#3

### 1. TÍTULO

#### ¡UNETE A LA ESCUELA DE SALUD!

Fecha de entrada: 13/05/2022

Nº de registro: 2022#3      \*\* Atención Comunitaria      \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOSCERTALES ARTIEDA MARIA ISABEL

Título  
¡UNETE A LA ESCUELA DE SALUD!

Colaboradores/as:  
EZQUERRA AZOR SANDRA  
FERNANDEZ IZARBEZ MARIA DEL MAR  
MANAU OMEDES CRISTINA  
PARALED CAMPOS MARIA TERESA  
PRIETO BONSON MARIA ROSA

Ubicación principal del proyecto.: CS SARIÑENA

Servicio/Unidad principal .....: EAP SARIÑENA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El centro de salud de Sariñena está formado por 17 localidades rurales, en ellas, se ha observado una alta tendencia a adoptar estilos de vida no saludables como mala alimentación o sedentarismo. Dichos estilos de vida, favorecen la aparición de determinadas patologías. Según los últimos datos publicados en el atlas de salud de Aragón, la tasa de sobrepeso y obesidad en esta zona básica de salud se sitúa en un 24% de mujeres y en un 29% de hombres. En cuanto a la hipertensión arterial, según esta fuente de información, la prevalencia se encuentra en un 24% de hombres y en un 25% de mujeres.

Tras detectar la necesidad de mejora de los estilos de vida en nuestra población, se realiza una lluvia de ideas y se forma un grupo de discusión para analizar cuales son las posibles causas que favorecen la aparición de dicho problema de salud. Entre ellas, detectamos que es necesario mejorar el empoderamiento de la población, la motivación, la responsabilidad en salud y mejorar algunos aspectos como por ejemplo, fomentar la auto-resolución de problemas poniendo a disposición de la comunidad recursos que mejoren la formación, como por ejemplo, la escuela de salud.

Por ello, se inicia el trabajo en red junto con otras instituciones de la zona (colegio, instituto, ayuntamiento de la localidad, biblioteca, asociación contra el cáncer) y se pone en marcha el proyecto "¡Únete a la escuela de salud!", ya que de dicha manera se podría mejorar todos y cada uno de los puntos mencionados anteriormente, y conseguir nuestro objetivo que sería la promoción de la salud en la comunidad y la mejora de los hábitos de vida.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Aumentar el empoderamiento y aumentar la alfabetización en salud.
2. Mejora en los estilos de vida de la población, abordando: alimentación, actividad física, higiene del sueño, consumo de tóxicos (especialmente alcohol y tabaco), exposición solar, uso de pantallas, prevención de accidentes.
3. Iniciar contacto con entidades locales para crear trabajo en red.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Falta de conocimientos, habilidades en auto-gestión, motivación, desconocimiento de ciertas herramientas como la escuela de salud.
2. Uso deficiente de los activos de salud de la zona, falta de conocimiento sobre hábitos de vida saludables así como herramientas y recursos disponibles, problemas socio-económicos, falta de motivación.
3. Escasez de uso de la acción comunitaria como recurso para empoderar la salud de la población.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

General: Mejorar los hábitos de vida de la comunidad a través del empoderamiento y la alfabetización en salud de la población.

#### Específicos:

- Aumentar el número de usuarios que conocen la escuela de salud.
- Aumentar el número de usuarios que usan la escuela de salud.
- Aumentar la auto-gestión de la salud en la comunidad.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Creación del grupo del grupo de trabajo, análisis del problema y causas.

Fecha inicio: 14/02/2022

Fecha final.: 21/02/2022

Responsable.: María Isabel Loscertales Artieda

2. - Trabajo en red con instituciones del entorno (colegio, instituto, ayuntamiento, biblioteca). Sesiones

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#3

### 1. TÍTULO

#### ¡UNETE A LA ESCUELA DE SALUD!

formativas sobre sensibilización. Diagnóstico participativo, propuestas y activos.

Fecha inicio: 28/02/2022

Fecha final: 14/03/2022

Responsable.: María Isabel Loscertales Artieda

3. - Se planifican actividades y recursos necesarios.

Fecha inicio: 21/03/2022

Fecha final: 28/03/2022

Responsable.: Cristina Manau Omedes

4. - El colegio "la Laguna" crea el cartel "Únete a la escuela de salud!" y el IES "Monegros Gaspar Lax" carteles con ejercicios de actividad física. Se colocan en las salas de espera del centro de salud

Fecha inicio: 29/03/2022

Fecha final: 01/04/2022

Responsable.: Sandra Ezquerria Azor

5. - Participación en la semana "sostenible y saludable" del IES "Monegros Gaspar Lax"

Fecha inicio: 04/04/2022

Fecha final: 08/04/2022

Responsable.: María Teresa Paraled Campos

6. - Se seleccionan una serie de libros sobre salud y se crea un stand junto con la biblioteca. Se coloca stand en la biblioteca, centro de salud, colegio, instituto y ayuntamiento.

Fecha inicio: 11/04/2022

Fecha final: 22/04/2022

Responsable.: María Isabel Loscertales Artieda

7. - Conmemoración de la "semana europea contra el cáncer".

Fecha inicio: 25/05/2022

Fecha final: 31/05/2022

Responsable.: María Rosa Prieto Bonson

8. - Se realiza la campaña "sol sano" previa a las vacaciones de verano.

Fecha inicio: 13/06/2022

Fecha final: 20/06/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Mar Fernández Izarbez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizarán otras campañas como alimentación saludable en septiembre y se conmemorarán fechas especiales como "Día Mundial de la Diabetes" el 14 de noviembre.

Se trabajará en el ocio saludable y prevención del consumo de alcohol y tabaco, previamente a las vacaciones de navidad.

En todas estas campañas, se realiza una labor educativa y de concienciación sobre la importancia de adquisición de estilos de vida saludables. A su vez, se difunde información de la escuela de salud, para que la población conozca esta herramienta y la utilice.

Se enseñarán los activos de salud de la zona.

Finalmente, se realizarán reuniones periódicas y se evaluará la puesta en marcha y desarrollo del proyecto. A su vez, se incluirán modificaciones de mejora que se consideren oportunas.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de reuniones mantenidas por el grupo de trabajo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número reuniones mantenidas del grupo de trabajo durante todo el año

Denominador .....: Número de reuniones planificadas durante todo el año (bimensuales)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Actas realizadas y memoria del proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de actividades realizadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número actividades realizadas

Denominador .....: Número de actividades programadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Actas realizadas y memoria del proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#3

### 1. TÍTULO

#### ¡UNETE A LA ESCUELA DE SALUD!

3. % de puntuación obtenida en las encuestas de satisfacción que se difunden entre los participantes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nota numérica que la población registra en la encuesta

Denominador .....: Nota máxima que se puede registrar (100)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas entregadas a la población que participa

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. En 6 meses, número de entidades que han hecho una publicación en la plataforma de la escuela salud

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de publicaciones en la escuela de salud en los últimos 6 meses

Denominador .....: Número de entidades de la zona básica de salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plataforma de la escuela de salud

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Prevención primaria, estilos de vida

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#223

### 1. TÍTULO

#### QUE HACER CUANDO UNA NIÑA O UN NIÑO CON SOBREPESO U OBESIDAD ENTRA EN MI CONSULTA

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#223 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PARALED CAMPOS MARIA TERESA

Título  
QUE HACER CUANDO UNA NIÑA O UN NIÑO CON SOBREPESO U OBESIDAD ENTRA EN MI CONSULTA

Colaboradores/as:  
GIL MARIN MARIA DEL MAR  
VERA BELLA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: CS SARIÑENA

Servicio/Unidad principal .....: EAP SARIÑENA

Ubicación/es secundaria/s  
BARBASTRO\*CENTRO DE SALUD DE MONZON URBANO\*EAP MONZON URBANO\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La obesidad infantil es un problema de salud pública cada vez más importante en nuestro país. En la inmensa mayoría de los casos (hasta el 95%) tiene una causa exógena; es decir, determinada por el balance calórico y relacionado con la dieta y la actividad física. Para hacer una prevención adecuada de las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición, es importante que las acciones educativas se dirijan a los niños y las niñas concienciándoles de la importancia de su propia salud.

Los programas de intervención pretenden lograr y mantener cambios de comportamiento, ya que se orientan a la modificación de hábitos de vida; además, buscan generar sentimientos de compromiso y responsabilidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

El proyecto va dirigido a mejorar no sólo los valores antropométricos de las niñas y niños, sino tiene una función educativa-persuasiva para la modificación de los hábitos de vida

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Existen una serie de barreras a nivel socio familiar de debemos superar:

El poco tiempo que tienen los padres, en la actualidad, para cocinar ha influido en que las familias consuman "alimentos semipreparados o semicocinados, que suelen tener una cantidad de calorías elevada y también de sal o azúcar.

El nivel de mercado existe una gran oferta de productos que son "muy apetitosos", especialmente para los niños, y relativamente económicos.

Las familias con menor nivel socio económico tienen más riesgo de que sus hijos sean obesos, porque presentan un mayor consumo de alimentos con una elevada densidad energética y menos oportunidades para realizar alguna actividad física moderada o intensa.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en la edad pediátrica en la zona básica de salud de Sariñena.

Empoderar a las familias de niños/niñas con sobrepeso u obesidad para mejorar los hábitos de vida saludables.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Presentación del protocolo elaborado al EAP

Fecha inicio: 22/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: TERESA PARALED

2. Contactar con servicios informáticos para conocer el número de episodios que hay creados de sobrepeso y obesidad entre los niños de 8 a 14 años en la ZBS de Sariñena

Fecha inicio: 06/07/2022  
Fecha final.: 31/07/2023  
Responsable.: TERESA PARALED

3. Implementación del protocolo

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: TERESA PARALED

4. Crear una base de datos para el registro de los niños que se incluyen en protocolo

Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: TERESA PARALED

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#223

### 1. TÍTULO

#### QUE HACER CUANDO UNA NIÑA O UN NIÑO CON SOBREPESO U OBESIDAD ENTRA EN MI CONSULTA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. INDICADOR INICIAL

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de niñas y niños con episodio de SP u OB entre 8 y 14 años en la ZBS de Sariñena  
Denominador .....: Número de niñas y niños de 8 a 14 años en la ZBS de Sariñena  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicios informáticos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 99.00

#### 2. SEGUIMIENTO

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de niñas y niños que se incluyen el protocolo  
Denominador .....: Número de niñas y niños con episodio de SP u OB  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 3. EVALUACIÓN

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de niñas y niños que terminan la formación  
Denominador .....: Número de niñas y niños que se incluyen en protocolo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 4. INDICADOR INICIAL

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de objetivos personales que cumple cada niña o niño al inicio del programa  
Denominador .....: N° de objetivos totales (son 14 objetivos)  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

#### 5. INDICADOR FINAL

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de objetivos personales que cumple cada niña o niño al final del programa  
Denominador .....: N° de objetivos totales (son 14 objetivos)  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#810

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL USO DE HCE EN EL AREA DE CEX DE LOS HOSPITALES DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#810 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:

ALDAMIZ-ECHEVARRIA IRAURGUI JOSE MANUEL

Título

IMPLEMENTACION DEL USO DE HCE EN EL AREA DE CEX DE LOS HOSPITALES DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Colaboradores/as:

ACIN CANFRANC LORENZO  
BLANZACO CONSTANTE FRANCISCA  
CALLAU PUENTE JOSE JAVIER  
CLAVIER RODRIGUEZ SOLEDAD  
PABLO JULVEZ SILVIA JUANA  
SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE  
SOLANO CHIA QUINTIN

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: ADMISION

Ubicación/es secundaria/s

HUESCA\*HOSPITAL DE JACA\*ADMISION\*HOSP (Hospitalización)  
HUESCA\*HOSPITAL DE JACA\*DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO\*HOSP (Hospitalización)  
HUESCA\*HOSPITAL DE SAN JORGE\*DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO

El uso de la Historia Clínica Electrónica (HCE) permite la accesibilidad completa, de cualquier profesional sanitario, desde cualquier punto del SALUD, por lo que en la actualidad y gracias a los medios tecnológicos con los que contamos, se impone, por seguridad clínica para los pacientes, porque mejora la calidad en la asistencia sanitaria y por eficiencia en la gestión de los recursos humanos y materiales del Sistema Sanitario.

Actualmente, ya se utiliza la Historia Clínica Electrónica (HCE) de forma bastante normalizada, en las distintas Unidades de Hospitalización tanto por el profesional médico como por el de enfermería. Sin embargo, en Consultas externas aún se percibe cierta resistencia a su utilización por parte de algunos facultativos/personal de enfermería, lo que dificulta la integración de toda la documentación de los pacientes en formato digital y por ende la implementación total de la documentación clínica en formato electrónico.

Con el proyecto de mejora, se pretende sustituir progresivamente el uso de la HC en papel por el uso de la HCE en el área de CEX de los hospitales San Jorge, Sagrado Corazón de Jesús y Jaca de forma progresiva pero rápida, dejando la utilización del papel para situaciones excepcionales y que de momento no se puedan realizar de forma digital.

El objetivo es dejar de servir progresivamente (a lo largo del año 2022) las HHCC en papel a las CEX y que los pacientes tengan disponible en la HCE toda la documentación clínica necesaria para su asistencia completa desde cualquier punto sanitario del SALUD.

ÁREAS DE MEJORA

Permitir la disponibilidad de la información clínica en tiempo real desde cualquier dispositivo asistencial del SALUD.

Mejora la seguridad del paciente, se facilita la decisión clínica y disminuye la variabilidad.

ANALISIS DE CAUSAS

La historia en papel no se puede compartir y su disponibilidad esta vinculada a su posición. Nuestro sector dispone de al menos cuatro centros de especializada y 14 dispositivos de Atención Primaria, la utilización generalizada del formato digital permitirá superar esas barreras.

Una dificultad real tiene que ver con la brecha digital del personal sanitario y no sanitario. Eso produce una importante resistencia al cambio.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la continuidad asistencial de los pacientes a través de la accesibilidad a la información clínica en HCE

- Sustituir la HCE en papel por la electrónica en CEX de HUSJ, HSCJ y HJaca.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formar en el manejo de la HCE a todas aquellas personas que lo necesiten para asegurar su correcta

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#810

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL USO DE HCE EN EL AREA DE CEX DE LOS HOSPITALES DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

integración en el proyecto.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Silvia Pablo, José Manuel Aldámiz

2. Reformular procesos de gestión de citas y de preparación de CEX, conjuntamente personal sanitario, (medicina y enfermería), admisión e informática

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 06/06/2022

Responsable.: María José Santolaria, Lorenzo Acin, José Manuel Aldámiz

3. Reformulación de tareas del área de Documentación y Archivo de Documentación clínica

Fecha inicio: 23/05/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Quintin Solano, José Manuel Aldámiz, Javier Callau

4. Evaluación de situaciones de riesgo por desinformación, establecer servicios con prorrogas temporales para no comprometer la continuidad asistencial

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Quintin Solano, José M Aldámiz, Javier Callau

5. Dejar de servir por parte del archivo de los hospitales las HHCC en papel de manera secuencial Hospitales de Huesca capital

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Quintin Solano, Lorenzo Acín, María José Santolaria, José M. Aldámiz, Javier Callau

6. Dejar de servir por parte del archivo de los hospitales las HHCC en papel de manera secuencial Hospital de Jaca

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Francisca Blanzaco, Javier Callau, Quintin Solano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Coordinarse con la Dirección General de Transformación Digital, Calidad y Atención al Usuario con el fin de incorporar nuevas funcionalidades de HCE y permitir ampliar el alcance del proyecto.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicador de sustitución Historia Clínica Electrónica en CEX / historia clínica en papel HUSJ

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Dossier de Historia Clínica prestado en CEX por unidad, agenda y día

Denominador .....: Numero de pacientes citados por unidad, agenda y día

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: 10

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. Indicador de sustitución Historia Clínica Electrónica en CEX / historia clínica en papel HSCM

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Dossier de Historia Clínica prestado en CEX por unidad, agenda y día

Denominador .....: Numero de pacientes citados por unidad, agenda y día

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: 10

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Indicador de sustitución Historia Clínica Electrónica en CEX / historia clínica en pape

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Dossier de Historia Clínica prestado en CEX por unidad, agenda y día

Denominador .....: Numero de pacientes citados por unidad, agenda y día

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: 10

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#810

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL USO DE HCE EN EL AREA DE CEX DE LOS HOSPITALES DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

4. % de documentos escaneados tras atención y subidos a episodios de HCE, por día de actividad centro  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Numero de documentos escaneados y subidos  
Denominador .....: Numero de pacientes atendidos por centro  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: 15  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Los indicadores serán por centro de forma agregada, pero se dispondrá de información para el seguimiento por Unidad Clínica.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todos los procesos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#829

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION EN LA ASIGNACION DE CAMAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#829 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CALLAU PUENTE JOSE JAVIER

Título  
OPTIMIZACION EN LA ASIGNACION DE CAMAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Colaboradores/as:  
ABADIAS PINOS ANA CARMEN  
CUARTERO CASIN CRISTINA  
GONZALEZ NOTIVOL ALICIA  
LAGLERA BAILO LORENA  
LEDO BLASCO PATRICIA  
MONTERO ALONSO GEMMA  
NIVELA DURAND MARIA SOLEDAD

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: ADMISION

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Hospital San Jorge de Huesca es un Hospital de categoría 2 que cuenta con 6 plantas de hospitalización, que han ido sufriendo modificaciones a lo largo de los últimos años para atender a las nuevas y crecientes necesidades asistenciales de los distintos servicios del hospital y que debe adaptarse a las nuevas necesidades de demanda asistencial de camas en estos servicios para mejorar la eficiencia de asignación y distribución de los recursos tanto humanos como materiales que se requirieron.

#### ÁREAS DE MEJORA

Analizar la situación actual para reorganizar la asignación de camas, y poder:  
- Equilibrar las cargas asistenciales por planta y Unidad de Enfermería.  
- Adecuar el número de camas a cada Unidad Clínica según el histórico de su porcentaje de ocupación para ajustar la dotación a las necesidades actuales del Hospital.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Las modificaciones estructurales realizadas en los últimos años (creación de una unidad de ictus, la creación de la zona de endoscopias), junto con la variación de las cargas asistenciales por servicio y unidad de enfermería debidas a los cambios en la gestión clínica de los diferentes procesos asistenciales, obliga a una reestructuración en la distribución de las camas a los distintos servicios asistenciales y un reequilibrio en las unidades de enfermería.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general:  
- Garantizar una eficiente organización de las camas de hospitalización  
Objetivos específicos:  
- Asignar las camas a cada Servicio teniendo en cuenta su histórico de ocupación  
- Agrupar los servicios en plantas atendiendo a su afinidad asistencial  
- Tratar de evitar, en la medida de lo posible, distribución de camas de un mismo servicio en diferentes ubicaciones (ectópicos)  
- Equilibrar la carga asistencial de enfermería por plantas de hospitalización.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Análisis histórico de la situación: datos de porcentaje de ocupación por servicio, porcentaje de pacientes ectópicos por servicio, porcentaje de ocupación por unidad de enfermería

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final: 31/03/2022

Responsable.: Javier Callau y Gemma Montero

2. Propuesta a la Dirección de reorganización de los servicios

Fecha inicio: 04/04/2022

Fecha final: 22/04/2022

Responsable.: Javier Callau

3. Difusión a los servicios médicos y unidades de enfermería de la propuesta aceptada por la dirección.

Fecha inicio: 02/05/2022

Fecha final: 31/05/2022

Responsable.: Cristina Cuartero, Alicia Notivol, Patricia Ledo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#829

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION EN LA ASIGNACION DE CAMAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

4. Implementación en el HIS de las decisiones adoptadas.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Soledad Nivelá y Ana Carmen Abadías

5. Monitorización de resultados

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Javier Callau y Gemma Montero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

A la hora de la redistribución se tendrán en cuenta la ocupación de los servicios, las cargas asistenciales de enfermería y la afinidad de las patologías de los pacientes.

También se valorarán la proximidad de la ubicación de las distintas unidades tecnológicas o laboratorios diagnósticos (unidad de endoscopia, unidad de ictus, unidad de pediatría-nidos en el caso de la obstetricia...), para favorecer el trabajo asistencial de los distintos profesionales.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de plantas que se han reestructurado en HIS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de plantas reestructuradas

Denominador .....: Nº de plantas totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Número de camas que se han reestructurado en HIS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de camas reestructuradas

Denominador .....: Nº de camas totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Ocupación por Unidad de Enfermería

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº camas ocupadas por Unidad de enfermería

Denominador .....: Nº camas disponibles por Unidad de enfermería

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Ocupación por Unidades Clínicas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº camas ocupadas por Unidad Clínica

Denominador .....: Nº camas disponibles por Unidad Clínica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Número de pacientes ectópicos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes ectópicos tras la reorganización

Denominador .....: Nº pacientes totales ingresados tras la reorganización

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#829

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION EN LA ASIGNACION DE CAMAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todas las patologías ingresadas en el hospital

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#448

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LA CARTERA DEL SERVICIO DE ANALISIS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA: INCLUSION DE LA ESTABILIDAD DE TODOS LOS PARAMETROS. ASEGURAMIENTO DE LA FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS ANALÍTICOS

Fecha de entrada: 02/07/2022

Nº de registro: 2022#448 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LASIERRA MONCLUS ANA BELEN

Título  
ACTUALIZACION DE LA CARTERA DEL SERVICIO DE ANALISIS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA: INCLUSION DE LA ESTABILIDAD DE TODOS LOS PARAMETROS. ASEGURAMIENTO DE LA FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS ANALÍTICOS

Colaboradores/as:  
CARAZO GARCIA ALICIA  
FERRER GIMENEZ MARGARITA  
LLIMIÑANA ORDAS MARIA CARMEN  
LOPE ANDREU LAURA  
MEDINA GIMENO RUT EMILIA  
PUZO FONCILLAS JOSE  
VALLES DIEZ IÑAKI

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: ANALISIS CLÍNICOS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Servicio de Análisis y Bioquímica Clínica del Hospital Universitario San Jorge de Huesca está acreditado por ENAC según la norma UNE-EN ISO 15189 desde 2009. Anualmente se revisa y actualiza la cartera de Servicios dentro de nuestro sistema de gestión de la calidad y se cuelga en la intranet del Hospital para que pueda ser visualizada por todos los clínicos solicitantes. Diariamente, este Servicio recibe llamadas para ampliar pruebas en analíticas ya extraídas en días anteriores (tanto de Urgencias, hospitalizados como Atención Primaria) y en muchas ocasiones no es posible realizar dicha ampliación debido a la estabilidad del parámetro en la muestra biológica. Esta información es desconocida por parte de los clínicos y algunas veces, también por el propio personal TEL del Servicio. Por tanto, surge la necesidad de incluir esta información en la Cartera de Servicios para que todo el personal pueda consultarla y ampliar sólo aquellos parámetros que sean estables en la muestra, en función del tiempo que ha transcurrido entre la extracción y la fecha en que se solicita dicha ampliación.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se solicita la ampliación de parámetros en muestras extraídas en fechas anteriores, que por su estabilidad no procede realizarlos. En algunas ocasiones, por desconocimiento, estos parámetros son realizados fuera de su tiempo de estabilidad por lo que dichos resultados pueden no ser reales y dar lugar a una falsa interpretación de los mismos. Pudiendo ocurrir un error diagnóstico que demore el tratamiento o incluso un falso diagnóstico, lo cual disminuye la calidad de la atención y aumenta los gastos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El facultativo clínico desconoce la estabilidad de los parámetros que solicita ampliar. El personal TEL puede conocer o no dicha información. En cuyo caso consulta con el FEA responsable lo que puede llevar un retraso en el tiempo de repuesta de los resultados. O bien, si se ha ampliado dicho parámetro sin haber consultado previamente, dar una información errónea que conduzca a una falsa interpretación por parte del facultativo clínico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Resultados que se espera conseguir:

- Reducir el número de solicitudes de ampliación de parámetros, que no son estables en el día de solicitud de la ampliación, por parte de los clínicos solicitantes.
- Una vez recibida la solicitud, que el personal técnico del laboratorio sepa si procede o no la ampliación de dicho parámetro.
- Reducir el número de consultas a los FEAs sobre estabilidad de parámetros.
- Que todo el personal del Servicio sepa dónde consultar dicha información.

Pacientes o población diana sobre los que se va a actuar: pacientes de Urgencias, hospitalizados y de atención primaria. Incluyen la mayoría de la población atendida en nuestro Servicio.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión de la estabilidad de cada uno de los parámetros de la Cartera del Servicio de Análisis y Bioquímica Clínica del Hospital Universitario San Jorge de Huesca

Fecha inicio: 21/03/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: CLO, MFG, IVD, ABLM, ACG

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#448

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LA CARTERA DEL SERVICIO DE ANALISIS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA: INCLUSION DE LA ESTABILIDAD DE TODOS LOS PARAMETROS. ASEGURAMIENTO DE LA FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS ANALÍTICOS

2. Creación de un nuevo formato de Cartera de Servicio que incluya la estabilidad e inclusión de todos los datos en el mismo

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 03/10/2022

Responsable.: ABLM, ACG

3. Sesiones de formación al personal técnico sobre la importancia de la fase preanalítica en la interpretación de los resultados (tiempo de conservación de la muestra y estabilidad en el tiempo)

Fecha inicio: 19/10/2022

Fecha final.: 19/10/2022

Responsable.: ABLM, ACG

4. Publicación en la intranet del Hospital de la nueva Cartera de Servicios, incluyendo la estabilidad de parámetros. Comunicación a los clínicos solicitantes

Fecha inicio: 20/10/2022

Fecha final.: 20/10/2022

Responsable.: ABLM, JPF

5. Recoger el número de llamadas para ampliación de pruebas, número de añadidas y número de rechazadas (pre-acciones)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: RMG, LLA, ACG

6. Recoger el número de llamadas para ampliación de pruebas, número de añadidas y número de rechazadas (post-acciones)

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: RMG, LLA, ACG

7. Tratamiento de los datos recogidos, cálculo de indicadores y exposición de resultados

Fecha inicio: 1/12/2022

Fecha final.:

Responsable.: ABLM, ACG

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de parámetros con su estabilidad en la cartera de Servicios

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de parámetros con su estabilidad en la cartera de Servicios

Denominador .....: Nº de parámetros totales en la cartera de Servicios

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cartera de Servicio actualizada

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Reducción en el número de llamadas para ampliar parámetros fuera de su estabilidad

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de llamadas para ampliar parámetros fuera de su estabilidad (post-acciones) - Nº de llamadas para ampliar parámetros fuera de su estabilidad (pre-acciones)

Denominador .....: Nº de llamadas para ampliar parámetros fuera de su estabilidad (pre-acciones)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos registrados durante los meses de septiembre y noviembre

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

3. Reducción en el número de pruebas ampliadas fuera de su estabilidad

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pruebas ampliadas fuera de su estabilidad (post-acciones) - Nº de pruebas ampliadas fuera de su estabilidad (pre-acciones)

Denominador .....: Nº de pruebas ampliadas fuera de su estabilidad (pre-acciones)

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#448

### 1. TÍTULO

**ACTUALIZACION DE LA CARTERA DEL SERVICIO DE ANALISIS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA: INCLUSION DE LA ESTABILIDAD DE TODOS LOS PARAMETROS. ASEGURAMIENTO DE LA FIABILIDAD DE LOS RESULTADOS ANALÍTICOS**

Fuentes de datos.: Datos registrados durante los meses de septiembre y noviembre

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todo tipo de patologías

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#256

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL USO DE FORMALDEHIDO EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#256 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESA

Título  
MEJORA EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL USO DE FORMALDEHIDO EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Colaboradores/as:  
BERNAL MAÑAS CARMEN MARIA  
CASADO GONZALEZ MARIA PILAR  
ESCRIBANO ZORNOZA ISRAEL  
GARASA PONZ MARIA LOURDES  
IGLESIA RODRIGUEZ JUAN CARLOS  
MODREGO COMA ELENA  
MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: ANATOMÍA PATOLÓGICA

Ubicación/es secundaria/s  
HUESCA\*HOSPITAL DE SAN JORGE\*PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El formaldehído es un agente químico ampliamente utilizado en el sector sanitario, para el fijado y conservación de las muestras biológicas cuyo destino final es su estudio en los servicios de Anatomía Patológica. Pero no sólo se puede asociar la exposición a formaldehído en Anatomía Patológica, ya que este agente está presente en todos los puntos de obtención de muestras biológicas, tales como consultas, área quirúrgica, paritorios, endoscopias, etc. dada la necesidad de comenzar la fijación de los tejidos lo antes posible, puesto que desde el punto de vista organizativo suele ser complicado el envío inmediato de las muestras en fresco al servicio de anatomía patológica.

En enero de 2016 entró en vigor la nueva clasificación del formaldehído, pasando a ser considerado como un agente cancerígeno de categoría 1B y mutágeno de categoría 2.

Desde entonces se están incrementando los esfuerzos para controlar la exposición a este agente químico dentro de los servicios de Anatomía Patológica.

En la revisión periódica de los puestos de trabajo de Anatomía Patológica, se observó niveles de 4 ppm de formaldehído, que aun estando en los límites aceptables de exposición, consideramos que podemos conseguir niveles inferiores de exposición.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Control programado de los niveles en aire de formaldehído en la zona de tallado del servicio de Anatomía Patológica (mínimo 3 al año y si hay alteraciones mínimo 6).
- Realización de un protocolo de actuación ante derrames de formaldehído.
- Identificar todos los productos que contienen formaldehído en el servicio de Anatomía Patológica.
- Manipulación y eliminación de los residuos de formaldehído.
- Conocer el Plan de emergencia de autoprotección del centro específico, del servicio de Anatomía Patológica.
- Creación de un decálogo de buenas prácticas en la manipulación de muestras y productos que contienen formaldehído.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Desviación durante una revisión del nivel adecuado de formaldehído en aire, en el servicio de Anatomía Patológica.
- No hay en el servicio un protocolo de actuación ante derrames de formaldehído.
- No están identificadas todas las posibles fuentes de emanación de vapores de formaldehído y si estos se manipulan en un sistema cerrado o no, para aplicar las medidas preventivas necesarias en su uso.
- La gestión de desecho de los residuos que contienen formaldehído, se puede mejorar.
- Desconocimiento del plan de emergencia de autoprotección del centro, en el servicio de Anatomía Patológica.
- Se han observado deficiencias y falta de unanimidad en la manipulación de las muestras y productos que contienen formaldehído

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Exposición al formaldehído en aire al terminar el proyecto en niveles de 0-0,1 ppm.
- Formación al personal del servicio de Anatomía Patológica, y adquisición de los conocimientos necesarios, sobre la correcta manipulación de los desechos y la eliminación de los residuos generados, que contienen formaldehído.
- Formación al personal del servicio de Anatomía Patológica y adquisición de los conocimientos necesarios,

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#256

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL USO DE FORMALDEHIDO EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

ante un derramamiento de formaldehído.

-Adquisición de recursos materiales necesarios ante derrames de formaldehído.

-Conocimiento y puesta en práctica del decálogo de buenas prácticas relacionado con el manejo de las muestras y productos que contienen formaldehído por parte del personal de Anatomía Patológica.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de un decálogo de buenas prácticas del manejo de muestras y productos que contiene formaldehído.

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final: 08/08/2022

Responsable.: Vanesa Rodríguez Campodarve

2. Reunión/es con el personal del servicio de Anatomía Patológica, para explicar el decálogo de buenas prácticas.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final: 30/06/2024

Responsable.: Mº Lourdes Garasa Ponz

3. Mediciones de formaldehído en aire.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final: 30/06/2024

Responsable.: Juan Carlos Iglesia Rodríguez

4. Taller/es formativos sobre manipulación y eliminación de los residuos de formaldehído.

Fecha inicio: 24/10/2022

Fecha final: 30/06/2024

Responsable.: Gorka Muñiz Unamunzaga

5. Creación de un protocolo de actuación ante un derramamiento de formaldehído.

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Israel Escribano Zornoza

6. Taller/es formativos sobre la actuación ante un derramamiento de formaldehído

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final: 30/06/2024

Responsable.: Carmen María Bernal Mañas

7. Rol playing ante un derramamiento de formaldehído.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final: .

Responsable.: Elena Modrego Coma y María Pilar Casado González

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Evaluación mediante test del decálogo de buenas prácticas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº personas que aciertan mín 70% de las preguntas

Denominador .....: Nº Total de personas que realizan el test

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionario

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. Reunión en la que se explica el decálogo de buenas prácticas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Asistentes a la reunión

Denominador .....: Nº Total del personal de Anatomía Patológica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Decálogo

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

3. Mediciones de formaldehído entre 0-0.1ppm

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#256

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL USO DE FORMALDEHIDO EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de mediciones entre 0-0.1ppm  
Denominador .....: N° total de mediciones realizadas.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Mediciones formaldehido  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

#### 4. Asistencia del personal Anatomía Patológica al taller de manipulación y eliminación de residuos

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de asistentes al taller de manipulación y eliminación de residuos  
Denominador .....: N° Total del personal de Anatomía Patológica  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: taller de manipulación y eliminación de residuos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 5. Rol playing (puesta en práctica/simulación) ante un derramamiento de formaldehido

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° Total de personal que realizan la simulación de forma correcta  
Denominador .....: N° Total de personas que recibieron formación ante derramamientos de formaldehido.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Simulación ante un derramamiento de formaldehido  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 6. Evaluación mediante test de la manipulación y eliminación de los residuos de formaldehido

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de personas que contestan el 70% de forma correcta el test  
Denominador .....: N° Total del personal de AP.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Test de manipulación y eliminación de los residuos de formaldehido  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Prevención de Riesgos Laborales

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#313

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO Y ORDEN DE LOS CARROS DE MEDICACION DEL BLOQUE QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA DE SEGURIDAD

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#313 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CALLAU CALVO AURORA

Título  
ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO Y ORDEN DE LOS CARROS DE MEDICACION DEL BLOQUE QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA DE SEGURIDAD

Colaboradores/as:  
BADEL RUBIO MARIA DEL PUEYO  
GREGORIO MAYORAL ESTHER  
LAVIÑA LARDIES SONIA  
OLIVAN LAFUENTE BLANCA  
SOLER ALLUE CARLOS  
VALLES PUNTES MARIA OLGA  
ZAMORA ALVAREZ MARIA LUISA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia (SENSAR) y el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) elaboraron ya en 2011 unas recomendaciones para el etiquetado de los medicamentos inyectables que se administran en anestesia donde se estandarizaba el etiquetado e identificación de envases y jeringas para reducir el riesgo de que se produzcan errores de medicación. Siguiendo esta línea ya implantada en nuestra área quirúrgica vemos fundamental la estandarización del orden de los carros donde esta medicación es almacenada. Los errores relacionados con la medicación constituyen un grave problema sanitario, con importantes repercusiones asistenciales y económicas. Por todo ello, queremos promover el desarrollo e implantación de prácticas efectivas dirigidas a reducir los errores de medicación y mejorar la seguridad de los pacientes. Los quirófanos son lugares donde en ocasiones la rapidez de respuesta es pieza clave en el éxito de nuestras actuaciones. Para disminuir al máximo los posibles errores de administración de fármacos y para capacitar a cualquier personal a responder de forma correcta ante cualquier situación en los distintos quirófanos del bloque de forma eficiente vemos imprescindible unificar una distribución de todo el material y medicación que en ellos se almacena.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Evitar eventos adversos de seguridad del paciente por errores en la administración de fármacos en quirófano.
- Se producen interrupciones y/o enlentecimientos en el proceso quirúrgico buscando material o medicación que se le solicita, lo que es especialmente importante en situaciones críticas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- En cada quirófano el contenido y orden del carro de paros es distinto y el personal de anestesia no tiene un quirófano fijo asignado.
- En cada quirófano el contenido y orden del carro de paros es distinto y hay personal del bloque quirúrgico que no tiene un quirófano fijo asignado.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivo Principal:

- Minimizar eventos adversos de seguridad del paciente en bloque quirúrgico relacionados con la medicación que se administra al paciente en la intervención.

##### Objetivos específicos:

- Estandarizar orden y contenido de todos los carros de paros del bloque quirúrgico.
- Establecer un protocolo unificado del contenido y orden de los carros de medicación del área quirúrgica que simplifique su uso diario y disminuya errores de administración de fármacos
- Facilitar el uso de los carros de medicación por parte de todo el personal de quirófano
- Facilitar la identificación de medicación próxima a caducar
- Aumentar la rapidez de respuesta ante situaciones críticas

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Elaboración de listado actualizado y consensado de la medicación y material que debe contener cada carro.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Sonia Laviña, Olga Vallés

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#313

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO Y ORDEN DE LOS CARROS DE MEDICACION DEL BLOQUE QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA DE SEGURIDAD

3. Elaboración de cuadro donde se refleje la distribución dirigido a todo el personal.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 14/11/2022

Responsable.: Blanca Oliván

4. Encuesta de satisfacción al personal del quirófano para posibles cambios.

Fecha inicio: 15/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: María Badel

5. Recogida de datos para realizar la evaluación del proyecto posibles errores de administración, cantidad de medicación caducada, falta de medicación/material que cualquier profesional detecte.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Maria Luisa Zamora, Carlos Soler, Esther Gregorio

6. Evaluación de resultados

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Todo el grupo

7. Evaluación de resultados

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.:

Responsable.: Todo el grupo

1. Reuniones con los miembros del grupo multidisciplinar para valorar la medicación y material a incluir y unificarlos en un mismo protocolo

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Aurora Callau

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de carros de medicación que se logran unificar respecto al total del bloque quirúrgico.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de carros unificados

Denominador .....: Número total de carros

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro datos por grupo de mejora

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. Eventos adversos en quirófano por errores de medicación analizados, con áreas de mejora identificadas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de eventos analizados

Denominador .....: Número de eventos adversos ocurridos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: SINASP

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de profesionales satisfechos o muy satisfechos con la nueva disposición

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de profesionales satisfechos o muy satisfechos

Denominador .....: Número de profesionales a los que se administra la encuesta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#313

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO Y ORDEN DE LOS CARROS DE MEDICACION DEL BLOQUE QUIRURGICO COMO HERRAMIENTA DE SEGURIDAD

4. % de profesionales satisfechos o muy satisfechos con la nueva disposición  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de profesionales satisfechos o muy satisfechos  
Denominador .....: Número de profesionales a los que se administra la encuesta  
 $x(1-100-1000)$  ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología quirúrgica

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#575

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN FORMULARIO DE EVALUACION ANESTESICA PREOPERATORIA DEL PACIENTE PARA INCORPORACION EN LA HCE

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#575 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FERNANDEZ GIL MARTA

Título  
ELABORACION DE UN FORMULARIO DE EVALUACION ANESTESICA PREOPERATORIA DEL PACIENTE PARA INCORPORACION EN LA HCE

Colaboradores/as:  
ALCOLEA BETES BEATRIZ ISABEL  
CARRION PAREJA JUAN CARLOS  
GALLEGO ESTRADA FERNANDO  
OLIVAN LAFUENTE BLANCA  
PELIGERO DEZA JAVIER  
SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE  
SIMON RIVERO BEATRIZ

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Ubicación/es secundaria/s  
HUESCA\*HOSPITAL DE SAN JORGE\*INFORMÁTICA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el contexto actual de transición de la documentación clínica del paciente en formato papel al formato digital, surge la necesidad de registrar la información médica de la evaluación preoperatoria con las herramientas actuales que brinda la Historia Clínica Electrónica (HCE)

#### ÁREAS DE MEJORA

-Registro actual de la evaluación anestésica preoperatoria en formato papel  
-Pérdida de información en la HCE en relación a las consideraciones anestésicas a tener en cuenta en el proceso quirúrgico del paciente

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Inexistencia de un formulario electrónico para la introducción de datos de la evaluación preoperatoria  
- Coexistencia actual del formato en papel, donde se escribe información que no se transcribe a la HCE.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Desarrollo de un formulario de escritura para ser visualizado en la HCE donde quede reflejada toda la información clínica del paciente en relación con la evaluación preoperatoria y consideraciones anestésicas del proceso quirúrgico  
-Digitalización en la HCE de la evaluación preoperatoria y consideraciones anestésicas del acto quirúrgico en los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente en el hospital de San Jorge

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1. Búsqueda de información bibliográfica en relación a los datos de registro de la evaluación anestésica preoperatoria del paciente quirúrgico  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Javier Peligero

2. 2. Intercomunicación con otros servicios de Anestesiología que hayan realizado o vayan a realizar digitalización de la evaluación anestésica preoperatoria  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Juan Carlos Carrión

3. 3. Desarrollo del formulario de evaluación anestésica preoperatoria consensuado con el personal del servicio de anestesiología  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Marta Fernández

4. 4. Formación en el uso de las herramientas de la HCE en relación con el empleo del formulario de evaluación anestésica preoperatoria  
Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 16/02/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#575

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN FORMULARIO DE EVALUACION ANESTESICA PREOPERATORIA DEL PACIENTE PARA INCORPORACION EN LA HCE

Responsable.: Beatriz Simón

5. 5. Recogida de datos de los registros de información en la HCE  
Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Beatriz Alcolea

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de personal del servicio de anestesiología que registra la evaluación preoperatoria en la HCE  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: número de personas del servicio de anestesiología que registra la evaluación preoperatoria en la HCE  
Denominador .....: total de personas del servicio de anestesiología  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio de Anestesiología HUSJ  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. % de pacientes quirúrgicos en los que se haya registrado la evaluación preoperatoria en HCE  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº de pacientes quirúrgicos en los que se haya registrado la evaluación preoperatoria en HCE  
Denominador .....: Total de pacientes quirúrgicos intervenidos bajo anestesia  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Toda la patología subsidiaria de intervención quirúrgica

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1124

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA. IMPLEMENTACION DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1124 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BADEL RUBIO MARIA DEL PUEYO

Título  
CREACION DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA.  
IMPLEMENTACION DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE

Colaboradores/as:  
CALLAU CALVO AURORA  
FERNANDEZ GIL MARTA  
MOLINA TRESACO PAOLA  
PELIGERO DEZA JAVIER  
SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE  
VERA BELLA JORGE  
VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El HUSJ lleva a cabo cada año aproximadamente unas 560 atenciones al parto. En este proceso intervienen un grupo multidisciplinar de profesionales; especialistas en ginecología y obstetricia, anestesiólogos y matronas. La mayor parte de las embarazadas se decantan por experimentar el parto bajo una anestesia locorreional, en su mayoría una anestesia epidural.

A cada paciente se le ofrece, de forma comprensible, información detallada sobre la posibilidad de recibir esta técnica anestésica. Cuando el equipo de ginecología y obstetricia y matronas considera, el anestesiólogo entrevista a la embarazada y le explica las ventajas y riesgos de la anestesia epidural. El actual estándar para la analgesia epidural del parto consiste en una infusión continua a través del catéter epidural, de una combinación de anestésicos locales y opiáceos. Son numerosos los estudios y las guías de práctica clínica que demuestran que la analgesia epidural controlada por la paciente (PCA) es el método idóneo para el manejo del dolor en el parto ya que permite disminuir el consumo y las concentraciones de fármacos lo cual conlleva a un menor bloqueo motor que las técnicas de infusión estándar. Además, existe una mayor implicación por parte de la paciente en el control del dolor lo cual mejora la experiencia global del parto. Se plantea la creación de un protocolo para instaurar la implantación de la analgesia epidural del parto controlada por paciente en el Hospital Universitario San Jorge.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Disminuir el consumo y concentraciones de los fármacos para obtener menor bloqueo motor de las pacientes
- Conseguir una mayor implicación por parte de la paciente en el control del dolor del parto

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Actualmente no existe un protocolo de analgesia epidural del parto controlada por la paciente, por tanto, en la mayoría de los casos sólo se utiliza una infusión continua a través del catéter epidural

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivo Principal:

- Establecer un protocolo de analgesia epidural en el parto para unificar la actuación de los distintos miembros del servicio de anestesiología basándose en la implementación de la analgesia controlada por paciente.

##### Objetivos específicos:

- Hacer partícipes a las pacientes en el control de su propio dolor a medida que avanza el parto.
- Disminuir las dosis de anestésicos administrados a través del catéter epidural.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones con los facultativos del grupo multidisciplinar para unificar el protocolo de analgesia en el parto.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: María del pueyo Badel

2. Elaboración Manual explicativo del funcionamiento de la PCA dirigido a las pacientes.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/10/2022

Responsable.: Marta Fernández y Jorge Vera

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1124

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA. IMPLEMENTACION DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE

3. Elaboración Manual explicativo del funcionamiento de la PCA dirigido al personal que trabaja en el área de dilatación.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 14/11/2022

Responsable.: Enrique Sánchez, Javier Peligero y Enrique Villarroel

4. Control a la embarazada por parte del anestesista una vez colocado el catéter epidural con la bomba de PCA para comprobar funcionamiento y ver evolución. Registro en gráfica mediante escala visual a

Fecha inicio: 15/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Todo el grupo

5. Encuesta de satisfacción a las pacientes para ver grado de satisfacción y control del dolor.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Aurora Callau

6. Recogida de datos para realizar la evaluación del proyecto.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Paola Molina

7. Evaluación de resultados

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Todo el grupo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de bombas de PCA colocadas en un catéter epidural para el parto

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % bombas PCA

Denominador .....: % bombas analgesia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de datos por el grupo de mejora

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

2. % de mujeres embarazadas satisfechas con el funcionamiento de la bomba de PCA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: % de embarazadas satisfechas

Denominador .....: % de embarazadas encuestadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. % de mujeres embarazadas satisfechas con el control del dolor

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: % de embarazadas satisfechas

Denominador .....: % de embarazadas encuestadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Aparición de efectos adversos por la implantación del nuevo sistema

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de embarazadas a las que se administra PCA con efectos adversos

Denominador .....: N° total de embarazadas a las que se les administra PCA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: SINASP



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1124

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL DEL PARTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA. IMPLEMENTACION DE LA ANALGESIA CONTROLADA POR PACIENTE

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Control global del dolor durante las distintas fases del parto medido a través de EVA

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..: N° de embarazadas con buen control del dolor

Denominador ..: N° total de embarazadas con PCA

x(1-100-1000) ..: 100

Fuentes de datos.: Registro de datos por el grupo de mejora

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#398

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION DEL PACIENTE CARDIOPATA DURANTE SU INGRESO MEDIANTE VÍDEOS EDUCATIVOS EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#398 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARCEN MIRAVETE ANA

Título  
EDUCACION DEL PACIENTE CARDIOPATA DURANTE SU INGRESO MEDIANTE VÍDEOS EDUCATIVOS EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACION

Colaboradores/as:  
ALBAR VIVED INMACULADA  
ALINS RAMI IGNACIO  
ARTERO BELLO M. PILAR  
CAÑARDO YEBRA ALMUDENA  
GRACIA AZNAREZ MARIA IGUACEL  
PONTAQUE ABADIAS LAURA MARIA  
RIVERO FERNANDEZ ELENA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una parte fundamental del tratamiento del paciente cardiopata es la realización de una adecuada educación que incluya el conocimiento de su enfermedad, del tratamiento que se va a iniciar y del cambio en sus hábitos de vida (alimentación, cese de consumo de tóxicos y realización de actividad física). Debido a la falta de tiempo de los profesionales, en muchas ocasiones, no se invierte el necesario tiempo en la realización de esta educación, ocasionando el mal conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes y la falta de cumplimiento de estas medidas tan importantes para mantener la enfermedad lo más estable posible. Aprovechando que en nuestro hospital se han instalado unas nuevas televisiones con posibilidad de ver vídeos desde un portal externo, proponemos el poner a disposición de los pacientes cardiopatas ingresados la visualización de vídeos educativos de las diferentes patologías cardiológicas definidas (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, implante de marcapasos y fibrilación auricular), si no fuera posible, se intentaría poner a disposición de los pacientes estos vídeos por otros medios de imagen. Los vídeos a visualizar provendrán o bien de la Sociedad Española de Cardiología o serán elaborados por miembros del servicio de cardiología del Hospital San Jorge.

#### ÁREAS DE MEJORA

Con este proyecto pretendemos mejorar la educación de los pacientes cardiopatas en cuanto al conocimiento de su enfermedad.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La falta de tiempo de los profesionales hace que, en muchas ocasiones, no se invierta el necesario tiempo en la realización de esta educación, ocasionando el mal conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes y la falta de cumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas fundamentales en la prevención secundaria.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Mejorar el grado de conocimiento de la enfermedad cardíaca.
2. Mejorar el conocimiento de los fármacos prescritos para su enfermedad y la importancia de su cumplimiento.
3. Mejorar el grado de cumplimiento del tratamiento.
4. Mejorar el autocuidado (dieta, actividad física, cese de hábitos tóxicos: alcohol, tabaco,...).

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Disponer de vídeos educativos seleccionados que provendrán de la Sociedad Española de Cardiología o serán elaborados por miembros del servicio de Cardiología.

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: Ana Marcén Miravete

2. Realizar dípticos informativos para dar a conocer esta actividad.

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: Ana Marcén Miravete

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#398

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION DEL PACIENTE CARDIOPATA DURANTE SU INGRESO MEDIANTE VÍDEOS EDUCATIVOS EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACION

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Accesibilidad de los vídeos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de videos que pueden verse en las televisiones del Hospital

Denominador .....: número de vídeos realizados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: nuestra práctica clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Educación cardiológica integral

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de temáticas de vídeos realizados

Denominador .....: número de principales patologías cardiológicas definidas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: nuestra práctica clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Encuesta de evaluación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Respuestas favorables

Denominador .....: Total respuestas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: nuestra práctica clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#500

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE RESONANCIA MAGNETICA EN CONDICIONES DE SEGURIDAD EN PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS CON DISPOSITIVO COMPATIBLE

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#500 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RIVERO FERNANDEZ ELENA

Título  
REALIZACION DE RESONANCIA MAGNETICA EN CONDICIONES DE SEGURIDAD EN PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS CON DISPOSITIVO COMPATIBLE

Colaboradores/as:  
CASTAN SENAR ALBA  
CEBOLLERO BUISAN PAULA  
DOCAMPO MUÑOZ JOSE FRANCISCO  
MARCEN MIRAVETE ANA  
MARCOS MONDON SANDRA  
MARQUINA BARCOS ADOLFO MIGUEL  
MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Ubicación/es secundaria/s  
HUESCA\*HOSPITAL DE SAN JORGE\*RADIODIAGNOSTICO\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Hasta hace unos años los pacientes portadores de marcapasos (MP) no podían ser sometidos a una resonancia magnética (RMN) debido al riesgo de alteración del dispositivo. La RMN es la prueba de elección para la caracterización de tejidos blandos y se estima que hasta un 75% de los pacientes portadores de MP requerirán una a lo largo de la vida. Recientemente las nuevas generaciones de marcapasos incorporan algoritmos de protección que hacen posible la realización de esta prueba diagnóstica con seguridad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Realizar RMN en pacientes portadores de MP con dispositivo compatible para ello en condiciones de seguridad

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Riesgo de alteración del dispositivo durante la realización de RMN

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Poner en marcha un protocolo para realizar RMN en pacientes portadores de MP con dispositivo compatible para ello en condiciones de seguridad. Los servicios implicados en la realización de la prueba son Radiodiagnóstico y Cardiología, ofreciendo al resto de servicios médicoquirúrgicos del hospital la posibilidad de ofertar a sus pacientes la realización de una RMN siempre valorando el riesgo/beneficio puesto que no está exenta de complicaciones.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar un protocolo de actuación para realizar RMN a aquellos pacientes portadores de MP con dispositivo compatible par RMN.

Fecha inicio: 07/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Elena Rivero Fernández

2. Para realizar la RMN en pacientes portadores de MP es necesario programar previamente el dispositivo, y reprogramar el dispositivo al finalizar la misma

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Elena Rivero Fernández

3. Analizar las complicaciones/problemas encontrados durante la realización de la prueba y en el seguimiento.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Elena Rivero Fernández

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#500

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE RESONANCIA MAGNETICA EN CONDICIONES DE SEGURIDAD EN PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS CON DISPOSITIVO COMPATIBLE

##### 1. Porcentaje de Aplicación del protocolo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° pacientes con dispositivos cardiacos activos implantables a los que se aplica el protocolo previo al estudio de RMN

Denominador .....: N° pacientes con dispositivos cardiacos activos implantables a los que se realiza un estudio de RMN

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historias clínicas de los pacientes

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.80

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.80

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

##### 2. Porcentaje de RMN realizadas en pacientes portadores de MP

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° pacientes con dispositivos cardiacos activos implantables a los que se les realiza RMN

Denominador .....: N° pacientes con dispositivos cardiacos activos implantables a los que se les solicita un estudio de RMN

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historias clínicas de los pacientes

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.60

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.75

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

##### 3. Porcentaje de Complicaciones durante la realización del estudio RM

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° pacientes con dispositivos cardiacos activos implantables a los que se aplica el protocolo previo al estudio de RMN y presentan alguna complicación

Denominador .....: N° pacientes con dispositivos cardiacos activos implantables a los que se realiza un estudio de RM.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historias clínicas de los pacientes

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.30

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.20

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Cualquier patología que requiera una RMN para diagnóstico o planificación del tratamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1267

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1267 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GRACIA AZNAREZ MARIA IGUACEL

Título  
PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

Colaboradores/as:  
BARRADO JIMENEZ JENNIFER  
GAVIN LALAGUNA GISELA  
MARQUINA BARCOS ADOLFO MIGUEL

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La parada cardiaca intrahospitalaria es un problema importante de salud pública, con alta incidencia (5/1000 ingresos) y alta mortalidad (hasta 20%). La supervivencia y la calidad de vida posterior dependen directamente del tiempo de respuesta. En 2018 identificamos unos tiempos de respuesta prolongados, por encima de los valores de referencia, cuando se producía esta patología en nuestra planta de hospitalización. Observamos que se debía a una falta de entrenamiento y un elevado nivel de incertidumbre, que favorecía retrasos, errores en la realización de las técnicas y actuaciones sin un orden estandarizado. Mediante nuestro primer proyecto en relación con este campo de mejora ("RCP fitness, manteniendo un equipo en forma ante la PCR") conseguimos entrar dentro de los valores de referencia e iniciar la RCP básica antes de los 4 minutos y la avanzada antes de los 8 minutos, estandarizar los procesos y disminuir la incertidumbre del personal implicado. Sin embargo, al tratarse de una patología de presentación esporádica y ser atendida por personal con turnicidad y elevado recambio, detectamos la necesidad de realizar un entrenamiento periódico para poder mantener o incluso mejorar los objetivos alcanzados y realizar mejoras en la organización de la atención en la planta.

#### ÁREAS DE MEJORA

Tiempo de respuesta elevado a la PCR (parada cardiorrespiratoria) en planta de hospitalización.  
Errores en el proceso de atención a la parada cardiorrespiratoria

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de entrenamiento por ser un evento esporádico, teniendo en cuenta la turnicidad del personal asistencial.  
Elevado nivel de incertidumbre por el estrés debido a la gravedad de la patología, a la rapidez de respuesta necesaria y a la ausencia de un protocolo estandarizado

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Con este proyecto pretendemos mantener al equipo implicado en la respuesta a la parada cardiaca intrahospitalaria entrenado, actualizado e implicado en el proceso, para mejorar su confianza a la hora de actuar, para recordar los procedimientos estandarizados y proponer los puntos de mejora que se vayan detectando durante la práctica de los ejercicios

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Simulacro semestral en planta de hospitalización con muñeco simulador y el personal de turno que corresponde a la ubicación de la parada simulada

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final: 02/06/2023

Responsable.: Maria Gracia Aznarez

2. Análisis de la respuesta al simulacro mediante análisis de check list y grabación, con el personal que ha participado en el simulacro. Encuesta del nivel de estrés percibido

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final: 02/06/2023

Responsable.: Adolfo Marquina BARCOS

3. Sesiones formativas y talleres prácticos de RCP y maniobras de soporte vital, realizados en nuestra planta, propuestos por dos miembros del equipo, en formato de 45 minutos, 3 veces al año

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final: 02/06/2023

Responsable.: Maria Gracia Aznárez

4. Documento con la secuencia de actuación para cada estamento implicado

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final: 02/06/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1267

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

Responsable.: Adolfo MARquina Barcos

5. Teléfono único de atención a la parada cardiaca en nuestro centro

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 02/06/2023

Responsable.: Adolfo Marquina Barcos

6. Desarrollo de talleres prácticos de RCP y maniobras de soporte vital para el personal de otras plantas de hospitalización

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 02/06/2023

Responsable.: Gisela Gavin Lalaguna

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Ampliación de información: Pretendemos mantener el formato de entrenamiento semestral con simulacros sorpresa con muñeco simulador en la propia planta de hospitalización. El simulacro se realiza implicando al personal de planta, servicio responsable del paciente y UCI. Durante los simulacros un observador realiza la toma de tiempos, rellena la check list desarrollada en el proyecto inicial (RCP fitness) y la grabación de video. Posteriormente, en sesión conjunta, se hace el análisis del procedimiento.

En la check list se analiza, mediante 26 items, la identificación correcta de la situación de parada cardiaca (constantes vitales), la toma de tiempos (primer aviso, inicio maniobras básicas, llegada personal asistencial, inicio maniobras avanzadas), la monitorización del paciente, la realización correcta de resucitación básica, la desfibrilación adecuada y precoz, la realización correcta de RCP avanzada, la asunción de tareas específicas por cada miembro del equipo de resucitación, la disponibilidad del material necesario para la atención de la parada, la presencia de la Historia Clínica en la habitación del paciente, la existencia de orden expresa de no RCP o documento de voluntades anticipadas en la Historia Clínica y finalmente el éxito o fracaso en la recuperación de circulación espontánea.

Después de cada simulacro se lleva a cabo una puesta en común con el personal y una sesión formativa de puesta al día. Se realiza una encuesta para valorar el nivel de estrés percibido según una escala del 1 (nada de estrés) al 4 (mucho estrés).

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Tiempos de respuesta a la parada cardiaca intrahospitalaria. RCP básica y avanzada

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Tiempo medido

Denominador .....: Uno

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Medición directa

Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

2. Puntuación en check list

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Items correctos

Denominador .....: Total items

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Check list

Est.Mín.1ª Mem ..: 13.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 26.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 21.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 26.00

3. Sesión análisis de la respuesta al simulacro

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Sesiones realizadas

Denominador .....: Sesiones propuestas

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro actividad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. Sesiones formativas y talleres prácticos de RCP (3)

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Sesiones realizadas

Denominador .....: Sesiones propuestas

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro actividad



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1267

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.33  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.66  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

5. Talleres prácticos de RCP para otras plantas (1 ó 2)

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Numero talleres realizados

Denominador .....: Numero talleres propuestos

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro actividad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#216

### 1. TÍTULO

#### PASE DE PLANTA ESTRUCTURADO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA DEL HUSJ

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#216 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AYALA LOPEZ BEGOÑA

Título  
PASE DE PLANTA ESTRUCTURADO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA DEL HUSJ

Colaboradores/as:  
ALLUE CABAÑUZ MARTA  
GALVEZ RODRIGUEZ CRISTINA  
GOMEZ RUIZ PAOLA  
HERNAEZ ARZOZ ALBA  
LOPEZ BESCOS SUSANA  
PERELLO LLABRES DAMIA  
PONCHIETTI XX LUCA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Partimos de un pase de planta a los pacientes de Cirugía donde el facultativo y la enfermera revisan a pie de cama la historia y evolución de cada paciente. Se cree conveniente realizar un pase de planta más estructurado para revisar conjuntamente todos los apartados importantes en la evolución del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Atender todas las necesidades del paciente durante el ingreso y hacer una planificación de los cuidados al alta del mismo.

Mejorar la seguridad del paciente y optimizar recursos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Se observa la necesidad de que ambos profesionales pongan en común junto con el paciente los cuidados necesarios para dispensar unos cuidados de mayor calidad, optimizar el trabajo enfermero y la atención al paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Elaborar un registro de fácil y rápida cumplimentación, que permita obtener a los profesionales una información de calidad.
- Crear un registro que permita una recogida de datos objetiva. Con información clara y concisa, mejorando la seguridad del paciente, la eficacia y, en consecuencia, la calidad asistencial.
- Mejorar la comunicación entre facultativos y enfermería necesaria para aplicar una atención y unos cuidados de calidad en los pacientes de Cirugía General de la 3ª planta del HUSJ

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Encuestas previas a la realización del plan de mejora con las enfermeras de la unidad para detectar las deficiencias de información entre facultativos y enfermería.

Fecha inicio: 27/06/2022

Fecha final.: 08/07/2022

Responsable.: Paola Gómez Ruíz

2. - Encuestas previas a la realización del plan de mejora con los facultativos del servicio de Cirugía General para detectar las deficiencias de información entre facultativos y enfermería.

Fecha inicio: 27/06/2022

Fecha final.: 08/07/2022

Responsable.: Marta Allué Cabañuz

3. - Elaborar una hoja de registro de pase de planta estructurado con la información obtenida.

Fecha inicio: 11/07/2022

Fecha final.: 12/08/2022

Responsable.: Cristina Gálvez Rodríguez

4. - Formación a facultativos para la utilización de la nueva hoja de registro.

Fecha inicio: 15/08/2022

Fecha final.: 16/09/2022

Responsable.: Alba Hernáez Arzo

5. - Formación a enfermeras para la utilización de la nueva hoja de registro.

Fecha inicio: 15/08/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#216

### 1. TÍTULO

#### PASE DE PLANTA ESTRUCTURADO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA DEL HUSJ

Fecha final.: 16/09/2022

Responsable.: Susana López Bescós

6. - Poner en marcha la nueva hoja de registro.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 19/10/2022

Responsable.: Begoña Ayala López

7. - Reevaluación al mes, realizando la misma encuesta que la previa a la instauración del plan, para valorar si hay que hacer alguna modificación antes de la implementación.

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.:

Responsable.: Luca Ponchietti

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. - Porcentaje de pacientes de Cirugía a los que se les ha aplicado la hoja de registro.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº pacientes con hoja de registro de pase de planta estructurado.

Denominador .....: total de pacientes de Cirugía con ingreso > 1 día.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listado pacientes en GIS.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. - Porcentaje de personal involucrado asiste a las sesiones de formación.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: nº de personal que asiste a la formación.

Denominador .....: total de personal (facultativos de cirugía general y digestiva y enfermeras) en la 3ª planta del HUSJ.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listado del personal adscrito a la unidad.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. - Porcentaje de mejora en la comunicación del personal.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de encuestas con respuesta afirmativa en la mejora de la comunicación

Denominador .....: total de encuestas realizadas al personal (facultativos de cirugía general y digestiva y enfermeras) en la 3ª planta del HUSJ.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listado del personal adscrito a la unidad.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes de Cirugía General y Digestiva de > 1 día de ingreso hospitalario

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#495

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS CON PACIENTES INTERVENIDOS DE COLOPROCTOLOGIA PARA AUDITAR RESULTADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#495 \*\* Cáncer de Colón \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
COLSA GUTIERREZ PABLO

Título  
ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS CON PACIENTES INTERVENIDOS DE COLOPROCTOLOGIA PARA AUDITAR RESULTADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL SAN JORGE

Colaboradores/as:  
LARRAÑAGA ZABALETA MAITANE  
ALLUE CABAÑUZ MARTA  
GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON  
HERNAEZ ARZOZ ALBA  
LATORRE TOMEY RAUL  
MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO  
PERELLO LLABRES DAMIA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Línea estratégica: Cáncer de Colón

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Debido a factores de vulnerabilidad, como la edad, la comorbilidad y la aplicación de dispositivos externos, los pacientes quirúrgicos tienen un riesgo aumentado de sufrir eventos adversos. Esta multiplicidad de factores y la dificultad de su cuantificación hacen que la evaluación de resultados en los servicios quirúrgicos sea compleja. En nuestro programa la creación de una base de datos persigue evaluar los resultados de las intervenciones colorrectales mediante auditorías periódicas. Se trata de que los miembros del Servicio de Cirugía General lleven a cabo una evaluación sistemática de las características y calidad de la atención brindada comparándolas con la calidad estandarizada por las sociedades quirúrgicas internacionales, como instrumento de perfeccionamiento en busca de la excelencia.

#### ÁREAS DE MEJORA

Variabilidad de práctica clínica  
Conocimiento de resultados quirúrgicos

#### ANALISIS DE CAUSAS

Posibilidad de acreditación como Unidad de Coloproctología por parte de Sociedad Nacional de Coloproctología

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Tener un registro fiable y continuo de la actividad, que permita conocer los resultados y analizar su evolución temporal.  
Incentivar la mejora continua en la calidad de la atención prestada.  
Estimular la elaboración de guías clínicas y protocolos basados en la actual evidencia.

Optimizar el manejo de la documentación clínica.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Auditorías regulares de parámetros postoperatorios estandarizados por la Asociación Española de Coloproctología  
Fecha inicio: 01/01/2021  
Fecha final.: 01/01/2024  
Responsable.: Pablo Colsa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicador de infección de sitio quirúrgico para cáncer de recto y colon  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: nº infecciones de sitio quirúrgico

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#495

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS CON PACIENTES INTERVENIDOS DE COLOPROCTOLOGIA PARA AUDITAR RESULTADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL SAN JORGE

Denominador .....: nº total de pacientes intervenidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Estándar: < 25%  
Umbral:< 27%

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 27.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 27.00

2. Indicador de dehiscencia / fuga anastomótica  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº dehiscencias  
Denominador .....: nº total de pacientes intervenidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Estándar global: < 5%. (< 10% en cáncer de recto bajo)  
Umbral global: < 10%. (<15% en cáncer de recto bajo)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Indicador de mortalidad  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: fallecidos  
Denominador .....: nº total de pacientes intervenidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Estándar: < 7%  
Umbral: 10%  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

4. Reingresos  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Reingresos  
Denominador .....: nº total de pacientes intervenidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Estándar: < 5%  
Umbral: 10%  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

5. Indicador de evisceraciones  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Eviscerados  
Denominador .....: nº total de pacientes intervenidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Estándar: 3 %  
Umbral: 5 %  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

6. Estancia Hospitalaria  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº de días de ingreso  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Estándar < 7 días  
Umbral: < 11 días  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 11.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 11.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#495

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS CON PACIENTES INTERVENIDOS DE COLOPROCTOLOGIA PARA AUDITAR RESULTADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL SAN JORGE

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#780

### 1. TÍTULO

#### EXPLORACION PROCTOLOGICA ESTRUCTURADA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE (HUESCA) Y HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 23/07/2022

Nº de registro: 2022#780 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
PONCHIETTI XX LUCA

Título  
EXPLORACION PROCTOLOGICA ESTRUCTURADA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE (HUESCA) Y HOSPITAL DE JACA

Colaboradores/as:  
LARRAÑAGA ZABALETA MAITANE  
COLSA GUTIERREZ PABLO  
GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON  
MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO  
MORENO OLIVIERI ALBERTO ARTURO

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Ubicación/es secundaria/s  
HUESCA\*HOSPITAL DE JACA\*CONSULTAS EXTERNAS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Partimos de una exploración proctológica hecha por el facultativo en Consulta a los pacientes que acuden con patología proctológica y rectal. La exploración en este momento se hace de forma no estructurada con amplia variabilidad entre los facultativos. Se cree conveniente realizar una exploración estructurada para garantizar la calidad y poder revisar conjuntamente todos los hallazgos en sesiones clínicas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Atender todas las necesidades del paciente con patología proctológica para poder indicar el manejo más apropiado y comprobar la evolución.  
Mejorar la seguridad del paciente y optimizar recursos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Se observa la necesidad de garantizar una exploración rigurosa para dispensar unos cuidados de mayor calidad, optimizar el trabajo de los profesionales y la atención al paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Elaborar un registro de fácil y rápida cumplimentación, que permita a los profesionales recoger toda la información necesaria para una asistencia de calidad.
- Crear un registro que permita una recogida de datos objetiva. Con información clara y concisa, mejorando la seguridad del paciente, la eficacia y, en consecuencia, la calidad asistencial.
- Mejorar la comunicación entre los facultativos para aplicar una atención y unos cuidados de calidad en los pacientes de Cirugía General de la 3ª planta del HUSJ.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión previa a la realización del registro con los FEA de la unidad para determinar los ítems que recoger y las escalas clínicas que utilizar.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: Luca Ponchietti

2. Elaborar una hoja de exploración proctológica con la información obtenida.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 28/10/2022

Responsable.: Pablo Colsa Gutiérrez

3. Formación a los facultativos para la utilización de la nueva hoja de registro.

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final.: 11/11/2022

Responsable.: Luca Ponchietti

4. Poner en marcha la nueva hoja de registro.

Fecha inicio: 14/11/2022

Fecha final.: 12/12/2022

Responsable.: Maitane Larrañaga Zabaleta



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#780

### 1. TÍTULO

#### EXPLORACION PROCTOLOGICA ESTRUCTURADA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE (HUESCA) Y HOSPITAL DE JACA

5. Reevaluación al mes, para valorar si hay que hacer alguna modificación antes de la implementación.

Fecha inicio: 12/12/2022

Fecha final.: 20/12/2022

Responsable.: Alberto Moreno Olivieri

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje anual de pacientes de Cirugía a los que se les ha aplicado la hoja de exploración

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº pacientes con hoja de exploración estructurada

Denominador .....: total de pacientes con patología anorrectal que acuden a la consulta de cirugía anuales.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro pacientes atendidos en CCEE

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Porcentaje de personal involucrado (facultativos) asiste a las sesiones de formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de personal que asiste a la formación.

Denominador .....: total de personal (facultativos) del Servicio de Cirugía General y Apto. Digestivo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Palntilla

Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Mejoría en el proceso diagnostico terapéutico

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de pacientes con proceso diagnostico terapéutico correcto

Denominador .....: total de pacientes con patología anorrectal que acuden a la consulta de cirugía anuales.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Análisis mensual de todos los pacientes con patología colorrectal atendidos en CCEE

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1027

### 1. TÍTULO

#### CREACION DEL REGISTRO ELECTRONICO DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y PRIMARIA EN PACIENTE PORTADOR DE SONDA DE GASTROSTOMIA/YEYUNOSTOMIA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1027 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARZAL LOPEZ BLANCA

Título  
CREACION DEL REGISTRO ELECTRONICO DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y PRIMARIA EN PACIENTE PORTADOR DE SONDA DE GASTROSTOMIA/YEYUNOSTOMIA

Colaboradores/as:  
BETORE GLARIA MARIA ELENA  
DELGADO PUENTE MARTA  
ESCUDERO POYATO MARIA TERESA  
FERNANDEZ HERRANZ NOELIA  
LASIERRA BETRAN MARI CARMEN  
OLIVAN GUERRI LORENZO RAMON  
RIVAS CALVETE OLGA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS Y PRUEBAS ESPECIALES

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Mejorar la continuidad de cuidados de enfermería en pacientes portadores de sonda de gastrostomía/yeyunostomía entre los Centros de Salud del Área de Huesca y Atención Especializada del Servicio de Aparato Digestivo mediante el registro de los mismo en la HCE del paciente.

ÁREAS DE MEJORA  
Registro electrónico de la continuidad cuidados de enfermería en pacientes portadores de sonda de gastrostomía/yeyunostomía

ANÁLISIS DE CAUSAS  
No tener intercomunicación entre los distintos centros disminuye la calidad de los cuidados en este tipo de pacientes al aplicarlos de forma heterogénea.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Con el registro electrónico de los cuidados de enfermería en cada paciente portador de sonda de gastrostomía/yeyunostomía mejoramos:  
- la calidad y continuidad de los cuidados de enfermería  
- la comunicación entre los distintos profesionales que los asisten

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Previo a el registro mediante un episodio en la HCE se realizará una encuesta a las enfermera/o de AP que tiene en su cupo a alguno paciente portador de sonda de alimentación  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 15/09/2022  
Responsable.: LORENZO OLIVAN/NOELIA FERNANDEZ

2. Registro en la HCE del paciente mediante un episodio "Portador de sonda de gastrostomía/yeyunostomía" donde quedara documentado el resumen de cuidados de enfermería aplicados desde su colocación  
Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: OLGA RIVAS/ELENA BETORE

3. Registrar los cuidados y complicaciones en el nuevo episodio creado, durante los recambios realizados.  
Fecha inicio: 30/09/2022  
Fecha final.: 16/01/2023  
Responsable.: MARTA DELGADO/CARMEN LASIERRA

4. Posterior al seguimiento de paciente y registro se realizará una encuesta a las enfermera/o de AP para valorar si se ha cumplido los objetivos.  
Fecha inicio: 16/01/2023  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: MAYTE ESCUDERO/BLANCA MARZAL

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1027

### 1. TÍTULO

#### CREACION DEL REGISTRO ELECTRONICO DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCION ESPECIALIZADA Y PRIMARIA EN PACIENTE PORTADOR DE SONDA DE GASTROSTOMIA/YEYUNOSTOMIA

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Cumplimiento introducción HCE

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes portadores de PEG con todos los registros en HCE

Denominador .....: Total de pacientes portadores de PEG

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE de los pacientes

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.75

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.99

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.80

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.99

##### 2. Grado de satisfacción global

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Personas responsables del paciente con encuesta final satisfactoria

Denominador .....: Total de personas responsables de pacientes portadores de PEG

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas pre/post proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.75

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.80

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.75

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.80

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes con disfagia persistente y esta indicado la colocación de gastrostomía/yeyunostomía para la alimentación enteral para un periodo > 6 semanas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1045

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ASISTENCIA DE LAS NECESIDADES DETECTADAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VISTOS EN LA CONSULTA DE MITROM

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1045 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CANO CASTRO ANABELA

Título  
MEJORA DE LA ASISTENCIA DE LAS NECESIDADES DETECTADAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VISTOS EN LA CONSULTA DE MITROM

Colaboradores/as:  
BLANCHE COLLET FRANCESC  
CALVO BEGUERIA EVA MARIA  
GARCES CERESUELA MERCEDES  
MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO  
PEÑA RUEDA ANDREA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS Y PRUEBAS ESPECIALES

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde la instauración del protocolo MITROM en 2018 hemos visto el impacto de la enfermedad tromboembólica en la población y por tanto en el sistema sanitario tanto por su incidencia como recursos sanitarios que se precisan para su resolución.

Todo esto lleva a unas grandes necesidades de los pacientes por falta de información como de adherencia a tratamientos y cuidados por lo que se pretende protocolarizar y estandarizar los cuidados en la consulta de MITROM.

Protocolarizar y estandarizar los cuidados de la consulta de MITROM.  
Mejorar la práctica clínica.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes efectos de esta patología.  
Educar al paciente y su familia en los cuidados referentes al proceso de su enfermedad.  
Optimizar el proceso que se inicia en urgencias para mejorar la seguridad, costes y satisfacción del paciente.  
Mejorar su calidad de vida y disminuir complicaciones

#### ANALISIS DE CAUSAS

No existe comunicación directa entre el paciente y los profesionales responsables del proceso MITROM.  
No documentación escrita para reforzar las recomendaciones verbales que actualmente se dan en la consulta.  
Ausencia de "Feedback" de la satisfacción entre el paciente y los colaboradores.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Una mejora de la práctica clínica.  
Mejorar las necesidades e información de los pacientes.  
Mejora en la eficiencia de las prestaciones.  
Mejora del autocuidados, habilidades, adherencia de los pacientes mediante "EPS" y apoyo en todo momento.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un TRPTICO.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/10/2023

Responsable.: Anabela Cano Castro , Francesc Blanche Collet

2. Encuesta satisfacción.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/10/2023

Responsable.: Eva María Calvo Bequeira Andre María Peña Rueda Mario Mallén Díaz de Teherán

3. Reuniones al año.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 01/10/2023

Responsable.: Todo el equipo de trabajo.

4. Grupo de apoyo de enfermería.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/10/2023

Responsable.: Anabela Cano Mercedes Garcés.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1045

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ASISTENCIA DE LAS NECESIDADES DETECTADAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VISTOS EN LA CONSULTA DE MITROM

**\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto**

Elaboración de un TRIPTICO informativo que se dará a los pacientes que acudan a la consulta de MITROM.  
Grupo de apoyo de enfermería con teléfono para comunicación con los paciente de 9:00 a 13:00 de lunes a viernes.  
Numero de reuniones 7 presenciales al año con el equipo y tres sesiones adicionales para actualizar la revisión bibliográfica, intercambiar conceptos, apoyo que organizará la coordinadora Anabela Cano Castro.  
Evaluación del tríptico, cuidados y toda la atención durante el proceso mediante la encuesta de satisfacción.  
La encuesta constará con 5 preguntas sencillas en relación al contenido del tríptico y los cuidados se valorará con escala Likert de 4 a 1 siendo 4 muy útil y 1 nada útil.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes que reciben el TRIPTICO

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de pacientes que reciben el tríptico  
Denominador .....: Número total de pacientes.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de cuaderno diseñado para eso.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de pacientes que realizan la llamada

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que realizan la llamada  
Denominador .....: Número total de pacientes.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de cuaderno diseñado para eso.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Sesiones realizadas con el equipo.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de sesiones realizadas  
Denominador .....: Número total de sesiones previstas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Número total de sesiones realizadas.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Valoración con la encuesta.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....:   
Denominador .....: Número de pacientes con grado de satisfacción  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Número total de encuestas respondidas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

**\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación**

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1057

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE PRACTICA AVANZADA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1057 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NAVARRO PEREZ CLARA

Título  
IMPLANTACION DE UNA CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE PRACTICA AVANZADA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Colaboradores/as:  
ACIN CANFRANC LORENZO  
BER NIETO YOLANDA  
HIGUERA UBAU ROSA MARIA  
LAMBAN AISA ANA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS Y PRUEBAS ESPECIALES

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se usa el término Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) para englobar a un grupo de trastornos que cursan con una inflamación crónica del tracto digestivo debido a una respuesta inmune anormal en cuya etiología parece influir tanto factores genéticos como ambientales. Destacan la Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn. Dichas patologías crónicas cursan con períodos de control de la enfermedad alternados con exacerbaciones que ponen en riesgo la salud de los que la padecen (sangrado rectal, dolor intenso, diarrea, pérdida de apetito, pérdida de peso...) buscando ayuda profesional rápida, acudiendo a los servicios de urgencias y necesitando en muchas ocasiones ingreso hospitalario. El debut de la enfermedad suele darse en edad joven (15-35 años) y su incidencia parece estar relacionada con sociedades más desarrolladas.

El tratamiento de esta enfermedad está destinado a eliminar los síntomas, a evitar la inflamación y curar las lesiones (pueden requerir tratamiento quirúrgico en caso de perforación intestinal). Debido a la complejidad de la enfermedad por la imprecisión de su desarrollo, se requiere de una buena educación sanitaria, seguimiento del tratamiento personalizado, seguimiento cercano de los síntomas, atención al impacto que provoca la enfermedad en el paciente en todos los ámbitos de su vida (social, familiar, laboral,...) que le puede llevar a un deterioro de su autoestima y a un aislamiento social además de la falta de seguridad por sentirse vulnerable.

La enfermera de práctica avanzada en EII sería el profesional más idóneo para dar una atención integral e individualizada, atender a todas las demandas incluida las urgentes, consiguiendo la disminución de visitas de estos pacientes al servicio de urgencias, y mejorar la calidad de vida siendo la figura de referencia para los pacientes del Servicio Sanitario.

#### ÁREAS DE MEJORA

Retraso en la atención a la demanda del paciente con EII provocando un mayor número de visitas al servicio de Urgencias, peor control de la enfermedad, mayor número de ingresos y repercusiones en todos los ámbitos en los que se mueve el paciente, provocando una disminución de su autoestima y calidad de vida.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Aumento del número de pacientes diagnosticados de EII.  
Cronicidad de la enfermedad  
Debut en edades tempranas.  
Necesidad en la atención urgente a los brotes de la enfermedad  
Mala adherencia al tratamiento, especialmente en pacientes jóvenes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Disminuir el número de visitas al servicio de Urgencias de los pacientes diagnosticados de EII
- Disminución del número de ingresos hospitalarios.
- Garantizar una atención rápida y personalizada en la consulta ante exacerbaciones de la enfermedad.
- Empoderamiento del paciente ante su enfermedad.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Mejorar la calidad de vida del paciente

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. • Análisis de la demanda.  
Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: CLARA NAVARRO PÉREZ

2. • Creación de una consulta de EPA en EII  
Fecha inicio: 01/05/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1057

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE PRACTICA AVANZADA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Fecha final.: 08/05/2023

Responsable.: LORENZO ACÍN CANFRANC

3. • Creación de agenda en HIS propia

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 28/05/2023

Responsable.: LORENZO ACÍN CANFRANC

4. • Formación del personal enfermero encargado de la consulta

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 28/04/2023

Responsable.: CLARA NAVARRO PÉREZ

5. • Determinación de funciones de la enfermera

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: ROSA HIGUERA

6. • Creación de protocolos de atención y circuitos a seguir en la atención del paciente diagnosticado de EII, coordinado con Médico Especialista, Hospital de Día, Medicina Preventiva, etc.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 24/04/2023

Responsable.: YOLANDA BER NIETO

7. • Diseño y creación de una encuesta para valorar el grado de satisfacción de los pacientes.

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 30/01/2023

Responsable.: ANA LAMBAN

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

• Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Demanda de atención urgente en el Servicio de Urgencias de pacientes con exacerbación de la EII.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de pacientes con exacerbación de EII que acuden a urgencias

Denominador .....: número total de pacientes diagnosticados de EII

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: CONTROL DE GESTIÓN

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

2. Ingresos hospitalarios por exacerbación de la EII.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de ingresos anuales por exacerbación de EII

Denominador .....: N° total de pacientes con EII en ese año.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: CONTROL DE GESTIÓN

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

3. Solución a la demanda urgente en la cta de EPA en EII

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de atenciones resueltas x exacerbación en la cta de EPA en EII.

Denominador .....: N° de atenciones urgentes x exacerbación de la EII en la cta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: CONTROL DE GESTIÓN E INTERNO

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

4. Atención a la demanda urgente en la cta de EPA en EII

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de atenciones urgentes x exacerbación en la cta de EPA en EII

Denominador .....: N° total de atenciones urgentes por exacerbación de la EII (ctas y Urgencias)

x(1-100-1000) ...: 100



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1057

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE PRACTICA AVANZADA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Fuentes de datos.: CONTROL INTERNO Y GESTIÓN

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. Grado de satisfacción del usuario

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de pacientes con grado de satisfacción alto-muy alto

Denominador .....: nº total de encuestas respondidas.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: CONTROL INTERNO

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1123

### 1. TÍTULO

#### INSTAURAR UNA DIETA FACIL Y CERRADA PARA LOS PACIENTES, PREVIAMENTE A LA REALIZACION DE UNA COLONOSCOPIA

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1123 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CAÑAMARES ORBIS PABLO

Título  
INSTAURAR UNA DIETA FACIL Y CERRADA PARA LOS PACIENTES, PREVIAMENTE A LA REALIZACION DE UNA COLONOSCOPIA

Colaboradores/as:  
DIESTE SAMITIER SONIA  
ESCARABAJAL ESCUER VANESSA  
ESTRADA ONCINS SILVIA  
HERNANDEZ AINSA MARIA  
OLLES PIQUERO SANDRA  
RIVAS CALVETE OLGA  
SOLANILLA LECINA SILVIA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS Y PRUEBAS ESPECIALES

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La colonoscopia es una exploración invasiva no exenta de complicaciones. La tolerancia a la prueba ha mejorado de forma importante desde el uso de medicación sedante. Sin embargo, la preparación para conseguir la limpieza del colon es una parte fundamental del procedimiento, y peor tolerada por un gran porcentaje de pacientes. Actualmente, se aportan una recomendaciones dietéticas que se deben iniciar 48 horas antes de la exploración, evitando la ingesta de alimentos ricos en fibra, semillas,... Pretendemos crear una dieta cerrada que cumpla con los requisitos necesarios, y que facilite la preparación desde el punto de vista dietético para los pacientes que van a ser sometidos a una colonoscopia.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disminuir la variabilidad que aportan las recomendaciones dietéticas actuales.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Evitar la preparación deficiente para mejorar la optimización de la exploración.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivos principales

- Facilitar a los pacientes la preparación previa a una colonoscopia.
- Valorar si la adherencia a una dieta sencilla y cerrada mejora respecto a las recomendaciones actuales.

##### Objetivos secundarios:

- Valorar si existe mejoría en la limpieza del colon con una dieta cerrada respecto a las recomendaciones abiertas actuales.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Crear dieta cerrada y una encuesta de satisfacción

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 01/11/2022

Responsable.: Sonia Dieste Samitier

2. Evaluación mediante la cumplimentación de la encuesta del grado de satisfacción de los pacientes a la preparación

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Silvia Solanilla Lecina

3. Comparar la limpieza del colon medida mediante escala de Boston en pacientes con recomendaciones abiertas respecto a cerradas

Fecha inicio: 02/01/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Pablo Cañamares Orbís

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1123

### 1. TÍTULO

#### INSTAURAR UNA DIETA FACIL Y CERRADA PARA LOS PACIENTES, PREVIAMENTE A LA REALIZACION DE UNA COLONOSCOPIA

1. Porcentaje del grado de satisfacción de los pacientes a la dieta cerrada

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Total de puntuación de la escala de satisfacción (del 1 al 10)

Denominador .....: Número total de pacientes sometidos a encuesta.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Escala de Boston media de estos pacientes

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Puntuación de la escala de Boston.

Denominador .....: Total del número de colonoscopias de los pacientes sometidos a dieta cerrada.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 9.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 9.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1166

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS FARMACOS BIOLOGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE

Fecha de entrada: 02/08/2022

Nº de registro: 2022#1166 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GORGJO LOPEZ MARCOS ANTONIO

Título  
OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS FARMACOS BIOLOGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE

Colaboradores/as:  
COSCOJUELA SANTALIESTRA M CARMEN  
SANCHEZ BERNAL JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: DERMATOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Disminución de las dosis recibidas de medicamento biológico, manteniendo su respuesta.

ÁREAS DE MEJORA  
Se espera que en los pacientes que estén en tratamiento biológico y que su PASI y DLQI sean adecuados, se pueda disminuir las dosis de tratamiento, manteniendo su respuesta cutánea y de calidad de vida.

ANÁLISIS DE CAUSAS  
Estos pacientes con psoriasis son enfermos complejos con múltiples comorbilidades que a veces precisan múltiples tratamientos por fallo de diana. Cada paciente, en función de su respuesta precisa de un tratamiento biológico u otro.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
o Realizar e implementar un protocolo de des-intensificación del tratamiento con fármacos biológicos en pacientes con psoriasis moderada-grave en la consulta de Dermatología.  
o Disminuir la cantidad de medicamento suministrados a los pacientes una vez se encuentre libres de enfermedad y cumplan los criterios previos establecidos.  
o Disminuir el gasto farmacéutico hospitalario (diferencia entre el gasto con pauta de ficha técnica y gasto pauta des-intensificación).  
o Disminuir el número de visitas del paciente.  
o Disminuir el número de reacciones adversas asociados al fármaco y mejorar la calidad de vida del paciente.  
o Evaluar la calidad de vida del paciente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de protocolo de des-intensificación.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Grupo de proyecto

2. Valoración final.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 01/10/2023  
Responsable.: Grupo de proyecto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de casos incluidos.  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de casos  
Denominador .....: Total de pacientes con biológicos.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE y Farmacia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Número de pacientes

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1166

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE LOS FARMACOS BIOLOGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes a los que se les ajusta el tratamiento biológico  
Denominador .....: Número de casos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE y Farmacia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1274

### 1. TÍTULO

#### SEMINARIOS CLINICO-PATOLOGICOS DE DERMATOLOGIA

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1274 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
SANCHEZ BERNAL JAVIER

Título  
SEMINARIOS CLINICO-PATOLOGICOS DE DERMATOLOGIA

Colaboradores/as:  
BERNAL MAÑAS CARMEN MARIA  
GORGOJO LOPEZ MARCOS ANTONIO

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: DERMATOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

No existen dudas acerca de las dificultades que se presentan para lograr el diagnóstico de algunos pacientes, aún con el mejor uso de la clínica y de los recursos tecnológicos. En el caso de la dermatología, la correlación clínico-patológica resulta fundamental, siendo en un amplio porcentaje de dermatosis imprescindible para el diagnóstico. En el momento actual, pese a la buena relación entre servicios, no existe un espacio y tiempo organizado en el que poder debatir aquellos casos en los que, por su propia complejidad o por discrepancias clínico-patológicas, requerirían una valoración conjunta donde poder aportar datos que faciliten el diagnóstico. Por ello, consideramos que, a través del método anatomoclínico existe una unión muy necesaria entre dermatólogo y patólogo, de cuya relación los principales beneficiados siempre serán los pacientes, pero también los propios profesionales.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora de la relación y comunicación entre servicios, facilitando la correlación clínico-patológica que permita mejorar la sensibilidad y especificidad diagnóstica, mejorando la atención al paciente.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Dificultad de diagnóstico en pacientes con patología compleja o en los que es imprescindible una correcta correlación clínico patológica por las características de la propia patología

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Aumentar la sensibilidad y especificidad diagnóstica
- Proporcionar una atención más eficiente al paciente
- Mejorar la relación entre servicios y facilitar la resolución de casos complejos
- Proporcionar una experiencia de aprendizaje en grupo a través de la comunicación, la cual posibilita un mayor aprendizaje de cada profesional en particular gracias a una retroalimentación durante el seminario.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Sesiones conjuntas

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Javier Sánchez Bernal

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La puesta en marcha de este proyecto es sencilla y poco costosa para el Hospital. Los seminarios se realizarían de media cada 6 semanas y tendrían una duración aproximada de una hora, donde tanto dermatólogos como anatomopatólogos pudiéramos debatir aquellos casos clínicos con difícil valoración anatomopatológica donde la correlación clínica sea fundamental para su diagnóstico (entre 3 y 5 casos). Las reuniones se realizarían en una sala del servicio de anatomía patológica, que ya cuenta con el equipo donde poder visualizar las imágenes clínicas y anatomopatológicas de los pacientes que se deban debatir

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Número de seminarios conjuntos de Anatomía patológica y dermatología realizados en el año

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de sesiones realizadas

Denominador .....: nº de sesiones previstas

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Acta de reuniones

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1274

### 1. TÍTULO

#### SEMINARIOS CLINICO-PATOLOGICOS DE DERMATOLOGIA

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Mejora en el diagnóstico de los pacientes  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Numero de casos con dudas diagnósticas  
Denominador .....: Número de casos resueltos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Acta de reuniones  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1102

### 1. TÍTULO

#### **PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE CONSEJO Y ASESORAMIENTO NUTRICIONAL A PACIENTES CON ENFERMEDADES DIGESTIVAS, MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA PRACTICUM DE COOPERACION ENTRE LA UZ Y EL HUSJ**

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1102 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MONTORO HUGUET MIGUEL

Título  
PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE CONSEJO Y ASESORAMIENTO NUTRICIONAL A PACIENTES CON ENFERMEDADES DIGESTIVAS, MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA PRACTICUM DE COOPERACION ENTRE LA UZ Y EL HUSJ

Colaboradores/as:  
AURED DE LA SERNA MARIA ISABEL  
DELGADO PUENTE MARTA  
HERNANDEZ AINSA MARIA  
HIGUERA UBAU ROSA MARIA  
LAMBAN AISA ANA  
LAPLAZA COARASA CARMEN  
MARZAL LOPEZ BLANCA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: DIGESTIVO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el Acta nº 23 de la Comisión de Nutrición del hospital Universitario San Jorge (HUSJ) correspondiente a la sesión ordinaria celebrada el día 17/12/19 quedó reflejado el compromiso de nuestra Unidad para diseñar proyectos de mejora de la calidad asistencial relacionados con la nutrición y su impacto sobre las enfermedades digestivas (EDs). La incorporación de alumnos del Grado de Nutrición Humana y Dietética (GNHyD) al programa PRÁCTICUM [Asignatura nº 29224, dotada de 24 créditos ECTS, 340 horas presenciales y 120 horas de tutoría], en virtud de los acuerdos EMPRESA-UNIVERSA, abre una ventana de oportunidad que permitirá a estos alumnos proporcionar consejo dietético y nutricional (CD y N) a pacientes ambulatorios y hospitalizados que por la naturaleza de su dolencia puedan beneficiarse de los conocimientos, competencias y habilidades adquiridos a lo largo del Grado de NHyD, con la tutela de su Tutor de Empresa.

#### ÁREAS DE MEJORA

Los tiempos disponibles en las consultas son limitados y a todas luces insuficientes para incorporar de forma sistemática herramientas de cribado nutricional y asesoramiento experto por parte de profesionales cualificados con un nivel de conocimiento avanzado en dietoterapia y nutrición.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- En el Currículo del Grado de Medicina no se contempla la Nutrición Humana y Dietética como una disciplina específica, lo que genera un vacío de conocimiento en este campo que los propios médicos reconocen.
- Las Unidades de Endocrinología y Nutrición son las responsables de la nutrición hospitalaria, pero la dotación de personal facultativo y de enfermería es a todas luces insuficiente para afrontar el manejo dietético y nutricional de todos los pacientes con dolencias digestivas.
- El Departamento de Sanidad Aragonesa no contempla actualmente la figura del DN titulado ni asigna partidas presupuestarias destinadas a cubrir funciones asistenciales específicas en los centros hospitalarios.
- En consecuencia, una proporción mayoritaria de los pacientes con EDs dejan de beneficiarse de un CD y N avanzado por parte de profesionales que han recibido una sólida formación en estas disciplinas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo:  
Incorporar el cribado y el CD y N por parte de expertos en el manejo de aquellas EDs donde la dietoterapia pueda ser determinante en la mejoría de los síntomas y los resultado globales del tratamiento.  
Población Diana:  
Pacientes asistidos en las consultas externas de Aparato Digestivo y/o en la planta de hospitalización portadores de enfermedades digestivas tributarias de cribado nutricional e intervención dietética.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Implementar un plan de formación (presencial y telemática) dirigido a los alumnos del 4º Curso del Grado de NH y D para mejorar sus competencias y habilidades en el ámbito de las EDs

Fecha inicio: 10/10/2022  
Fecha final.: 15/12/2022  
Responsable.: Miguel Montoro

2. Generar un registro de pacientes tributarios de intervención dietética.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1102

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE CONSEJO Y ASESORAMIENTO NUTRICIONAL A PACIENTES CON ENFERMEDADES DIGESTIVAS, MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA PRACTICUM DE COOPERACION ENTRE LA UZ Y EL HUSJ

Fecha inicio: 10/10/2022

Fecha final.: 15/05/2023

Responsable.: Ana Lambán y Rosa Higuera

3. Proporcionar un espacio físico para que los alumnos del Grado de NH y D puedan llevar a cabo entrevistas estructuradas

Fecha inicio: 10/10/2022

Fecha final.: 15/05/2023

Responsable.: Clara Navarro (supervisora de C. Ext)

4. Generar una procedimiento normalizado de trabajo (PNT) y una agenda de pacientes derivados por los propios especialistas para recibir CD y N.

Fecha inicio: 10/10/2022

Fecha final.: 15/05/2023

Responsable.: Maria Hernández e Isabel Aured

5. Generar un base de datos en Excel para introducir el tipo y resultado de la intervención, así como el grado de satisfacción de los intervinientes en el proyecto.

Fecha inicio: 10/10/2022

Fecha final.: 15/05/2023

Responsable.: Blanca Marzal, Carmen Lasiererra y Marta Delgado

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El asesoramiento dietético se basará en información fiable y fidedigna visible en la web de la AEG

(www.aegastro.es). A continuación se enumeran las enfermedades que serán subsidiarias de cribado nutricional e intervención dietética y los códigos asignados:

- Esofagitis eosinofílica (Código: EEO) | Trastornos del vaciamiento gástrico (gastroparesia y Dumping) [Código: (TVG)]; Síndrome de intestino irritable e intolerancia a azúcares [Código SII-IAzúcares] | Trastornos relacionados con el gluten (Código: TR-Gluten); | Enfermedad inflamatoria intestinal (Código: EII) | Enfermedad hepática grasa de origen metabólico [Código: EHGM]; | Cáncer colorrectal [Código: CCR].

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes con EDs tributarias de intervención dietética (ID) y que reciben finalmente CD y N.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº pac. evaluados por EDs que reciben CD y N

Denominador .....: nº total de pacientes portadores de EDs tributarias de CD y N.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Anotaciones en la HCE y registros propios

Est.Mín.1ª Mem ..: 200.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 300.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 300.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 500.00

2. % pacientes con [EEO] tributarios de ID

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº pac. evaluados por [EEO] que reciben CD y N

Denominador .....: nº total de pacientes portadores de EEO tributarias de CD y N.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: anotaciones en la HCE y registros propios

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

3. % pacientes con [TVG] tributarios de ID

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº pac. evaluados por [TVG] que reciben CD y N

Denominador .....: nº total de pacientes portadores de TVG tributarias de CD y N.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: anotaciones en la HCE y registros propios

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

4. % pacientes con [TR-Gluten] tributarios de ID

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº pac. evaluados por [TR-Gluten] que reciben CD y N

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1102

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE CONSEJO Y ASESORAMIENTO NUTRICIONAL A PACIENTES CON ENFERMEDADES DIGESTIVAS, MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA PRACTICUM DE COOPERACION ENTRE LA UZ Y EL HUSJ

Denominador .....: nº total de pacientes portadores de TR-Gluten tributarias de CD y N.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: anotaciones en la HCE y registros propios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. % pacientes con [SII-Int-azúcares] tributarios de ID  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº pac. evaluados por [SII-Int-azúcares] que reciben CD y N  
Denominador .....: nº total de pac. evaluados por [SII-Int-azúcares] tributarios de CD y N.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: anotaciones en la HCE y registros propios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

6. % pacientes con [EII] tributarios de ID  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº pac. evaluados por [EII] que reciben CD y N  
Denominador .....: nº total de pac. evaluados por [EII] tributarios de CD y N  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: anotaciones en la HCE y registros propios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: -40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

7. % pacientes con [EHGM] tributarios de ID  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº pac. evaluados por [EHGM] que reciben CD y N  
Denominador .....: nº total de pacientes evaluados por [EHGM] tributarios de CD y N  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: anotaciones en la HCE y registros propios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

8. % pacientes hospitalizados por EDs tributarios de realizar un cribado de riesgo de malnutrición  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº de pacientes hospitalizados por EDs en quienes se ha realizado un cribado de riesgo nutricional y se ha mensurado el grado de desnutrición con escalas validadas,  
Denominador .....: nº total de pacientes hospitalizados por EDs en quienes se ha realizado cribado de riesgo nutricional y clasificación del grado de malnutrición  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: anotaciones en la HCE y registros propios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 160.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 200.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 200.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 400.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Los indicadores 2-7 se refieren a pacientes evaluados en las consultas externas.  
El indicador nº 8 se refiere a pacientes hospitalizados o a aquellos asistidos en la Unidad de Endoscopias donde se realice un diagnóstico de Cáncer colorrectal, que también serán subsidiarios de CD y N : Este indicador no se ha especificado en fila aparte, porque el programa limita el nº de indicadores y no permite agregar más filas.  
La recogida de la información será gradual, acumulativa y el análisis, interpretación de los resultados se llevará a cabo en el mes de julio de 2023.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1131

### 1. TÍTULO

#### SANGRE OCULTA EN HECES COMO PRIORIZACION EN LA LISTA DE ESPERA DE COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA AMBULATORIA EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DIGESTIVOS

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1131 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BER NIETO YOLANDA

Título  
SANGRE OCULTA EN HECES COMO PRIORIZACION EN LA LISTA DE ESPERA DE COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA AMBULATORIA EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DIGESTIVOS

Colaboradores/as:  
AURED DE LA SERNA MARIA ISABEL  
BARRIO LOPEZ ANA ISABEL  
BETORE GLARIA MARIA ELENA  
CAÑAMARES ORBIS PABLO  
FERNANDEZ HERRANZ NOELIA  
NAVARRO MONESMA PAULA ISABEL  
SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: DIGESTIVO

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa de muerte por cáncer y la colonoscopia sigue siendo la prueba considerada como «patrón oro» para su diagnóstico. La demora en su realización conlleva un peor pronóstico, por lo que priorizar aquellas exploraciones con un mayor rendimiento diagnóstico y terapéutico debe ser una prioridad en nuestra Unidad. El rendimiento de los síntomas abdominales para el diagnóstico de cáncer es bajo y solo entre un 2 -8 % de los pacientes con síntomas abdominales presentan un CCR. Sin embargo, el test de sangre oculta en heces inmunológico (SOHi) ha demostrado una mejor capacidad discriminativa que los síntomas abdominales para la detección de CCR, adenomas avanzados o enfermedad inflamatoria intestinal.

#### ÁREAS DE MEJORA

Priorizar aquellas exploraciones con un mayor rendimiento diagnóstico y terapéutico en el entorno de una lista de espera de endoscopias elevada (> 1000 colonoscopias pendientes de cita en un buzón).

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Una gestión eficiente de la lista de espera es crítica para evitar retrasos en el diagnóstico de pacientes con CCR o lesiones significativas. La lista de espera ha aumentado en estos últimos años debido en gran medida a la desadecuación entre la demanda de exploraciones y la capacidad operativa de la Unidad. Esta realidad se ha visto agravada por la necesidad de alargar los tiempos de desinfección durante la pandemia COVID 19 en aras de preservar la seguridad de los pacientes y del propio personal sanitario.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar el sistema de priorización en la lista de espera de colonoscopia diagnóstica en aquellos pacientes con síntomas digestivos que obligan a descartar un CCR o la presencia de lesiones significativas.
- Disminuir el tiempo de demora existente para la realización de una colonoscopia en pacientes adultos sintomáticos con un resultado positivo en el test de SOHi.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Realizar un protocolo de solicitud de SOHi previa a la colonoscopia (indicaciones, criterios de exclusión..) siguiendo las recomendaciones del documento AEGASTRUM

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 18/09/2022

Responsable.: Todos los del equipo

2. -Informar a A Primaria y A Hospitalaria del nuevo protocolo de SOHi previa a la colonoscopia

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Yolanda Ber y Elena Betore

3. -Realizar una base de datos para la recogida de los datos fecha

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Yolanda Ber, Pablo Cañamares, Isabel Aured y Santos Santolaria

4. -Inicio de priorización lista de espera

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 01/11/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1131

### 1. TÍTULO

#### SANGRE OCULTA EN HECES COMO PRIORIZACION EN LA LISTA DE ESPERA DE COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA AMBULATORIA EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DIGESTIVOS

Responsable.: Santos Santolaria, Pablo Cañamares, Ana Isabel Barrios, Noelia Ferrandez y Paula Navarro

5. -Completar la base de datos  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/11/2023  
Responsable.: Todos los del equipo

6. - Análisis e interpretación de los datos  
Fecha inicio: 01/11/2023  
Fecha final.: 30/11/2023  
Responsable.: Todos los del equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Tomaremos como referencia el protocolo de actuación conjunta consensuado por médicos de familia y gastroenterólogos en el programa aeGastrum-SEMFYC sobre pertinencia o idoneidad de la solicitud de colonoscopia ambulatoria desde el Centro de Salud alojado en (<https://www.aegastro.es/aegastrum/>). Es un Documento de referencia que puede ser de gran utilidad al haber sido debatido y consensuado por dos sociedades científicas y ser de acceso libre y gratuito

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. VPN de la SOHi para la detección de CCR en nuestra área de salud  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Pacientes con SOHi negativa cuya colonoscopia ha sido normal  
Denominador .....: Todos los pacientes con SOHi negativa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Resultados de colonoscopia y resultado de la SOH i  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. VPP de la SOHi para la detección de CCR en nuestra área de salud  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes con SOHi positiva cuya colonoscopia es patológica (CCR/lesión avanzada/EII)  
Denominador .....: Todos los pacientes con SOHi positiva  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Resultados de colonoscopia y resultado de la SOH i  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Tiempo de espera entre el resultado de la SOHi y la realización de colonoscopia  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Suma de los días que lleva esperando cada paciente (diferencia en días entre fecha de solicitud prueba y fecha de colonoscopia)  
Denominador .....: número de pacientes en lista de espera  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Petición de colonoscopia y en la HCE ver fecha de realización  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1103

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION UN METODO DE CRIBADO NUTRICIONAL ESTANDARIZADO EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1103 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BORAU MAORAD LAURA

Título  
IMPLANTACION UN METODO DE CRIBADO NUTRICIONAL ESTANDARIZADO EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Colaboradores/as:  
ANORO CASBAS MARIA JOSE  
ARA GABARRE JAVIER  
CAJA BUETAS ROSA MARIA  
CALLEN SALVATIERRA MONICA  
LOPEZ ALAMINOS MARIA ELENA  
ROMAN GIMENO SERGIO

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: ENDOCRINOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El estudio PREDYCES (Prevalencia de la Desnutrición y Costes Asociados en España), publicado y representativo de la población española hospitalizada, establece una prevalencia de desnutrición del 23,7% que aumenta hasta el 37% cuando se refiere a las personas mayores de 70 años. En este estudio se pudo observar que el coste se multiplicaba por dos en los pacientes desnutridos.

Recientemente se ha creado un proceso de atención a los pacientes con desnutrición en Aragón con el objetivo fundamental de diagnosticarla de forma precoz, tratarla y monitorizarla de una forma eficiente. El segundo objetivo específico de dicho proceso es diagnosticar precozmente la desnutrición a través de la implementación de métodos de evaluación estandarizados acordes al nivel asistencial, que permitan un cribado nutricional y una valoración del estado nutricional del paciente.

El diagnóstico precoz de la desnutrición se subdivide en dos subprocesos: 1. Cribado nutricional y 2. Valoración nutricional: El cribado nutricional se debe realizar con un método estandarizado en las primeras 24-48 horas tras el ingreso, por el personal de enfermería de la planta, y en caso de ser normal deberá repetirse semanalmente. Se recomiendan como métodos de cribado el MNA-SF (>65 años) o el MUST (para todas las edades). Tras la realización del cribado nutricional, a los pacientes con resultado positivo (<12 puntos en el MNA-SF o =2 puntos en el MUST), se les deberá realizar una valoración nutricional completa para poder establecer el diagnóstico de desnutrición y definir un plan de cuidados y tratamiento nutricional adecuados.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualmente no se realiza un cribado nutricional de forma habitual en los pacientes ingresados, por lo que muchos pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición pueden pasar desapercibidos y no llegar a ser valorados por el servicio de Endocrinología y Nutrición ni ser tratados de forma adecuada. Esto conlleva unos peores resultados clínicos, así como un mayor coste de la hospitalización.

#### ANALISIS DE CAUSAS

No está protocolizado el realizar un cribado nutricional al ingreso en el hospital, por lo que habitualmente no se realiza, así como no se suele pesar, tallar ni valorar la ingesta de los pacientes de forma sistemática.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo del proyecto es instaurar la realización de un método de cribado nutricional (el MUST) en las primeras 24-48 horas del ingreso, en todos los pacientes ingresados en planta mayores de 18 años con ingreso previsto mayor de 48 horas. El cribado se realizará por la enfermera responsable del paciente y quedará registrado en la historia clínica electrónica, al igual que otros test/escalas que se realizan al ingreso.

Una vez realizado el cribado, si este es positivo se avisará al servicio de Endocrinología y Nutrición (enfermera de Nutrición), que realizará la correspondiente valoración nutricional del paciente y las adaptaciones dietéticas necesarias, y actuará como enlace con los FEA de Endocrinología en caso de que se precise la prescripción de suplementación oral u otro soporte nutricional especializado.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación al personal de enfermería de la planta en la realización del cribado nutricional.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Mónica Callen Salvatierra



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1103

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION UN METODO DE CRIBADO NUTRICIONAL ESTANDARIZADO EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JORGE

2. Instaurar un sistema de "alerta" en la HCE en los pacientes con cribado positivo.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Sergio Román Gimeno

3. Implantación del cribado en las plantas de hospitalización.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Mónica Callen Salvatierra, Maria Jose Anoro Casbas, Rosa Maria Caja Buetas

4. Colocar carteles DIN A3 en las plantas de hospitalización con el MUST y el protocolo a seguir según el resultado.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: Laura Borau Maorad

5. Sesión hospitalaria para informar y concienciar sobre la instauración del cribado nutricional.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: María Elena López Alaminos, Sergio Román Gimeno

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Implantación del cribado: % de pacientes a los que se les realiza cribado durante el ingreso.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de episodios de pacientes con cribado nutricional en el ingreso en servicio diana definido.

Denominador .....: Nº de hospitalizados en servicio diana definido.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Se evaluará en la 6ª planta.

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Sesiones de formación.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de sesiones de formación a enfermería y FEA para concienciación y conocimiento del método de cribado.

Denominador .....: 2 sesiones a enfermería y 1 sesión hospitalaria.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 3.00

3. % de pacientes detectados en riesgo/con desnutrición valorados por el servicio de Endocrinología.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes con cribado positivo valorados por el servicio de Endocrinología y Nutrición.

Denominador .....: Nº de pacientes con cribado positivo.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicios diana definidos a seleccionar de forma prioritaria: Medicina interna, Oncología, Neurología, Cirugía.

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todas (ingresos superiores a 48 horas).



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1103

### 1. TÍTULO

#### **IMPLANTACION UN METODO DE CRIBADO NUTRICIONAL ESTANDARIZADO EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JORGE**

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1136

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LAS DESCOMPENSACIONES AGUDAS DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1136 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOPEZ ALAMINOS MARIA ELENA

Título  
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LAS DESCOMPENSACIONES AGUDAS DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Colaboradores/as:  
ATARES LOPEZ SARA  
BORAU MAORAD LAURA  
GELLA PERIZ MONTSERRAT  
MENGEL BELLO JOHANNES  
PATIER RUIZ IGNACIO  
ROMAN GIMENO SERGIO  
SERAL SOLANAS MARIA JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: ENDOCRINOLOGÍA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Diabetes Mellitus es un proceso crónico que afecta a un gran número de personas y constituye un problema significativo a nivel individual y de salud pública, no solo por su incidencia y prevalencia, sino también por sus complicaciones asociadas. El estudio di@bet.es, diseñado para determinar la prevalencia e incidencia de diabetes mellitus tipo 2 en la población adulta en el conjunto de España, determinó la prevalencia de diabetes en el 13,8% en mayores de 18 años.

En el estudio MIDIA-1 se objetivó que el 18 % de los pacientes del servicio de Medicina Interna presentaban hiperglucemia o DM. La hiperglucemia es un marcador de gravedad que conlleva importantes efectos adversos que influyen en el pronóstico, incluido el incremento de la mortalidad, de las tasas de infección y de la estancia hospitalaria. El paciente que ingresa en el hospital con hiperglucemia, puede ser atendido por diferentes profesionales y en diferentes servicios, lo que hace necesario la existencia de un protocolo de actuación adaptado al entorno de nuestro hospital para conseguir una optimización del control glucémico durante la estancia hospitalaria y tener un impacto en disminuir la morbimortalidad y el coste de los pacientes hospitalizados.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualmente no existe protocolo de manejo de tratamiento ante un episodio de hiperglucemia aguda. La elaboración de un protocolo, la difusión y la implementación del mismo por parte de todos los profesionales (médicos, enfermeras, farmacéuticos.) es importante para conseguir un adecuado control glucémico y evitar la variabilidad en el proceso asistencial.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No existe protocolo del manejo de la insulina intravenosa en bomba de perfusión ante una hiperglucemia aguda, así como de administración de bicarbonato, sueroterapia o potasio si precisa. Tampoco existe protocolo de la transición de la insulina intravenosa a subcutánea, siendo un momento de gran importancia para evitar nuevos episodios de hiperglucemia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Desarrollar un protocolo común de actuación frente a la hiperglucemia aguda obteniendo la máxima eficiencia y calidad asistencial en la atención hospitalaria del paciente
- Coordinación entre los servicios que atienden al paciente con diabetes desde el momento del ingreso
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica y homogeneizar el plan de cuidados diagnósticos y terapéuticos, facilitando el tratamiento del episodio agudo de hiperglucemia, así como la adecuada transición a insulina subcutánea.
- Mejorar la comunicación entre el servicio de Endocrinología y resto de servicios que atienden al paciente con diabetes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Algoritmo de infusión de insulina intravenosa según las características del paciente. (peso, gravedad clínica, etc.).

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Maria Elena Lopez Alaminos

2. Introducción del algoritmo en la aplicación farmatools

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1136

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LAS DESCOMPENSACIONES AGUDAS DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: Ignacio Patier Ruiz

3. Protocolo de transición de insulina intravenosa a insulina subcutánea  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Sergio Roman Gimeno

4. Sesión hospitalaria para presentación del protocolo  
Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Laura Borau Maorad Sara Atares Lopez

5. Impreso del protocolo en formato manual de bolsillo  
Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Maria Jose Seral Solanas Montserrat Gella Periz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Implantación del protocolo:% de pacientes que ingresan con hiperglucemia aguda  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de pacientes con hiperglucemia en el ingreso en servicio diana definido  
Denominador .....: n° de altas de hospitalización en servicio diana definido  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: \* Servicios diana definidos a seleccionar de forma prioritaria: Medicina interna, Endocrinología, Urgencias.

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Porcentaje de pacientes detectados con hiperglucemia aguda valorados por el servicio de Endocrino  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de pacientes con hiperglucemia valorados por Endocrinología  
Denominador .....: n° de pacientes ingresados con hiperglucemia  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: \* Servicios diana definidos a seleccionar de forma prioritaria: Medicina interna, Endocrinología, Urgencias.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Cumplimiento del registro de glucemias en la Historia Clínica Electrónica  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de glucemias registradas  
Denominador .....: N° de horas de perfusion de insulina intravenosa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Electronica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

4. Transición adecuada entre la terapia con insulina intravenosa y subcutánea  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Calculo corrector de insulina subcutanea y superposicion 2 horas con insulina intravenosa  
Denominador .....: N° de hiperglucemias agudas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Electronica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1136

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LAS DESCOMPENSACIONES AGUDAS DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

5. Determinaciones de potasio fuera de objetivo tras la terapia inicial

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de mediciones de potasio fuera de objetivo

Denominador .....: Determinacione de potasio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Electronica

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

6. N° de determinacion de bicarbonato inferior a la determinacion previa

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de determinaciones de bicarbonato inferior a la anteriores

Denominador .....: Determinaciones de bicarbonato

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Electronica

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

7. N° uso de aplicacion del protocolo en la aplicacion farmatools

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° uso del protocolo en la aplicacion farmatools en los diferentes servicios

Denominador .....: Activacion de protocolo frente hieprglucemia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Farmatools

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#920

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE INFOGRAFÍAS PARA CONSULTA RAPIDA EN UNIDADES DE ENFERMERÍA EN HUSJ

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#920 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ZAZO CEBOLLERO CLARA ISABEL

Título  
CREACION DE INFOGRAFÍAS PARA CONSULTA RAPIDA EN UNIDADES DE ENFERMERÍA EN HUSJ

Colaboradores/as:  
ARNAZ DE HOYOS MARTA EUGENIA  
FERNANDEZ LOPEZ LUCIA  
FERRER POSA LAURA  
GREGORIO MAYORAL MARIA CARMEN  
MORLAN POCIELLO SARA  
PEDRERA ROMAN VICTORIA  
SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA BLOQUE QUIRURGICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Debido al constante flujo y movimiento del personal enfermero y técnico en cuidados auxiliares, se observan dificultades a la hora del manejo de técnicas, procedimientos y diluciones específicas de cada unidad de enfermería. Aunque en cada unidad hay protocolos específicos, estos requieren de una lectura detenida y crítica, que en ocasiones no se puede llevar a cabo por la carga asistencial y/o urgencia de los cuidados.

#### ÁREAS DE MEJORA

Errores o demora en el tiempo de ejecución de algunas técnicas, procedimientos y diluciones.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Variabilidad y movilidad en el equipo de enfermería dentro del HUSJ.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Conseguir una mayor certidumbre por el personal de enfermería a la hora de ejecutar técnicas, procedimientos, incluyendo la correcta dilución y administración de fármacos, priorizando la seguridad del paciente. Ser una guía de consulta directa y rápida para todo el personal de la unidad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Encuesta de necesidades en cada unidad de enfermería

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 15/10/2022  
Responsable.: CLARA ZAZO

#### 2. Validación de datos y organización por áreas de trabajo

Fecha inicio: 15/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: SARA MORLAN

#### 3. Búsqueda de evidencia y bibliografía

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: VICTORIA PEDRERA

#### 4. Desarrollo de cada área específica según el procedimiento, técnica o dilución

Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 01/04/2023  
Responsable.: MARI CARMEN SANAGUSTÍN

#### 5. Diseño de las infografías

Fecha inicio: 02/04/2023  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: LUCÍA FERNANDEZ

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#920

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE INFOGRAFÍAS PARA CONSULTA RAPIDA EN UNIDADES DE ENFERMERÍA EN HUSJ

##### 6. Implantación de infografías y app específica

Fecha inicio: 01/06/2023  
Fecha final.: 31/08/2023  
Responsable.: LAURA FERRER

##### 7. Encuestas de resultados

Fecha inicio: 01/09/2023  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: MARI CARMEN GREGORIO

##### 8. Gestión, análisis y validación de los resultados

Fecha inicio: 01/01/2024  
Fecha final.: 31/03/2024  
Responsable.: MARTA ARNAZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. El 85% del personal encuestado conoce la presencia de infografías específicas en su unidad.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: personal de enfermería y TCAE que conoce la presencia de infografías en la unidad

Denominador .....: total personal de enfermería y TCAE que se encuentra en la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ENCUESTA

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

2. El 65% del personal encuestado ha hecho uso de las infografías específicas en su unidad.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: personal de enfermería y TCAE que ha hecho uso de las infografías en la unidad

Denominador .....: total del personal de enfermería y TCAE que se encuentran en la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ENCUESTA

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

3. El 75% del personal encuestado dispone de las infografías en su Smartphone.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: personal de enfermería y TCAE que dispone de las infografías en su Smartphone

Denominador .....: total de personal de enfermería y TCAE que se encuentran en la unidad y dispone de Smartphone

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ENCUESTA

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

4. Se ha reducido la declaración de errores en el SINASP relacionados con medicación y técnicas un 70%

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número total de errores declarados en el SINASP relacionados con medicación y técnicas

Denominador .....: total de errores declarados en el SINAPS relacionados con medicación y técnicas el año anterior al estudio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: SINASP

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

5. El 90% del personal se siente más seguro en la realización de procedimientos, técnicas y diluciones.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#920

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE INFOGRAFÍAS PARA CONSULTA RAPIDA EN UNIDADES DE ENFERMERÍA EN HUSJ

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Personal de enfermería y TCAE que se siente mas seguro en la realización de procedimientos técnicos y diluciones.  
Denominador .....: total del personal de enfermería y TCAE que se encuentra en la unidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: ENCUESTA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#825

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DEL USO DE ABSORBENTES PARA INCONTINENCIA Y PREVENCIÓN DE LESIONES POR HUMEDAD EN UNIDAD DE ENFERMERÍA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#825 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BEGUE PASCUAL MARIA ARANZAZU

Título  
ADECUACION DEL USO DE ABSORBENTES PARA INCONTINENCIA Y PREVENCIÓN DE LESIONES POR HUMEDAD EN UNIDAD DE ENFERMERÍA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

Colaboradores/as:  
ARAZO IGLESIAS SAUL  
BOILLOS FRIAS MERCEDES  
CARRILLO GRACIA NATALIA  
CASTILLO LAPLAZA MARIA TERESA  
DELGADO GARCIA ANTONIA  
GABARRE CAMPOS GERARDO  
SANCHEZ TOMAS ARANZAZU

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION QUINTA PLANTA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En una unidad de medicina interna, la media de edad de los pacientes atendidos es alta, por lo que la dependencia de los mismos lo es también en muchas ocasiones. Muchos de los pacientes atendidos en la unidad presentan algún tipo de incontinencia, y es necesario productos absorbentes. No utilizarlos adecuadamente, puede generar lesiones o infecciones en la piel, aumento de la dependencia del paciente, y eleva el gasto económico. El proyecto busca disminuir el uso no ajustado a las necesidades del paciente, de absorbentes y mejorar la calidad en la atención al paciente.

El gasto de estos dispositivos es elevado, tanto bragapañales como salvacamás y las lesiones por humedad frecuentes en pacientes portadores de los mismos.  
En ocasiones se usan sin valorar bien el tipo de incontinencia del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

- El gasto de productos para incontinencia es elevado.
- Las lesiones y/o infecciones en piel son frecuentes en pacientes que usan absorbentes
- El personal necesita estar formado en el uso correcto de los absorbentes para incontinencia y de las consecuencias del uso no adecuado y debe ser conocedor de los dispositivos disponibles para su uso.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Alta carga de trabajo en la unidad, favorece el uso de pañales para incontinencia sin valorar otras opciones
- Uso generalizado de un tipo de absorbente sin valorar otras opciones disponibles en la plataforma de compras.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Disminuir el número de pacientes portadores de un dispositivo absorbente no adecuado a sus necesidades
- Disminuir el número de lesiones y/o infecciones asociadas a humedad en pacientes incontinentes.
- Adecuar el uso de pañales de incontinencia a las necesidades reales de cada paciente, valorando el uso de los distintos productos disponibles en la plataforma de compras y estableciendo unos criterios de uso de cada uno de ellos.
- Organizar el trabajo, estableciendo conductas y rutinas que disminuyan la necesidad del uso de pañales.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de varios controles en la unidad para comprobar en que medida se está haciendo un uso correcto de los pañales de incontinencia ajustándose a las necesidades del paciente

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Aranzazu Begué Pascual

2. Registro de lesiones por humedad antes y después de aplicar medidas  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Aranzazu Begué Pascual

3. Valorar con el departamento de recursos materiales la posibilidad de adquirir otros tipos de absorbentes

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#825

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DEL USO DE ABSORBENTES PARA INCONTINECIA Y PREVENCION DE LESIONES POR HUMEDAD EN UNIDAD DE ENFERMERÍA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

no disponibles en el momento actual para la unidad

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Aranzazu Begué Pascual

4. Establecer unos criterios concretos para definir los pacientes que deben utilizar o no absorbentes para incontinencia y que dispositivo en concreto según sus necesidades.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Aranzazu Begué Pascual

5. Realización de sesiones informativas con el personal de la unidad para dar a conocer los dispositivos a utilizar y los criterios y medidas preventivas establecidos

Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Aranzazu Begué Pascual

6. Realizar controles cada cierto tiempo para comprobar si se aplican los criterios establecidos y si son efectivos.

Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Aranzazu Begué Pascual

7. Establecer medidas concretas para prevenir la aparición de lesiones por presión en pacientes incontinentes.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Aranzazu Begué Pascual

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Disminución en un 20%, del número de pacientes portadores de un absorbente no adecuado.\*(1)

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Pacientes portadores de un absorbente no adecuado a sus necesidades  
Denominador .....: Pacientes portadores de un absorbente si adecuado a sus necesidades.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro elaborado en unidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

2. Disminución del número de lesiones y/o infecciones por humedad en pacientes incontinentes \*(2)

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de lesiones y/o infecciones por humedad en pacientes incontinentes  
Denominador .....: Pacientes incontinentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Revisiones realizadas en unidad e Historia clínica electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

3. Porcentaje de personal de la unidad ( Enfermeros y Tcae) que acude a las sesiones informativas. \*(3)

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Personal de la unidad que acude a las sesiones informativas. ( Enfermeros y Tcae)  
Denominador .....: Todo el personal de la unidad ( Enfermeros y Tcae)  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro elaborado en la unidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#825

### 1. TÍTULO

**ADECUACION DEL USO DE ABSORBENTES PARA INCONTINECIA Y PREVENCION DE LESIONES POR HUMEDAD EN UNIDAD DE ENFERMERÍA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE**

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: --Otros--> Paciente con patología crónica o aguda de la especialidad de Medicina Interna

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#877

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA 5ª PLANTA DE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#877 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MAIRAL ABELLANAS LAURA

Título  
MEJORA DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA 5ª PLANTA DE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Colaboradores/as:  
ALAMAN ORTAS LAURA  
BEGUE PASCUAL MARIA ARANZAZU  
CANCER FALCETO MACARENA  
GRUAS LABARTA MARIA PILAR  
LASAOSA PELAY MIRIAM  
PEINADO GALLEGO MANUEL  
SANJUAN ABIAN JOSE CARLOS

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION QUINTA PLANTA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El descanso es un estado de actividad mental y física reducida que requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y ansiedad, y que el sujeto se sienta mejor para sus actividades cotidianas.

Las situaciones que favorecen el descanso adecuado son:

- Comodidad física
- Eliminación de preocupaciones
- Sueño suficiente.

Entre los factores que alteran el sueño de los pacientes ingresados en un hospital está el despertarse y acostarse más temprano de lo habitual y las interrupciones nocturnas, debidas a la luz excesiva, las rutinas y cuidados de enfermería, al compañero de habitación, ruido en la unidad, cama no cómoda, la temperatura de la habitación no adecuada, el dolor, la fatiga, el miedo, la preocupación... se añaden las siestas diurnas propiciadas por el tiempo que deben que permanecer en la cama o sentados sin mayor distracción.

Hay estudios que concluyen que dormir menos de 5 horas por la noche tiene asociado un incremento de la mortalidad cuatro veces mayor que los que superan este tiempo.

Teniendo en cuenta la estructura física de nuestra unidad (habitaciones de dos y tres pacientes), el tipo de paciente habitual (anciano dependiente), la dinámica y cronograma de trabajo en el turno de noche, añadido al número de ingresos/traslados nocturnos que, se interrumpe el sueño con frecuencia y el período mayor de silencio continuado en la unidad es de 4-5 horas si el turno es tranquilo.

En 2020, se planteó la necesidad de mejorar la calidad del sueño del paciente en la unidad. La pandemia covid hizo que la dinámica de unidad cambiará y a pesar de haber iniciado algunas actividades para poner en marcha el proyecto, en ese momento no pudo llevarse a cabo y se paralizó. En estos momentos el planteamiento es retomar el proyecto.

La falta de descanso tiene consecuencias como la fatiga, somnolencia diurna excesiva, rendimiento cognitivo reducido, disminución de la función inmune, alteración de la cicatrización de las heridas y el delirio. Es necesario implementar medidas para mejorar la calidad del sueño de los pacientes ingresados en la unidad para favorecer una mejor recuperación.

#### ÁREAS DE MEJORA

-Frecuentes interrupciones del sueño del paciente durante la noche, que hace que el periodo de mayor silencio continuado en la unidad sea de 4-5 horas máximo si el turno es tranquilo.

-Ruido en turno de noche que interrumpe el sueño o impide la conciliación del mismo

-Es necesario que el personal que trabaja en la unidad sea consciente de las interrupciones que provoca su trabajo nocturno, y de los beneficios de proporcionar un periodo continuado de sueño lo suficientemente largo al paciente

#### ANALISIS DE CAUSAS

-Estructura física de nuestra unidad (habitaciones de dos y tres pacientes)

-Tipo de paciente habitual (anciano dependiente), que requiere vigilancia y cuidados durante la noche

-La dinámica y cronograma de trabajo en el turno de noche.

-Ingresos desde el servicio de urgencias en turno de noche o traslados nocturnos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### -OBJETIVO GENERAL

Mejorar el descanso de los pacientes que ingresan en la 5ª planta del hospital San Jorge de Huesca.

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Disminución de ingresos nocturnos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#877

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA 5ª PLANTA DE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Disminución de medicación nocturna

Optimización de los cuidados de enfermería nocturnos, favoreciendo la comodidad del paciente.

Aumentar la sensibilización por parte del personal y los acompañantes de la importancia del descanso y sueño ininterrumpido de nuestros pacientes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recopilación mediante un registro de datos previos a la implantación de medidas, sobre nº de medicación oral, nebulizaciones, toma de constantes e ingresos durante la noche S

Fecha inicio: 01/02/2020

Fecha final.: 31/03/2020

Responsable.: LAURA MAIRAL

2. Colocación de posters con información específica para personal y para familiares.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: LAURA MAIRAL

3. Realización de encuesta a pacientes antes del inicio del proyecto, y al final del mismo.

Fecha inicio: 01/02/2020

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: LAURA MAIRAL

4. Entrega de dípticos informativos a pacientes y familiares en el ingreso, ya elaborada en 2020

Fecha inicio: 01/04/2020

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: LAURA MAIRAL

5. Revisión de horarios de tratamiento y cuidados nocturnos y adecuación, en la medida de lo posible, al descanso. Modificación de horarios de analíticas y controles del turno de noche

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: LAURA MAIRAL

6. Sesiones formativas al personal, realizando la primera al retomar el proyecto

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: LAURA MAIRAL

7. coordinación con servicio de urgencias para intentar disminuir en la medida de lo posible los ingresos entre la 1 y 6 h de la madrugada.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: LAURA MAIRAL

8. revisar los carros de trabajo y torres tensiómetros para disminuir en la medida de lo posible el ruido que genera las ruedas y alarmas de los mismos, así como evitar su uso siempre que sea posible

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: LAURA MAIRAL

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Algunas de las actividades de mejora se iniciaron en febrero de 2020, tras la pandemia se retomaron a partir de septiembre de 2022

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Enfermeras y TCAES de la unidad que han recibido formación específica \*(1)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Enfermeros y TCAES que han recibido formación

Denominador .....: Todos los enfermeros y TCAES de la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro en la unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#877

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES INGRESADOS EN LA 5º PLANTA DE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Porcentaje de pacientes con díptico informativo entregado en el año 2023

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° pacientes con díptico entregado en 2023

Denominador .....: N° total de ingresos en 2023

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro en la unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. .

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: .

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

4. Disminución en un 30-50% de las interrupciones del sueño relacionadas con act. de enfermería \*(2)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Media de las interrupciones del sueño por paciente en OCT-NOV 2023

Denominador .....: Media de las interrupciones del sueño por paciente en FEB-MAR de 2020

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro en la unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

5. Mejoría de la calidad del sueño percibida por el paciente\*(3)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Calidad del sueño percibido por el paciente antes de la implantación de medidas

Denominador .....: Calidad del sueño percibido por el paciente después de la implantación de medidas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta a pacientes tras ingreso

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes especialidad medicina interna

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#84

### 1. TÍTULO

#### "ELABORACION Y DIFUSION DEL VÍDEO PRESENTACION DEL SERVICIO DE MATERNO- INFANTIL DEL HUSJ DE HUESCA"

Fecha de entrada: 10/06/2022

Nº de registro: 2022#84 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MUÑOZ EZEIZABARRENA MAITE

Título  
"ELABORACION Y DIFUSION DEL VÍDEO PRESENTACION DEL SERVICIO DE MATERNO- INFANTIL DEL HUSJ DE HUESCA"

Colaboradores/as:  
ALLER CONDE MARIA  
ARIZON ARPAL BEATRIZ  
BLANCO GIMENO VERONICA  
JUSTE ROMAN MANUELA  
MIRANDA ANAYA ANA BELEN  
SANZ CADEVILLA PAULA  
ZABAU FERMOSELLE JARA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION SEGUNDA PLANTA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde el servicio de materno-infantil del HUSJ de Huesca venimos detectando desde hace años la necesidad de las mujeres gestantes de conocer la infraestructura y funcionamiento del servicio antes de venir a dar a luz. Dada la ubicación del paritorio dentro del bloque quirúrgico resulta complicado el acceso directo de las mujeres para visitarlo antes del momento del ingreso. Es por eso que vemos la necesidad de mostrarles nuestro servicio a través de este vídeo. Consideramos que el conocimiento previo del servicio donde va a tener lugar este momento tan importante en sus vidas puede contribuir a aumentar la confianza y la tranquilidad de las familias.

#### ÁREAS DE MEJORA

El desconocimiento del servicio por parte de las mujeres que van a venir a dar a luz a este hospital.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Debido a la ubicación del paritorio dentro del bloque quirúrgico resulta complicado el acceso directo de las mujeres para visitarlo antes del momento del ingreso. Es por eso que vemos la necesidad de mostrarles nuestro servicio a través de este vídeo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Abrir las puertas de nuestro servicio y darlo a conocer aprovechando los medios audiovisuales y digitales de los que disponemos actualmente.
- Aumentar la confianza y seguridad de las mujeres a la hora de venir a dar a luz.
- Acercarnos a las mujeres para que nos conozcan.
- Resolver dudas y disminuir su incertidumbre.
- Llegar a las mujeres gestantes a través de las matronas de atención primaria en las sesiones de educación maternal.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Crear un equipo de trabajo para planificar y organizar la realización del vídeo.

Fecha inicio: 15/01/2022  
Fecha final: 31/01/2022  
Responsable.: Maite Muñoz

2. - Elaborar el guion y determinar los diferentes escenarios en los que se desarrolla el vídeo.

Fecha inicio: 01/02/2022  
Fecha final: 31/03/2022  
Responsable.: Jara Zabau

3. - Ponernos en contacto con la Escuela de Artes de Huesca para solicitar su colaboración para el desarrollo de la parte técnica.

Fecha inicio: 01/02/2022  
Fecha final: 07/02/2022  
Responsable.: Manuela Juste

4. - Presentar el proyecto a los alumnos de la Escuela de Artes que van a participar en la grabación y elaboración del vídeo.

Fecha inicio: 15/03/2022  
Fecha final: 31/03/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#84

### 1. TÍTULO

#### "ELABORACION Y DIFUSION DEL VIDEO PRESENTACION DEL SERVICIO DE MATERNO- INFANTIL DEL HUSJ DE HUESCA"

Responsable.: Ana Belen Miranda

5. - Realizar la grabación del vídeo.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Paula Sanz

6. - Proceder a la elaboración y montaje del vídeo.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Beatriz Arizón

7. - Comunicación a las compañeras de atención primaria del proyecto para solicitar su colaboración en la difusión del vídeo.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Maria Aller

8. -Difundir el vídeo en atención primaria a través de las clases de educación maternal y entregar encuestas de satisfacción a las mujeres tras la visualización del vídeo.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Verónica Blanco

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Centros de Salud Promoción Vídeo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de Centros de Salud del Sector Sanitario de Huesca que promocionan la difusión del vídeo entre las gestantes

Denominador .....: Nº de Centros de Salud del Sector Sanitario de Huesca

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Centros de Salud Difusión Vídeo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de Centros de Salud del Sector Sanitario de Huesca que aceptan la difusión del vídeo en las clase

Denominador .....: Nº de Centros de Salud del Sector Sanitario de Huesca

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Mujeres gestantes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de mujeres que acuden a la sesión donde se difunde el vídeo

Denominador .....: Nº de mujeres citadas en la sesión de educación maternal

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Programa OMI.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Encuestas satisfacción

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Puntuación global >7 en las encuestas de satisfacción

Denominador .....: Total de encuestas de satisfacción entregadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#84

### 1. TÍTULO

#### "ELABORACION Y DIFUSION DEL VÍDEO PRESENTACION DEL SERVICIO DE MATERNO- INFANTIL DEL HUSJ DE HUESCA"

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 5. Evaluación Externa

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Valoración global de la satisfacción de las mujeres tras la visualización del video por parte de la matrona del centro de Salud encargada de la sesión > 7

Denominador .....: Total valoraciones globales de la satisfacción de las mujeres tras la visualización del video por parte de la matrona del centro de Salud encargada de la sesión

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: Valoraciones matronas AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1058

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL USO CORRECTO DE ESPESANTES EN PACIENTES CON DISFAGIA EN LA SEXTA PLANTA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1058 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ANORO CASBAS MARIA JOSE

Título  
IMPLANTACION DEL USO CORRECTO DE ESPESANTES EN PACIENTES CON DISFAGIA EN LA SEXTA PLANTA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

Colaboradores/as:  
ALLUE GRACIA ANA  
BELLOSTA MAS MARIA  
CALLEN SALVATIERRA MONICA  
CARRERA SAUSAN CARMEN  
REDOL VIÑUALES MARIA ENCARNACION

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION SEXTA PLANTA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La disfagia orofaríngea es un síntoma clínico altamente prevalente en el medio hospitalario, especialmente en unidades con pacientes geriátricos, con enfermedades neurológicas, tumores de cabeza y cuello, infección por coronavirus..etc., en muchos casos pasa desapercibido .La disfagia conlleva un alto riesgo de desnutrición, deshidratación y también riesgo de complicaciones como la neumonía aspirativa entre otras .Esto conlleva al empeoramiento clínico de los pacientes, a un aumento de la morbimortalidad ,al deterioro funcional y aumento de las estancias clínicas .  
En los pacientes con disfagia que ingresan en nuestra unidad hemos observado un uso incorrecto en el manejo del espesante y un déficit de conocimiento del personal de enfermería sobre las distintas viscosidades de los líquidos con el consiguiente riesgo que conlleva para el paciente y la limitación en las posibilidades de alimentación. Es por ello que es necesario formar al personal, entrenarlo en el manejo correcto del uso de espesantes basándose en las recomendaciones de la IDSSI.

#### ÁREAS DE MEJORA

Uso de la viscosidad adecuada según las recomendaciones de la IDSSI para cada paciente.  
Uso correcto de la preparación y manejo del espesante.

Mejorar las recomendaciones higiénico-dietéticas para los pacientes con disfagia.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de conocimiento de las nuevas recomendaciones de las distintas viscosidades.  
Falta de conocimiento en la preparación del espesante.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Como objetivo principal nos planteamos:

El manejo correcto en la preparación de los espesantes por parte del personal de enfermería ( enfermeros y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería),así como saber identificar las características de cada viscosidad y mejorar las recomendaciones higiénico dietéticas para los pacientes con disfagia.

Además como objetivos secundario serían:

Aumentar la satisfacción de los pacientes con disfagia, al adecuar los líquidos a la viscosidad que puedan deglutir con seguridad y eficacia.

Optimizar el consumo de agua gelificada, reduciendo su uso a los pacientes que precisan esa viscosidad .

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de encuestas al personal de enfermería de la sexta planta ( enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería) sobre la satisfacción con la formación recibida.

Fecha inicio: 01/10/2021

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: MONICA CALLEN SALVATIERRA

2. Sesiones formativas al personal de enfermería ( enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería) de la sexta planta implicado en el cuidado de pacientes con disfagia.

Fecha inicio: 01/10/2021

Fecha final.: 01/10/2023

Responsable.: MONICA CALLEN SALVATIERRA

3. Talleres prácticos para formar al personal de enfermería ( enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería) de la sexta planta implicado en el cuidado de pacientes con disfagia.

Fecha inicio: 01/10/2021

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1058

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL USO CORRECTO DE ESPESANTES EN PACIENTES CON DISFAGIA EN LA SEXTA PLANTA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

Fecha final.: 01/10/2023

Responsable.: MONICA CALLEN SALVATIERRA

4. Elaboración del procedimiento: "Manejo del espesante clear 2-4-6".

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> JOSE ANORO CASBAS

5. Formación de los profesionales de enfermería (enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería) del resto de unidades de hospitalización del hospital Universitario San Jorge.

Fecha inicio: 01/10/2021

Fecha final.: 01/10/2023

Responsable.: MONICA CALLEN SALVATIERRA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Satisfacción de los pacientes con la adecuación de la viscosidad.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes con disfagia hospitalizados en la sexta planta con respuesta satisfactoria o muy satisfactoria a la adecuación de la viscosidad.

Denominador .....: Número total de pacientes ingresados en la sexta planta con disfagia a los que se les ha entregado la encuesta.

\*\*\* excluidos pacientes con deterioro cognitivo importante.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. Satisfacción de los profesionales de enfermería con la formación recibida.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Profesionales de enfermería de la sexta planta que consideran que la formación les ha sido útil para conocer el manejo correcto de los espesantes.

Denominador .....: Número de profesionales de enfermería de la sexta planta.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Reducción del consumo de agua gelificada.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Disminución del 20 % del consumo medio anual de agua gelificada una vez implantado el proyecto con respecto al consumo del 2020.

Denominador .....: No procede.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de consumo en cocina.

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes con patologías que presenten disfagia en la sexta planta del hospital Universitario San Jorge.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#764

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO EN EL AREA DE PREPARACION DE MEDICAMENTOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#764 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR

Título  
ACTUALIZACION DE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO EN EL AREA DE PREPARACION DE MEDICAMENTOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Colaboradores/as:  
ALLUE FANTOVA NATALIA  
GREGORIO MAYORAL MARIA CARMEN  
HUERVA SAMBIA ANA MARIA  
LANAU ESPAÑOL LOURDES  
PUERTOLAS TENA ISABEL ANGELES  
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dentro de las funciones del Servicio de Farmacia está la recepción, preparación y dispensación de medicamentos biopeligrosos. Para este cometido se dispone de un área diferenciada dentro del Servicio, que denominamos LABORATORIO. Está constituida por una zona para la elaboración de fórmulas magistrales no estériles, y otra zona para la elaboración de fórmulas o preparaciones estériles. En esta segunda zona hay dos salas de preparación, en una se encuentra ubicada una cabina de flujo laminar vertical (CFLV) y en otra una cabina de flujo laminar horizontal (CFLH).

En los tres espacios se trabaja de forma diferente. Así en la zona de elaboración de fórmulas magistrales no estériles no es necesaria la protección del manipulador ni la esterilidad del preparado. En la sala de preparación de productos estériles no considerados peligrosos para el manipulador (CFLH), se ha de proteger el preparado. Y en la sala de preparación de medicamentos peligrosos (CFLV) se ha de proteger el preparado y al manipulador.

En estos momentos disponemos de un protocolo antiguo y básico y algunas normativas, pero no aparecen reflejadas de forma unificada todas las instrucciones que realmente se han de seguir. Dado que los tres espacios se ubican en la misma zona "LABORATORIO" van a compartir las mismas instrucciones con anotaciones específicas para cada una de ellas.

En los últimos años ha crecido enormemente el número de medicamentos biopeligrosos y se ha aumentado mucho la complejidad de algunas preparaciones y esquemas. Esto sumado al incremento de movilidad del personal que desarrolla estas funciones hace necesario una revisión y unificación de los protocolos de actuación en esta área.

#### ÁREAS DE MEJORA

1- equipamiento del área de preparación: vemos necesario revisar y unificar en un solo documento todo el equipamiento actual del LABORATORIO. Así como las normas básicas de su funcionamiento y la metodología de trabajo en esta área.

2- elaboración de medicamentos biopeligrosos: en el caso concreto de estos fármacos, la complejidad actual y la informatización en la preparación hace necesario estandarizar en la medida de lo posible la forma de trabajo.

#### ANALISIS DE CAUSAS

1- tanto por los cambios que ha ido habiendo a lo largo de los años como por la variabilidad del personal.  
2- tanto para facilitar su aprendizaje por el personal nuevo como para evitar errores de preparación.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1- disponer de un documento de consulta unificado del equipamiento del área de preparación de medicamentos del Servicio de Farmacia y de su funcionamiento.  
2- actualizar y estandarizar la forma de trabajar en la elaboración de medicamentos biopeligrosos.  
3- los dos puntos anteriores tienen como principal objetivo aumentar el control y por lo tanto la seguridad de las preparaciones elaboradas en este área.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. PROTOCOLO DEL EQUIPAMIENTO: Revisar el equipamiento del área de preparación de medicamentos del Servicio de Farmacia, unificar en un documento su funcionamiento y estandarizar la forma de trabajo.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: NATALIA ALLUÉ FANTOVA

2. PROTOCOLO DE MANEJO DE MEDICAMENTOS BIOPELIGROSOS: actualizar con las recomendaciones más recientes la

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#764

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO EN EL AREA DE PREPARACION DE MEDICAMENTOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

normativa de trabajo en la campana de flujo laminar vertical (medicamentos biopeligrosos)

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: NATALIA ALLUÉ FANTOVA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. PROTOCOLO DEL EQUIPAMIENTO DEL AREA DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL SERVICIO DE FARMACIA.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 1

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: - Sociedad Española Farmacia Hospitalaria (SEFH)

- Ministerio de Sanidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. PROTOCOLO DE MANEJO DE FÁRMACOS BIOPELIGROSOS EN EL AREA DE PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL SF

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 1

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: - Sociedad Española Farmacia Hospitalaria (SEFH)

- Ministerio de Sanidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> todos los pacientes a quienes van dirigidas las preparaciones que se elaboran en el Servicio de Farmacia

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#768

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#768 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
PATIER RUIZ IGNACIO

Título  
PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS

Colaboradores/as:  
ALLUE FANTOVA NATALIA  
AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR  
PUERTOLAS TENA ISABEL ANGELES  
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Ubicación/es secundaria/s  
HUESCA\*HOSPITAL DE SAN JORGE\*MEDICINA INTERNA\*HOSP (Hospitalización)  
HUESCA\*HOSPITAL DE SAN JORGE\*NEUROLOGÍA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las inmunoglobulinas intravenosas humanas inespecíficas (IgIV) son productos hemoderivados, procedente de sangre de múltiples donantes sanos, que contienen alta cantidad de este tipo de inmunoglobulina tipo IgG. Actualmente presentan numerosas aplicaciones médicas, fundamentalmente como terapia sustitutiva en inmunodeficiencias congénitas o adquiridas y como tratamiento inmunomodulador de una amplia variedad de patologías autoinmunes e inflamatorias. De manera sucesiva, y desde su comercialización, ha habido periodos de problemas de suministro por diversos factores. Actualmente, nos encontramos en una situación crítica, que requiere del inicio de actuaciones conjuntas en todos los Hospitales de Aragón, debida fundamentalmente a: 1) La demanda a nivel mundial es superior a la oferta, 2) Incremento del coste del plasma, 3) La pandemia ha hecho que se reduzcan de forma considerable las donaciones plasmáticas y 4) En España, no ha habido actualización de los precios de inmunoglobulinas, a pesar del aumento del coste por litro de plasma. Por lo anteriormente descrito, es necesario tomar medidas. A nivel nacional se ha propuesto: incrementar la autosuficiencia de plasma en España, mejorar la disponibilidad de Ig, y optimizar la utilización de las Ig. El objetivo principal de este procedimiento es establecer un plan de actuación para optimización del uso de Ig en el H.U. San Jorge de Huesca.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disponer de unos criterios consensuados para el uso de Ig en el área que permitan la priorización del uso de inmunoglobulinas ante el problema de suministro.  
Valorar inicialmente todos los inicios de tratamiento con Ig en el área en indicaciones fuera de ficha técnica.  
Valorar en caso de situaciones de desabastecimiento extremo todos los tratamientos, con el fin de establecer prioridades o criterios de retirada.  
Proponer otras acciones que contribuyan a la optimización de uso o a la disponibilidad de Ig

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Existen multitud de indicaciones de utilización de IgIVs fuera de ficha técnica.  
Los problemas de suministro de IgIV son frecuentes y cada vez más crecientes por la pandemia.  
Pueden dar lugar a desigualdad de acceso a los medicamentos y productos sanitarios

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal de este procedimiento es establecer un plan de actuación para optimización del uso de Ig en el H.U. San Jorge de Huesca.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Disponer de unos criterios consensuados para el uso de Ig en el área que permitan la priorización del uso de inmunoglobulinas ante el problema de suministro.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Ignacio Patier Ruiz

2. Valorar inicialmente todos los inicios de tratamiento con Ig en el área en indicaciones fuera de ficha técnica.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Ignacio Patier Ruiz



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#768

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS

3. Valorar en caso de situaciones de desabastecimiento extremo todos los tratamientos, con el fin de establecer prioridades o criterios de retirada.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Ignacio Patier Ruiz

4. Proponer otras acciones que contribuyan a la optimización de uso o a la disponibilidad de Ig

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Ignacio Patier Ruiz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se formalizará un protocolo de utilización y administración de IgIVs en el H.U. San Jorge de Huesca.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Creación del protocolo (Sí/No)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 1

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: No aplica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Difusión del protocolo (Sí/No)

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: 1

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: No aplica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Los indicadores propuestos son de cumplimiento, sí o no, si se realiza la creación del protocolo (Sí/No) y si se realiza difusión del mismo a través de la Intranet del sector (Sí/No).

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1138

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLANTACION DE PAUTAS DE FISIOTERAPIA DOMICILIARIA AL ALTA PARA PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1138 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NERIN BUEN NATALIA

Título  
DISEÑO E IMPLANTACION DE PAUTAS DE FISIOTERAPIA DOMICILIARIA AL ALTA PARA PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA

Colaboradores/as:  
FERNANDEZ FERNANDEZ MARIA SALOME  
RODRIGUEZ ESCUDERO PALOMA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: FISIOTERAPIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El creciente envejecimiento de la población junto con los avances en la técnica quirúrgica hacen de la artroplastia de cadera una de las intervenciones más comunes y con buenos resultados de las unidades de hospitalización de traumatología.

Con ella, se persigue eliminar el dolor a la par que mejorar la movilidad articular para restablecer la calidad de vida.

En el Hospital Universitario San Jorge (UHSJ), en la práctica diaria es habitual encontrarnos con pacientes ingresados convalécientes de esta cirugía que tratamos conjuntamente el servicio de rehabilitación en colaboración con traumatología.

Una intervención de fisioterapia temprana y adecuada en el postoperatorio inmediato se ha demostrado que influye directamente en los resultados funcionales de estos pacientes. Esto se traduce en una disminución de la ingesta de analgésicos, mejora del sueño, restitución de la movilidad articular y fuerza muscular perdida.

Por ello, nuestra presencia es ineludible en el proceso y participamos tanto en la fase de ingreso hospitalario como posteriormente ambulatorio si se precisa.

La tendencia actual nos lleva a una fisioterapia con mayor énfasis en el periodo hospitalario y las pautas postoperatorias domiciliarias que evitan la entrada masiva de estos pacientes en forma ambulatoria reduciendo ampliamente el coste del proceso.

Nuestra unidad de fisioterapia en el HUSJ dispone de unas pautas domiciliarias muy escasas y desactualizadas por lo que vemos la necesidad de diseñar e implantar unas nuevas basadas en la evidencia para adaptarnos a los requerimientos de los nuevos modelos de tratamiento en los que se fomenta la participación activa del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Conseguir unas pautas informativas propias de la unidad y de calidad.
- Involucrar al paciente como parte activa de su tratamiento.
- Estandarizar la información y pautas de fisioterapia recibidas por el paciente al alta.
- Minimizar la entrada de pacientes de artroplastia de cadera a tratamiento ambulatorio.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Información de soporte en papel obsoleta e incompleta.
- En muchas ocasiones, vemos un rol pasivo del paciente en su recuperación tras el alta hospitalaria. Esto sumado a una mejorable calidad de la información recibida al alta, condiciona su funcionalidad posterior.
- Alta variabilidad interprofesional de recomendaciones al alta.
- Flujo de pacientes que se incorporan a tratamiento ambulatorio por no disponer de una continuidad de fisioterapia con pautas domiciliarias.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Dotar al paciente de recursos para fomentar su rol activo en el proceso de su recuperación.
- Proporcionar una información clara, concisa y actualizada con soporte físico en papel para ayudar al paciente a la realización correcta de los ejercicios postoperatorios.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Búsqueda basada en la evidencia y cribado bibliográfico. Puesta en equipo y selección consensuada de pautas a incluir.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 07/09/2022

Responsable.: Paloma Rodriguez Escudero

2. - Diseño de folleto con pautas domiciliarias de fisioterapia postoperatoria y hojas de valoración (indicadores/encuesta de satisfacción)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1138

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLANTACION DE PAUTAS DE FISIOTERAPIA DOMICILIARIA AL ALTA PARA PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA

Fecha inicio: 08/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Natalia Nerín Buen

3. - Implantación del proyecto.  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: María Salomé Fernández Fernández

4. - Evaluación de resultados y redacción de memoria del proyecto. Cálculo de indicadores. Reunión de equipo valorando acogida y pertinencia de rediseño en algún punto del proyecto.  
Fecha inicio: 01/06/2023  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Natalia Nerín Buen

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. -Porcentaje de pacientes intervenidos de artroplastia de cadera que reciben el folleto informado.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Porcentaje de pacientes intervenidos de Artroplastia de cadera en el HUSJ que reciben el folleto de pautas de fisioterapia postoperatoria al alta explicado por un fisioterapeuta

Denominador .....: Número total de pacientes intervenidos de artroplastia de cadera en HUSJ atendidos por fisioterapia.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de pacientes intervenidos en HUSJ de artroplastia de cadera atendidos por fisioterapia.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. -Satisfacción del usuario. Encuestas con puntuación > o igual a 7 puntos. (escala de 0-10)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes que puntúan la encuesta de satisfacción > o igual a 7 puntos (escala 0-10)

Denominador .....: Número de pacientes que reciben la encuesta de satisfacción.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Número total de encuestas de satisfacción realizadas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. - Porcentaje de intervenidos de artroplastia de cadera de cadera tratados tras el alta.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes intervenidos de artroplastia de cadera que habiendo recibido el folleto al alta ha entrado en tratamiento ambulatorio (excluye lesiones / complicaciones postoperatorias asociadas)

Denominador .....: Número de pacientes intervenidos de artroplastia de cadera que reciben el folleto de pautas domiciliarias de fisioterapia explicado por fisioterapeuta al alta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de entrada de pacientes ambulatorios en el Servicio de Rehabilitación de HUSJ.

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#911

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DE LAS MICROANGIOPATÍAS TROMBOTICAS

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#911 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
YUS CEBRIAN MARIA FLOR

Título  
OPTIMIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DE LAS MICROANGIOPATÍAS TROMBOTICAS

Colaboradores/as:  
ARCHE BANZO MARIA JOSE  
BERGUA AMORES CARLOS  
COSTILLA BARRIGA LISSETTE DEL PILAR  
FELIPE MIRANDA ADRIANA  
MARCO AMIGOT JOSE JAVIER  
MARCO BETES VICTOR  
MARTINEZ BURILLO ALBA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: HEMATOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las microangiopatías trombóticas (MAT) primarias comprenden la Púrpura Trombótica Trombocitopénica (PTT) y el Síndrome Urémico Hemolítico (SHU), son enfermedades raras, con una incidencia en nuestro medio de 1-3 casos/año. Por contra presentan una importante morbimortalidad en la fase aguda. En el caso de la PTT la mortalidad sin tratamiento es del 90%, pero con un diagnóstico temprano y un tratamiento precoz desciende a un 10%. La presentación clínica de ambas es en muchos aspectos similar, sin embargo, el tratamiento de ambas patologías es muy diferente. En la PTT se basa en plasmaféresis, junto con los corticosteroides, Rituximab y Caplacizumab, En el SHU el Eculizumab es el tratamiento de elección. En ambos casos son tratamientos de gran consumo de recursos económicos y humanos. La diferenciación entre PTT y SHU es fundamental para iniciar la terapia apropiada y se basa en la determinación de los niveles de actividad plasmática de ADAMTS13. Un nivel de ADAMTS13 inferior a 10 UI/L es compatible con PTT, mientras que ante una actividad plasmática de ADAMTS13 superior a 10UI/dl se debe considerar el diagnóstico de SHU, tras haber excluido otras causas secundarias de microangiopatía trombótica. Desafortunadamente, la determinación de ADAMTS13 se realiza en laboratorios externos especializados y está disponible generalmente en 2-7 días.

#### ÁREAS DE MEJORA

El HUSJ dispone de un Protocolo de manejo de las MAT consensuado entre los Servicios de Hematología y Hemoterapia, Nefrología y Medicina Intensiva. El pronóstico depende fundamentalmente de la instauración precoz del tratamiento adecuado, por tanto, la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas debe realizarse en las primeras horas, sin esperar a disponer de los niveles de ADAMTS13, es decir, pre-test. La estrategia diagnóstica, debe comenzar con una evaluación razonada de la probabilidad de que el paciente presente una MAT primaria PTT/SHU. Para optimizar la toma de decisiones, se han desarrollado y validado modelos de valoración como las escalas ASAP, PLASMIC, o la escala francesa, que permitan apoyar el proceso diagnóstico de una MAT e instaurar los costosos tratamientos en función de esta probabilidad. Con estas escalas, que poseen una sensibilidad del 84-90% y una especificidad del 58-92.7%, menos del 2% de pacientes con puntuaciones muy bajas tienen déficit de ADAMTS13, en puntuaciones intermedias es frecuente encontrar pacientes con MAT secundarias. En puntuaciones altas, al menos 4 de cada 5 pacientes adultos tienen PTT. La ISTH (International Society of Thrombosis and Haemostasis) recomienda el inicio del tratamiento con Plasmaféresis y corticoides en todos los pacientes con sospecha de PTT, sin embargo, el uso de Caplacizumab depende la probabilidad de PTT pre-test, con una probabilidad de  $\geq 90\%$  su uso está justificado, no así con una probabilidad de  $< 20\%$ . Las novedades aparecidas recientemente incluyen las guías internacionales, nacionales, así como la disponibilidad de los nuevos tratamientos, y especialmente la introducción de las escalas de valoración de la probabilidad diagnóstica de una MAT primaria PTT/SHU, hacen que sea aconsejable la revisión y adecuación del protocolo de diagnóstico del HUSJ.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La distinción entre PTT y SHU, y por tanto el tratamiento, se basa en la prueba de actividad plasmática de ADAMTS13. Esta determinación se realiza en laboratorios externos especializados y tarda de 2 a 7 días, sin embargo, la decisión de tratar una u otra MAT primaria debe tomarse en horas, cuanto más se demora más empeora el pronóstico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Objetivo principal: mejorar el pronóstico de los pacientes con Microangiopatías Trombóticas.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#911

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DE LAS MICROANGIOPATÍAS TROMBOTICAS

- Valoración de todos los pacientes con sospecha de MAT mediante las escalas validadas: PLASMIC, Francesa y ASAP.
- Instaurar y graduar los tratamientos en función de la probabilidad de presentar una MAT.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. En los pacientes con sospecha de MAT: plaquetas  $<100 \times 10^9/L$ , anemia hemolítica microangiopática (haptoglobina baja, LDH elevada, presencia esquistocitos), se efectuarán escalas diagnosticas

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Integrantes del grupo de mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Respecto a las actividades del proyecto, la fecha prevista de finalización estará sujeta a la cantidad de pacientes con sospecha de MAT que se reciban, ya que se trata de una patología poco frecuente.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes valorados mediante escalas/Pacientes con sospecha de MAT, índice 100

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Pacientes valorados mediante escalas

Denominador ..... Pacientes con sospecha de MAT,

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Los datos se obtendrán a partir de los pacientes con sospecha de MAT a los que se les efectúen las escalas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Pacientes asignados a grupo de probabilidad/Total de pacientes evaluados, índice 80%

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Pacientes asignados a grupo de probabilidad

Denominador ..... Total de pacientes evaluados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Los datos se obtendrán a partir de los pacientes con sospecha de MAT a los que se les efectúen las escalas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Tratamientos prescritos por grupo de probabilidad/ Total de tratamientos prescritos, índice 80%

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Tratamientos prescritos por grupo de probabilidad

Denominador ..... Total de tratamientos prescritos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Los datos se obtendrán a partir de los pacientes con sospecha de MAT a los que se les efectúen las escalas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Determinación de la sensibilidad pre-test

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... VP

Denominador ..... VP +FN

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Los datos se obtendrán a partir de los pacientes con sospecha de MAT a los que se les efectúen las escalas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. Determinación de la especificidad pre-test

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... VN

Denominador ..... VN + FP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Los datos se obtendrán a partir de los pacientes con sospecha de MAT a los que

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#911

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DE LAS MICROANGIOPATÍAS TROMBOTICAS

se les efectúen las escalas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Microangiopatías trombóticas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#91

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA MEDIANTE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR

Fecha de entrada: 12/06/2022

Nº de registro: 2022#91 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CALVO BEGUERIA EVA MARIA

Título  
OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA MEDIANTE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR

Colaboradores/as:  
CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN  
CHICANO NIETO NOELIA  
GARCIA MALINIS ANA JULIA  
MADROÑERO VUELTA ANA BELEN  
MARTINEZ BURILLO ALBA  
MERIÑO IBARRA ERARDO ERNESTO  
SERAL MORAL MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las enfermedades autoinmunes sistémicas son patologías que pueden afectar a varios órganos o sistemas del cuerpo humano. Estas enfermedades precisan a menudo la colaboración de varios especialistas de distintas áreas. Es por ello que se ha acordado establecer en el hospital San Jorge de Huesca la creación de un grupo multidisciplinar en el que estén representados varios de los especialistas implicados. De esta manera se debatirán y expondrán en común los casos que estén siendo valorados por más de un especialista.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se espera en aquellos casos comentados en la reunión del grupo poder aunar objetivos y estrategias, pudiendo así evitar duplicar consultas y revisiones innecesarias al ponerse los especialistas de acuerdo y establecer un objetivo y tratamiento común en base a la situación del paciente y sus diferentes manifestaciones.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Son pacientes con enfermedades que afectan a varios órganos o sistemas, debiendo acudir a diferentes especialistas, a veces con criterios diferentes según sus propias sociedades científicas. Cada paciente es un caso concreto que se debatirá en el grupo para así aunar objetivos y tratamiento.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Los resultados que esperamos conseguir son mejorar la asistencia, el diagnóstico y el manejo de los pacientes con enfermedades autoinmunes que estén en seguimiento por varios especialistas de Medicina.  
La población diana son los pacientes diagnosticados de alguna enfermedad autoinmune sistémica en el Hospital San Jorge. Los servicios implicados son: Reumatología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología y Dermatología.  
El objetivo principal es evaluar los casos seleccionados por el comité multidisciplinar con el fin de evitar consultas innecesarias y establecer líneas de tratamiento comunes. Como objetivo secundario, se realizarán sesiones bibliográficas y clínicas de actualización. Otro objetivo es el constituir una referencia como grupo de expertos para otros facultativos del hospital que quieran exponer sus inquietudes o aclarar conceptos acerca de sus pacientes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Establecer y realizar un número mínimo de ocho sesiones presenciales al año.

Fecha inicio: 20/09/2022  
Fecha final.: 24/09/2024  
Responsable.: Eva Calvo Begueria

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El plan de comunicación entre compañeros será mediante correo electrónico para preguntar disponibilidad y posteriormente indicar la fecha, hora, y lugar donde se realizará la sesión, acordando qué personas expondrán sus casos en cada sesión y quién realizará la actualización para las sesiones bibliográficas.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#91

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL MANEJO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA MEDIANTE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR

1ª y 2ª memoria)

1. % casos evaluados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de casos evaluados en sesión

Denominador .....: total de casos de enfermedades autoinmunes sistémicas compartidos por al menos dos especialistas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: historia clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 16.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % interconsulta evaluada

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: interconsulta evaluada en comisión sin consulta presencial posterior

Denominador .....: total de consultas evaluadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: agenda de la especialidad correspondiente

Est.Mín.1ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. número de pacientes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes a los que se ajusta u optimiza el tratamiento

Denominador .....: total de pacientes evaluados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: historia clinica

Est.Mín.1ª Mem ..: 16.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. sesiones de actualización

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: número de sesiones de actualización

Denominador .....: número de reuniones del grupo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pubmed. Guías de Práctica clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 16.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#396

### 1. TÍTULO

#### CONTROL LIPÍDICO Y OPCIONES DE MEJORA EN ENFERMOS QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#396 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GONZALEZ GARCIA MARIA DEL PILAR

Título  
CONTROL LIPÍDICO Y OPCIONES DE MEJORA EN ENFERMOS QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA

Colaboradores/as:  
ARA GABARRE JAVIER  
BLANCHE COLLET FRANCESC  
MALLEEN DIAZ DE TERAN MARIO  
MENDEL BELLO JOHANNES  
PEÑA RUEDA ANDREA MARIA  
SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO  
VALLES DIEZ IÑAKI

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Ubicación/es secundaria/s  
HUESCA\*HOSPITAL DE SAN JORGE\*ANALISIS CLÍNICOS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la actualidad se sabe que más de la mitad de la reducción en la mortalidad cardiovascular puede atribuirse a cambios en el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), principalmente reducciones de las concentraciones de colesterol total y su fracción LDL (c-LDL), presión arterial y cese del consumo de tabaco. A través de este proyecto pretendemos conocer el control de FRCV, especialmente del perfil lipídico, de un grupo de enfermos ingresados en el Servicio de Medicina Interna, la relación con su riesgo cardiovascular (RCV) y las guías europeas de prevención cardiovascular del 2021. La finalidad de dicho conocimiento sería tratar de mejorar el RCV de estos enfermos instaurando las medidas terapéuticas pertinentes para que su concentración de c-LDL esté dentro del objetivo correspondiente según su riesgo cardiovascular estimado.

#### ÁREAS DE MEJORA

A pesar de las evidencias favorables en reducción del RCV con las terapias hipolipemiantes, el control lipídico en España sigue siendo deficitario. Y todavía lo es más teniendo en cuenta que las guías de prevención cardiovascular cada vez son más estrictas en cuanto a objetivos lipídicos.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Existen evidencias que un control insuficiente de niveles de c-LDL, no adecuado para el RCV, se traduce en un aumento de la morbi-mortalidad cardiovascular. Los tratamientos hipolipemiantes han demostrado ser útiles para reducir el colesterol LDL y el RCV de forma coste efectiva, especialmente en prevención secundaria.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Conocer el perfil lipídico de 50 enfermos ingresados de forma consecutiva en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Jorge desde el 1 de julio de 2022
- Evaluar otros factores de riesgo cardiovascular de estos sujetos: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus y hábito tabáquico, así como antecedentes de enfermedad cardiovascular establecida.
- Calcular el riesgo cardiovascular mediante SCORE2 y SCORE2 OP de dichos enfermos para incluirlos en las categorías de riesgo muy alto, alto, moderado y bajo según las guías europeas de prevención cardiovascular del año 2021
- Valorar el control lipídico (c-LDL) de los sujetos en función de su RCV y en relación a dichas las guías
- Instaurar las medidas higiénico-dietéticas y/o farmacológicas pertinentes para intentar conseguir una reducción adecuada del c-LDL que se traduzca en que cada paciente alcance su objetivo terapéutico según su RCV y de este modo tratar de reducir dicho RCV

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Obtención de los valores de c-LDL en 50 enfermos ingresados en el Servicio de Medicina Interna de forma consecutiva a partir del 1 de julio de 2022 y hasta el 31 de septiembre de 2022

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: María Pilar González García

2. Conocimiento de otros factores de RCV: hábito tabáquico, presencia o no de diabetes mellitus y valor de presión arterial (PA) en esos mismos enfermos

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#396

### 1. TÍTULO

#### CONTROL LIPÍDICO Y OPCIONES DE MEJORA EN ENFERMOS QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA

Responsable.: Pablo Sánchez Rubio Lezcano

3. Estimación de su RCV (riesgo de padecer evento cardiovascular mortal y no mortal a 10 años) mediante el cálculo con las tablas SCORE2 (en personas de 40 a 69 años) o SCORE2-OP (a partir de los 70 años)

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Mario Díaz de Terán

4. Instauración de las medidas higiénico- dietéticas y/o farmacológicas pertinentes en aquellos enfermos cuyo valor de c-LDL esté por encima de los objetivos que le corresponden para su categoría de RCV

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: María Pilar González García

5. Revisión ambulatoria a las 12-16 semanas de aquellos pacientes a los que se instauró tratamiento, con nueva determinación del perfil lipídico (c-LDL), comprobando si se ha alcanzado el objetivo marcado

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 31/01/2023

Responsable.: Iñaki Vallés Díez

6. Comprobar si ha disminuido su RCV según las tablas SCORE2 o SCORE2-OP

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 31/01/2023

Responsable.: Johannes Mengel Bello

7. Para conocer el grado de control de la PA se solicitará a los sujetos la toma y registro de monitorización ambulatoria de PA (AMPA)

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final:

Responsable.: Francesc Blanche Collet

8. Posteriormente se podrán realizar revisiones trimestrales o semestrales para revaloración del RCV de estos sujetos

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: Andrea Peña Rueda

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Los pacientes deberán dar su consentimiento (oral o escrito) para ser incluidos en el proyecto.
- Se excluirán del registro los pacientes que ingresen por infección COVID 19, infecciones graves o enfermedades crónicas muy avanzadas que conlleven una alteración significativa del perfil lipídico, neoplasias avanzadas, los enfermos mayores de 85 años y los pacientes con causa secundaria de hipercolesterolemia (síndrome nefrótico, hipotiroidismo...). También serán excluidos los que no deseen participar y/o no den su consentimiento para ello.
- El proyecto se enviará al CEICA para su conocimiento y aprobación.
- Realización de AMPA para la revisión ambulatoria: dos semanas antes de la revisión, cada paciente medirá su PA por la mañana y por la tarde durante 7 días consecutivos, con dos tomas en cada ocasión separadas 1 minuto entre sí.
- Para la valoración de los niveles de c-LDL según la categoría de RCV se utilizarán los criterios de las guías europeas de prevención cardiovascular del 2021

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes incluidos en los que se cuantifica perfil lipídico (c-LDL)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: pacientes en los que se cuantifica perfil lipídico

Denominador .....: sujetos incluidos en el proyecto (n=50)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro de enfermos hospitalizados en Medicina Interna en esas fechas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 99.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 99.00

2. Porcentaje enfermos admitidos en los que se determina el hábito tabáquico, diabetes mellitus y PA

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: pacientes en los que se valora hábito tabáquico, diabetes mellitus y valor de PA

Denominador .....: sujetos incluidos en el proyecto (n=50)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro de enfermos hospitalizados en Medicina Interna en esas fechas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 99.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#396

### 1. TÍTULO

#### CONTROL LIPÍDICO Y OPCIONES DE MEJORA EN ENFERMOS QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA

Est.Máx.2ª Mem ..: 99.00

3. Porcentaje de pacientes incluidos en los que se calcula el RCV mediante la escala SCORE2 o SCORE2-OP

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: enfermos en los que se calcula el RCV mediante escala SCORE2 o SCORE2-OP

Denominador .....: sujetos incluidos en el proyecto (n=50)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro de enfermos hospitalizados en Medicina Interna en esas fechas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 99.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 99.00

4. Porcentaje de pacientes con LDL fuera de objetivo en los que se realiza intervención.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de enfermos en los que se realiza intervención para reducir c-LDL

Denominador .....: sujetos incluidos en el proyecto con c.LDL fuera de objetivo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro de enfermos hospitalizados en Medicina Interna en esas fechas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 99.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 99.00

5. Porcentaje pacientes en los que se ha realizado intervención terapéutica que completan la revisión

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de pacientes que son revisados a las 12-16 semanas

Denominador .....: número de pacientes en los que se ha realizado intervención terapéutica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro de enfermos incluidos en el proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 99.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 99.00

6. Porcentaje pacientes que precisan revisión a las 12-16 semanas y aportan AMPA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de pacientes que aportan datos de AMPA

Denominador .....: número de pacientes citados en revisión a las 12-16 semanas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro de enfermos incluidos en el proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 99.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 99.00

7. Porcentaje de pacientes tratados que alcanzan objetivo c-LDL en función de su RCV

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de pacientes que alcanzan objetivo c-LDL

Denominador .....: número de pacientes en los que se realiza intervención terapéutica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro de enfermos incluidos en el proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 99.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 99.00

8. Porcentaje de enfermos tratados en los que se consigue reducir la categoría de RCV

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de pacientes en los que se reduce la categoría de RCV

Denominador .....: número de pacientes citados en revisión a las 12-16 semanas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro de enfermos incluidos en el proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 99.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 99.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambos sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#396

### 1. TÍTULO

#### CONTROL LIPÍDICO Y OPCIONES DE MEJORA EN ENFERMOS QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#959

### 1. TÍTULO

#### VACUNACION FRENTE A HERPES ZOSTER EN PERSONAS CON CONDICIONES DE RIESGO

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#959 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

Título  
VACUNACION FRENTE A HERPES ZOSTER EN PERSONAS CON CONDICIONES DE RIESGO

Colaboradores/as:  
CALDERON MEZA JOSE MANUEL  
JUSTE GRACIA MARIA BLANCA  
SALVATIERRA DOMPER SUSANA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA PREVENTIVA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El herpes zóster (HZ) es una enfermedad que se produce por la reactivación del virus varicela-zóster (VVZ) a partir de una infección latente en los ganglios dorsales. Se trata de una enfermedad muy prevalente, con mayor incidencia a partir de los 50 años y en mujeres, aumentando con la edad y, de manera considerable, con la presencia de inmunodepresión y ciertas condiciones de riesgo. Presenta una baja mortalidad, pero sus complicaciones, sobre todo la neuralgia postherpética (NPH), pueden ocasionar discapacidad y disminuir la calidad de vida, por lo que constituye un importante problema de salud pública en España.

En 2018, el Consejo Interterritorial aprobó una propuesta de la Ponencia de Vacunas y de la Comisión de Salud Pública en la que se recomendaba la utilización de la vacuna inactivada Shingrix®(HZ/su) en cuanto estuviera disponible, en personas con trasplante de progenitores hematopoyéticos, con trasplante de órgano sólido, con el VIH y en tratamiento con fármacos anti-JAK. Esta recomendación no se pudo llevar a cabo por falta de disponibilidad de esta vacuna en España.

El 25 de marzo de 2021 la Comisión de Salud Pública aprobó el documento "Recomendaciones de vacunación frente a herpes zóster" (elaborado por La Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones) donde, ante la disponibilidad limitada de vacunas, se recomendaba priorizar la vacunación en > 18 años con ciertas condiciones de riesgo.

En el momento en el que se dispuso de vacunas, marzo de 2022, el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón elaboró la instrucción con las recomendaciones de vacunación frente a herpes zoster en personas con condiciones de riesgo.

Existen 2 vacunas autorizadas frente a HZ, pero dado que 1 de ellas es atenuada la vacuna a utilizar en estos pacientes es la vacuna inactivada o de subunidades (HZ/su). Dicha vacuna, Shingrix®, se administra intramuscular con una pauta de 2 dosis con una separación de 2 meses.

Ante esta situación es necesario planificar la vacunación frente a VVZ en las personas, a partir de 18 años, con ciertas condiciones de riesgo: Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH), Trasplante de órgano sólido (TOS), Tratamiento con fármaco anti-JAK, VIH, Hemopatías malignas y Tumores sólidos en tratamiento con quimioterapia.

Para ello se realizará captación activa de estos pacientes mediante reuniones con los servicios y se establecerá el momento adecuado de vacunación según situación clínica del paciente y/o tratamiento en ese momento. El momento adecuado de vacunación según condición de riesgo se considera el siguiente:

- TPH: 1ª dosis al menos 2 meses después del trasplante.
- TOS: 1ª dosis 4-8 meses tras el trasplante. En caso de personas en lista de espera para TOS se recomienda, siempre que sea posible, vacunación completa al menos 14 días antes del trasplante. Si el éste se realiza tras la 1ª dosis, la 2ª dosis se podría administrar 4-8 meses después.
- Tratamiento con fármacos anti-JAK: siempre que sea posible se vacunará antes del comienzo del tratamiento.
- VIH: tratamiento antirretroviral durante al menos 1 año.
- Hemopatías malignas: 1ª dosis al menos 10 días antes del 1er ciclo de tratamiento o buscar periodos ventana para su administración.
- Tumores sólidos en tratamiento con quimioterapia: 1ª dosis después de completar el curso de terapia antitumoral o buscar periodos ventana para su administración.

En caso de nuevos pacientes derivados que cumplan indicación se incorporará dicha vacuna en sus programas de vacunación recomendado.

#### ÁREAS DE MEJORA

Prevención Primaria del Herpes Zóster en personas con determinadas condiciones de riesgo

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No disponibilidad hasta este momento de vacuna frente a Herpes Zóster

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal: disminuir la incidencia de HZ en personas con condiciones de riesgo, disminuyendo así las complicaciones derivadas de dicha infección.

Objetivo específico: obtener una cobertura de vacunación del 75-80 % de la población diana.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#959

### 1. TÍTULO

#### VACUNACION FRENTE A HERPES ZOSTER EN PERSONAS CON CONDICIONES DE RIESGO

Además, se revisará y actualizará el programa de vacunación recomendado en estos pacientes según su condición de riesgo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones con los servicios responsables (Hematología, Nefrología, Reumatología, Medicina Interna, Oncología)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Jesús Zamora Rodríguez

2. Elaboración de base de datos con la población diana

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Jesús Zamora Rodríguez

3. Administración de la vacuna (acto vacunal)

Fecha inicio: 15/11/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Blanca Juste Gracia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de población diana correctamente vacunada (pauta completa) frente a HZ (cobertura de vacunación)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número personas con pauta completa de vacunación

Denominador .....: Número total de personas con condiciones de riesgo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Fuente elaboración propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. % de población diana con al menos 1 dosis frente a HZ

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número personas con al menos 1 dosis administrada

Denominador .....: Número total de personas con condiciones de riesgo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Fuente elaboración propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#988

### 1. TÍTULO

#### VALORACION Y MEJORA DEL AUTOCUIDADO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO EN HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#988 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora

BETATO ARAGUAS ALEJANDRA MARIA LAIA

Título

VALORACION Y MEJORA DEL AUTOCUIDADO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO EN HEMODIALISIS

Colaboradores/as:

BEIRED VAL INES  
FELEZ JUSTES MARIA ISABEL  
ISARRE LALIENA GEMMA  
MAÑE GODE MARTA  
PEREZ PUEYO MONICA  
QUILEZ PEREZ LUCIA  
TOMAS LATORRE ALEJANDRO

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: NEFROLOGIA

Línea estratégica: --Otras--

PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud emergente a nivel mundial. La prevalencia de la ERC en fases que requieren tratamiento renal sustitutivo ha crecido en España en la última década un 23%.

Los pacientes que reciben hemodiálisis se enfrentan a una patología que implica grandes cambios en todos sus niveles de vida. La educación sanitaria es una herramienta de vital importancia en estos pacientes, necesaria para llevar a cabo de manera correcta sus autocuidados, actividades para cuidar de si mismo, lo cual les permitirá ralentizar la progresión de la enfermedad, mantener su independencia y mejorar su afrontamiento.

El incumplimiento terapéutico y la presencia de malnutrición, son factores de riesgo para la salud del paciente, con impacto en la supervivencia y en la calidad de vida. Por ello la importancia de la adherencia terapéutica al tratamiento por parte del paciente, puede significar un importante factor de control y disminución de complicaciones asociada a la hemodiálisis. Además, la valoración periódica del estado nutricional permite detectar, prevenir, diagnosticar y tratar lo más precozmente posible, una situación altamente prevalente.

Es importante destacar que las terapias dialíticas pueden ser más efectivas y seguras cuando se lleva a cabo la mejora de estos autocuidados.

ÁREAS DE MEJORA

Correcta adherencia al tratamiento farmacológico, así como refuerzo de conocimientos nutricionales y de hidratación.

ANALISIS DE CAUSAS

Pacientes en los que se objetivan dudas sobre sus autocuidados, presentando desajustes analíticos relacionados con nutrición, desajuste en tensión arterial y exceso de hidratación precisando sesiones de hemodiálisis extras e incumplimiento terapéutico.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Determinar la capacidad de autocuidado en los pacientes que reciben hemodiálisis.
- Mejorar los autocuidados de dichos pacientes y reforzar sus conocimientos sobre la enfermedad, nutrición, tratamiento y afrontamiento.
- Valoración del nivel de autocuidados tras reforzar los conocimientos de los pacientes en hemodiálisis.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión del equipo sanitario que conforma el proyecto y reparto de tareas.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Alejandra Betato

2. Toma de datos sociodemográficos, escala Likert, escala de malnutrición inflamatoria (MIS) y escala de adherencia al tratamiento de Morisky-Green, a los pacientes en hemodiálisis.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Lucía Quílez

3. Refuerzo a los pacientes de los conocimientos y requerimientos individuales.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#988

### 1. TÍTULO

#### VALORACION Y MEJORA DEL AUTOCUIDADO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO EN HEMODIALISIS

Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Mónica Pérez

4. Análisis de datos.  
Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Alejandra Betato

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes en hemodiálisis que desean participar  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de pacientes en hemodiálisis que participan  
Denominador .....: Número total de pacientes en hemodiálisis  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Unidad Hemodiálisis San Jorge  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de pacientes en hemodiálisis que mejoran su autocuidado tras el refuerzo  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes cuyo refuerzo de autocuidados es positivo  
Denominador .....: Número total de pacientes en hemodiálisis  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Unidad Hemodiálisis San Jorge  
Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Enfermedad renal crónica

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1049

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO Y FISIOTERAPIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO SUSTITIVO RENAL CON HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1049 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
TOMAS LATORRE ALEJANDRO

Título  
PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO Y FISIOTERAPIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO SUSTITIVO RENAL CON HEMODIALISIS

Colaboradores/as:  
BEIRED VAL INES  
BERGUA AMORES CARLOS  
BETATO ARAGUAS ALEJANDRA MARIA LAIA  
FELEZ JUSTES MARIA ISABEL  
ISARRE LALIENA GEMMA  
QUILEZ PEREZ LUCIA  
T'HOOF NULL SOPHIE

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: NEFROLOGIA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La enfermedad renal crónica es un problema de salud a nivel mundial, con un aumento progresivo de los pacientes que precisan tratamiento renal sustitutivo.

Los pacientes en tratamiento de hemodiálisis (HD) presentan alteraciones que afectan a múltiples sistemas corporales, de entre los que destacan el sistema cardiovascular, y el sistema musculoesquelético.

Reciben tratamiento durante 4 horas 3 días por semana, que se prolongará durante toda la vida del paciente salvo que reciba trasplante renal. A pesar de los avances en el tratamiento de HD, éste no asegura un nivel óptimo de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del paciente. De este modo, los pacientes en HD presentan una disminución significativa de CVRS respecto a aquellos sanos o sometidos a trasplante.

Hay estudios en los que se ha visto el beneficio que aporta, tanto a nivel fisiológico, funcional o psicológico, el ejercicio realizado de manera continuada en estos pacientes.

El objetivo común de todos ellos es mejorar la CVRS mermada, entre otros factores, por un tratamiento (que conlleva la pérdida de la función física y cognitiva y, por tanto, un deterioro funcional que deriva en sedentarismo y disminución de la autonomía funcional) que obliga al sedentarismo en pacientes de edad cada vez mayor y con una patología que se acompaña de catabolismo proteico y anemia.

#### ÁREAS DE MEJORA

Desde septiembre de 2021, se ha puesto en marcha en la unidad de hemodiálisis del hospital San Jorge, un programa-piloto denominado Ejercita-Me, gracias a la colaboración de Alcer Huesca. Se trata de un proyecto en el que se realiza ejercicio físico 1 vez por semana durante la sesión de hemodiálisis, personalizado y dirigido por un fisioterapeuta. Esta actividad realizada durante la sesión permite introducir la actividad física en la rutina de los pacientes en diálisis, buscando mejorar la CVRS, así como romper la rutina monótona durante la diálisis. Con este proyecto queremos conseguir establecer unas pautas para valorar a los pacientes que pudieran ser candidatos a la realización de esta actividad según su comorbilidad médica y capacidad física, y valorar la eficacia respecto a su CVRS.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Numerosos estudios han demostrado que el ejercicio físico en esta población, aplicado durante el tratamiento de hemodiálisis, tiene efectos beneficiosos a nivel del control de función cardiovascular, del sistema musculoesquelético, mejora el estado de ánimo y disminuye el estrés, y conlleva un alto grado de seguimiento.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo es establecer unas líneas de actuación en cuanto a:

- Pautas para la inclusión de pacientes en el programa.
- Evaluación física y seguimiento mediante test/escalas de los pacientes incluidos en el programa, mediante valoración inicial y semestral, demostrando de esta forma los beneficios del ejercicio físico en hemodiálisis a diferentes niveles (cardiovascular, musculoesquelético, funcional, calidad de vida)

Población diana: pacientes en tratamiento con hemodiálisis en el hospital San Jorge de Huesca durante el periodo de observación

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Valoración de los pacientes que van a participar en el estudio

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Alejandro Tomás Latorre

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1049

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO Y FISIOTERAPIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO SUSTITIVO RENAL CON HEMODIALISIS

2. Valoración de seguimiento en el primer semestre

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Alejandro Tomás Latorre

3. Valoración de seguimiento en el segundo semestre

Fecha inicio: 01/10/2023

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Alejandro Tomás Latorre

4. Recogida y evaluación de datos

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Alejandro Tomás Latorre

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes aptos para participar desde el punto de vista médico según comorbilidad

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes en hemodiálisis candidatos a participar en el proyecto según su comorbilidad

Denominador .....: Total de pacientes en hemodiálisis en San Jorge

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos de pacientes en hemodiálisis en HSJ de Huesca

Est.Mín.1ª Mem ..: 91.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 91.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de pacientes que desean participar en el proyecto

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes en hemodiálisis que desean participar

Denominador .....: Total de pacientes en hemodiálisis aptos para participar en el proyecto desde el punto de vista médico en San Jorge

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos de pacientes en hemodiálisis en HSJ de Huesca

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de pacientes en hemodiálisis que perciben mejoría subjetivamente

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes en hemodiálisis que perciben mejoría

Denominador .....: Total de pacientes en hemodiálisis que participan en el proyecto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes en hemodiálisis en HSJ de Huesca

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Porcentaje de pacientes en hemodiálisis que mejoran calidad de vida objetivamente

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes en hemodiálisis que mejoran su calidad de vida según escalas validadas

Denominador .....: Total de pacientes en hemodiálisis que participan en el proyecto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Escalas validadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1049

### 1. TÍTULO

#### **PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO Y FISIOTERAPIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO SUSTITIVO RENAL CON HEMODIALISIS**

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología nefrológica, insuficiencia renal crónica

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#59

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE UN FORMULARIO DE SOLICITUD DE LA BRONCOSCOPIA Y DE LA TORACOCENTESIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE HUESCA

Fecha de entrada: 08/06/2022

Nº de registro: 2022#59 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN

Título  
REALIZACION DE UN FORMULARIO DE SOLICITUD DE LA BRONCOSCOPIA Y DE LA TORACOCENTESIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE HUESCA

Colaboradores/as:  
ARIZON MENDOZA MARIA LOURDES  
BORDERIAS CLAU LUIS  
BRIZ MUÑOZ ELENA MARIA  
CEGOÑINO RUIZ JOAQUIN  
DIAZ BELLO INES  
GARCIA SAEZ SANDRA  
GARRAPIZ LOPEZ FRANCISCO

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Detectamos que un número importante de pacientes que acuden a la realización de broncoscopia y toracocentesis en nuestra Unidad vienen sin el consentimiento informado firmado, sin las pruebas complementarias necesarias realizadas y sin retirar los tratamientos que contraindican las pruebas. En ocasiones esto conlleva que no se pueda realizar la prueba y se deba citar para otro día o, en el mejor de los casos, realizar urgente la analítica, esperar los resultados y retrasar la realización de la prueba con la consiguiente desorganización del programa del día en la sección de pruebas broncopleurales y funcionales. Las causas por las que ocurre esto se debe fundamentalmente al desconocimiento y/o al "no pensar en lo necesario" a la hora de solicitar la prueba. Si en el formulario de petición consta todo será mas fácil recordarlo y solicitarlo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la situación en la que acude el paciente a la realización de la broncoscopia y toracocentesis. Disminuir el número de pacientes que hay que recitar para otro día.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desconocimiento y/o olvido de las condiciones en las que debe acudir un paciente a la realización de la toracocentesis y broncoscopia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Esperamos que los pacientes lleguen a la realización de la prueba en condiciones adecuadas, disminuir las broncoscopias descitadas y mejorar la programación de nuestra unidad. Todos los médicos que soliciten las pruebas lo deberán hacer en estos formularios. Haremos un proceso de divulgación y estarán disponibles en la intranet. Repercutirá positivamente sobre los pacientes a los que se les indica una broncoscopia y/o toracocentesis.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar los formularios. Hablar con Dirección Médica para "colgarlos" en intranet. Divulgar la existencia de dichos documentos.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: JOAQUIN CEGOÑINO DE SUS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. NUMERO DE BRONCOSCOPIAS Y TORACOCENTESIS QUE ACUDEN MAL PREPARADAS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: NUMERO DE PRUEBAS RECHAZADAS POR MALA PREPARACIÓN

Denominador .....: NUMERO DE PRUEBAS TOTALES

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PRUEBAS REALIZADAS EN LA UNIDAD

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#59

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE UN FORMULARIO DE SOLICITUD DE LA BRONCOSCOPIA Y DE LA TORACOCENTESIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE HUESCA

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#101

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE ECOBRONCOSCOPIA EN HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 13/06/2022

Nº de registro: 2022#101 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA SAEZ SANDRA

Título  
REALIZACION DE ECOBRONCOSCOPIA EN HOSPITAL SAN JORGE

Colaboradores/as:  
ARIZON MENDOZA MARIA LOURDES  
BORDERIAS CLAU LUIS  
BRIZ MUÑOZ ELENA MARIA  
CEGOÑINO RUIZ JOAQUIN  
GARRAPIZ LOPEZ FRANCISCO

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde su introducción hace más 15 años, la ecobroncoscopia se ha consolidado como técnica de elección en la estadificación ganglionar mediastínica e hilar de la neoplasia broncopulmonar, además de presentar gran utilidad en otras patologías neoplásicas y granulomatosas que producen afectación del mediastino. La ecobroncoscopia evita la realización de pruebas invasivas, presenta la mejor relación coste-efectividad en el diagnóstico y estadificación del cáncer de pulmón, permitiendo además disminuir la demora del procedimiento diagnóstico, algo de especial trascendencia en patología tan grave como la neoplasia pulmonar.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Diagnóstico y estadificación del cáncer de pulmón. Tanto la Sociedad Española de Patología Respiratoria (SEPAR), la guía americana (ACCP) y la guía europea (ESTS), incluyen la ecobroncoscopia como primera técnica para la confirmación de la afectación mediastínica del carcinoma de pulmón no microcítico.
- Diagnóstico de masas intrapulmonares: la ecobroncoscopia se ha utilizado de forma frecuente para el diagnóstico de lesiones centrales, paratraqueales o paraesofágicas, sin afectación endobronquial.
- Diagnóstico de neoplasias extratorácicas: hasta un 30 % de los tumores pueden producir afectación de ganglios mediastínicos o hiliares, sobretodo tumores de cabeza y cuello, mama y tumores digestivos.
- Diagnóstico de sarcoidosis, presentando rentabilidad diagnóstica mayor que la biopsia transbronquial y menor número de complicaciones como el neumotórax
- Diagnóstico de tuberculosis que se presenta con adenopatías mediastínicas o hiliares.
- Diagnóstico de enfermedad linfoproliferativa

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Actualmente los pacientes son derivados a Neumología de Hospital Miguel Servet, presentando una lista de espera de alrededor 4 semanas; con la realización de ecobroncoscopia en Hospital San Jorge se reducirá el tiempo hasta el diagnóstico definitivo e inicio de tratamiento oportuno. Además, se reducirá el número de pruebas invasivas realizadas al paciente, ya que podrá realizarse fibrobroncoscopia y ecobroncoscopia en el mismo acto.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Población diana: encontramos tres tipos de pacientes

- Grupo A: extensa afectación del mediastino o metástasis a distancia: El objetivo es el diagnóstico sin precisar estadificación
- Grupo B: Paciente con adenopatías mediastínicas sospechosas en TC o PET, que precisen confirmación previa a tratamiento
- Grupo C: pacientes con mediastino normal en técnicas de imagen, pero tumor central o sospecha de afectación de ganglios hiliares, cuyo riesgo de afectación mediastínica es del 25 %. Se requiere confirmación previa a cirugía.

Con la ecobroncoscopia se pretende disminuir el tiempo hasta el diagnóstico y la realización de pruebas más invasivas o con mayor riesgo de complicaciones para el diagnóstico y estadificación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de ecobroncoscopia a los pacientes con afectación mediastínica o tumor pulmonar central sin

adenopatías afectadas en PET/TC

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: SANDRA GARCÍA SÁEZ/ JOAQUIN CEGOÑINO DE SUS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#101

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE ECOBRONCOSCOPIA EN HOSPITAL SAN JORGE

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Ausencia de diagnóstico tras realización de ecobroncoscopia, con necesidad de más pruebas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de ecobroncoscopias diagnósticas

Denominador .....: Número de exploraciones totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#929

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE SUEÑO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#929 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MAJARENAS MASCUÑANO VIRGINIA

Título  
IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE SUEÑO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Colaboradores/as:  
LASIERRA PERIZ YOLANDA  
NAVARRO PEREZ CLARA  
PABLO ZARO MARIA JESUS

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La patología del sueño constituye un grupo de enfermedades que, debido a su prevalencia creciente, morbimortalidad asociada y a sus consecuencias sociosanitarias constituye un problema de salud pública. Se estima que un 30% de la población mayor de 15 años padece algún tipo de patología de sueño. De ellas, el Síndrome de Apnea Obstructiva del sueño (AOS), afecta al 3- 7% de la población adulta masculina y al 2-5% de la población adulta femenina. El AOS ( Síndrome de Apnea Obstructiva de Sueño) conlleva asociado un exceso de riesgo de mortalidad, influido, por un lado, por el incremento de mortalidad de las comorbilidades asociadas y, por otro lado, derivado de la somnolencia diurna que es la principal responsable de los accidentes de tráfico, laborales y domésticos. La Dirección General de Tráfico estima que en el 30% de los accidentes existe una relación con la hipersomnia. En España desde hace algunos años, y de manera creciente, se están estableciendo Unidades de Sueño Multidisciplinares, como es el caso del Hospital Universitario San Jorge de Huesca, resultado de la coordinación de recursos materiales y humanos anteriormente divididos por diferentes servicios. La creación de estas unidades transversales, que suponen una mejora en la calidad y eficiencia de la atención al paciente con trastornos de sueño que precisa de atención especializada, poseen una mayor complejidad organizativa y de coordinación entre los diferentes servicios implicados. De forma progresiva, como parte de la solución a estos problemas, estas unidades han incorporado las Consultas de Enfermería de Patología del Sueño, de vital importancia por su contribución a la mejora de los aspectos organizativos y de coordinación entre los diferentes servicios, mejora en la adherencia del paciente a los tratamientos crónicos, especialmente al tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), solución de incidencias, mejora en la educación sanitaria, y aumento de la satisfacción del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1.-Coordinación entre las distintas especialidades y profesionales que forman parte de la Unidad de Sueño del Hospital Universitario San Jorge.
- 2.-Mejora de la adherencia de los pacientes a las terapias de presión positiva (CPAP, BIPAP...).
- 3.-Mejora de los conocimientos de los pacientes con patología de sueño del Área de Salud de Huesca sobre su enfermedad, mejorando así su calidad de vida.
- 4.- Gestión de pacientes para la realización de estudios de sueño, priorizando las solicitudes más urgentes, gestión de lista de espera, agendas, etc.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- 1.-Aumento de la solicitud de estudios de sueño, aumento de la prevalencia de patologías respiratorias y no respiratorias de sueño, necesidad de tratamiento integral del paciente, con la complejidad que eso conlleva.
- 2.- Anteriormente realizaba el seguimiento el neumólogo prescriptor. Dada la elevada carga asistencial, no se podía hacer un seguimiento inicial exhaustivo que mejorase la adherencia y tolerancia al tratamiento.
- 3.- La elevada carga asistencial de los especialistas impedía realizar educación sanitaria de forma extensa sobre medidas higiénico-dietéticas para mejorar el descanso.
- 4.- El aumento creciente de solicitudes de estudios de sueño, y la inclusión en cartera de servicios de estudios pediátricos, ha hecho aumentar la lista de espera para la realización de estudios de sueño.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivos generales:

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con patología de sueño del Sector Huesca.
- Mejorar la calidad asistencial de los pacientes de la provincia de Huesca a los que se les solicite un estudio de sueño en nuestra Unidad.

##### Objetivos organizativos:

- Facilitar la interacción entre los distintos servicios componentes de la Unidad de Sueño.
- Agilizar el proceso de citación para los distintos estudios de sueño.
- Facilitar el proceso de informe de los estudios poligráficos.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#929

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE SUEÑO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

- Optimizar recursos humanos y materiales de la Unidad.
- Obtener datos estadísticos de la Unidad.
- Control y solicitud del material del laboratorio de sueño, tanto del material fungible como de las revisiones o reparaciones de los aparatos.

#### Objetivos asistenciales:

- Obtener los datos necesarios del paciente para poder seleccionar el test adecuado a su patología, optimizando así los recursos existentes y la satisfacción del paciente.
- Mejorar la adherencia al tratamiento de pacientes con patología de sueño.
- Mejorar la higiene de sueño de dichos pacientes.
- Asegurar que el paciente adquiriera los conocimientos necesarios para mejorar la calidad de su descanso.
- Asegurar un contacto directo del paciente con la Unidad de Sueño.
- Detectar cambios en la situación del paciente que requieran una revisión por parte del facultativo responsable.
- Ser el nexo de unión entre los distintos servicios que componen la Unidad de Sueño, facilitando así la coordinación y organización de ésta.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Recepción de solicitudes para estudios de sueño, recabar información necesaria para realizar el triaje del estudio a realizar y su prioridad.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Virginia Majarenas Mascuñano

2. - Citación telefónica y registro de pacientes para estudios de sueño, dando las indicaciones pertinentes para su realización.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Virginia Majarenas Mascuñano

3. - Corrección de estudios poligráficos.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Elena Briz Muñoz

4. - Informe y registro en historia clínica electrónica de estudios poligráficos.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Elena Briz Muñoz

5. - Triage de estudios de sueño

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Jesús Pablo Zaro

6. -Gestión de citas para laboratorio de sueño o consultas médicas o de enfermería de patología de sueño.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Virginia Majarenas Mascuñano

7. - Colaboración con neumología en la titulación con AutoCPAP y prescripción de CPAP en pacientes diagnosticados de AOS.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Virginia Majarenas Mascuñano

8. - Consulta tras 15 días, 1mes, 3meses, 6meses y 1 año de uso de CPAP a pacientes diagnosticados de AOS.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Virginia Majarenas Mascuñano

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes diagnosticados de patología respiratoria de sueño vistos en consulta de enfermería.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes del sector Huesca diagnosticados de AOS entre el 01/01/2022 y 31/12/2022 en H.U.S.J

Denominador .....: 1ª visita consulta de enfermería de sueño entre 01/01/2022 y 31/12/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#929

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE SUEÑO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Programa DOMINO de estudios de sueño/ programa HIS citasiones  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Pacientes citados y/o registrados por enfermería en laboratorio de sueño.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Núm. de solicitudes de estudios de sueños recibidas en H.U.S.J entre el 01/01/2022 y el 31/12/2022

Denominador .....: Núm. de citasiones para estudios de sueño (PG ó PSG) entre 01/01/2022 y 31/12/2022

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro citasiones/ programa HIS citasiones

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Estudios poligráficos corregidos por enfermería en consulta de sueño

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de poligrafías realizadas entre el 01/01/2022 y el 31/12/2022

Denominador .....: Número de poligrafías corregidas por Virginia Majareñas entre el 01/01/2022 y el 31/12/2022

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Cumplimiento correcto de tratamiento con CPAP tras 15 días de uso.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: -Nº de pacientes a los que se ha prescrito CPAP en H.U.S.J hace 2 semanas con más de 4 horas de uso medio diario de CPAP.

Denominador .....: Nº total de pacientes a los que se ha prescrito CPAP en H.U.S.J hace 2 semanas.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Cumplimiento correcto de tratamiento con CPAP tras 30 días de uso.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes a los que se ha prescrito CPAP en H.U.S.J hace 30 días con más de 4 horas de uso medio diario de CPAP.

Denominador .....: Nº total de pacientes a los que se ha prescrito CPAP en H.U.S.J hace 30 días.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

6. Cumplimiento correcto de tratamiento con CPAP tras 90 días de uso.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes a los que se ha prescrito CPAP en H.U.S.J hace 90 días con más de 4 horas de uso medio diario de CPAP.

Denominador .....: Nº total de pacientes a los que se ha prescrito CPAP en H.U.S.J hace 90 días.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

7. Cumplimiento correcto de tratamiento con CPAP tras 180 días de uso.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes a los que se ha prescrito CPAP en H.U.S.J hace 180 días con más de 4 horas de uso medio diario de CPAP.

Denominador .....: Nº total de pacientes a los que se ha prescrito CPAP en H.U.S.J hace 180 días.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#929

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE SUEÑO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

8. Cumplimiento correcto de tratamiento con CPAP tras 1 año de uso.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de pacientes a los que se ha prescrito CPAP en H.U.S.J hace 1 año con más de 4 horas de uso medio diario de CPAP.

Denominador .....: N° total de pacientes a los que se ha prescrito CPAP en H.U.S.J hace 1 año.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#533

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE CONSULTA DE NEUROENFERMERÍA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#533 \*\* Atención a tiempo: interconsulta \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA GOMARA MARIA JOSE

Título  
IMPLANTACION DE CONSULTA DE NEUROENFERMERÍA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Colaboradores/as:  
GARCIA FERNANDEZ LORENA  
JIMENEZ BLANCO MARIA COVADONGA  
MARTIN GOMEZ M. JOSE  
SERAL MORAL MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Línea estratégica: Atención a tiempo: interconsulta

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Neurología es una especialidad médica que atiende a patologías crónicas como Cefaleas, Ictus, Epilepsia, Esclerosis Múltiple, Enfermedades Neuromusculares, Parkinson, Demencia, dolor crónico, etc, muchas de las cuales son además degenerativas y que precisan una atención continuada e integral tanto del paciente como de cuidadores y núcleo familiar.

Muchas de ellas pueden presentar empeoramientos agudos o procesos intercurrentes graves como brotes inflamatorios, crisis epilépticas, trastornos conductuales, procesos infecciosos o efectos secundarios de medicación que requieren una atención precoz y un control evolutivo que no puede esperar a su cita programada ambulatoria para valorar la remisión o evolución clínica. Teniendo en cuenta las demoras actuales y la no disponibilidad de tiempo ni agenda para citas urgentes en consulta, a menudo conlleva incremento de la demanda asistencial a urgencias, a atención primaria e incluso ingresos hospitalarios con la sobrecarga asistencial y económica que suponen. El primer escalón de la atención médica es la atención primaria y actualmente la situación de pandemia ha provocado un cambio de modelo asistencial que ha provocado demoras y dificultades de acceso de los pacientes neurológicos a su médico de primaria con la consecuencia de empeoramiento de la calidad y la insatisfacción de los pacientes y sensación de desamparo.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Mejoría de la Gestión de agendas de consultas monográficas de neurología
- Mejoría en la Calidad asistencial de pacientes neurológicos crónicos
- Mejoría en la relación médico-paciente y con los familiares de pacientes neurológicos crónicos

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Ausencia de un calendario establecido de cada consulta monográfica con agendas planificadas mes a mes
- Demoras de consulta que impiden que pacientes complejos que precisan seguimiento estrecho sean controlados con la cadencia adecuada
- Escasez de tiempo en consultas para explicar diagnósticos complejos y enfermedades graves tanto al paciente como a la familia así como para resolver las dudas que planteen en un clima adecuado de confianza y tranquilidad

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El Proyecto va dirigido al global de la población del Sector de Huesca que requiera atención neurológica y más específicamente a aquellos pacientes diagnosticados de enfermedades neurológicas crónicas y degenerativas que precisan seguimiento estrecho para su adecuado manejo así como para sus cuidadores principales y familiares.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Apoyo al neurólogo en sus tareas asistenciales y a nivel exploratorio durante las maniobras físicas, estudio neuropsicológico, etc.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 03/10/2023

Responsable.: María José García Gomara

2. Coordinación de la organización y funcionamiento de la consulta con la gestión de citación de consultas monográficas, revisión de pruebas complementarias, etc.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 03/10/2023

Responsable.: María José García Gomara

3. Intervención directa con pacientes y/o familiares, realizando educación de tratamientos inmunomoduladores con diferentes indicaciones en neurología y vías de administración diferentes a la vía oral



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#533

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE CONSULTA DE NEUROENFERMERÍA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 03/10/2023  
Responsable.: María José García Gomara

4. Realizar monitorización telefónica y clínica entre visitas programadas con el neurólogo en caso de incidencias que requieran una atención adelantada a controles habituales.

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 03/10/2023  
Responsable.: María José García Gomara

5. Colocación de parches anestésicos de dolor neuropático en consulta

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 03/10/2023  
Responsable.: María José García Gomara

6. Monitorización de respuesta de test de Apomorfina

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 03/10/2023  
Responsable.: María José García Gomara

7. Realización de Test de disfagia

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 03/10/2023  
Responsable.: María José García Gomara

8. Realizar estudios neuropsicológicos

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 03/10/2023  
Responsable.: María José García Gomara

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se programará la consulta de Neuroenfermería tres días al mes en la consulta número 52 para este cometido

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes vistos en consulta de neuroenfermería en 1 año con respecto al total

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes visitados anualmente en la consulta de neuroenfermería

Denominador .....: Número total de pacientes vistos en revisión en consultas externas de neurología

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Agendas HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. 0

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: 0

Denominador .....: 0

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: 0

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. 0

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: 0

Denominador .....: 0

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: 0

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Grado de satisfacción de los pacientes atendidos en la consulta de neuroenfermería

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes satisfechos que realicen la encuesta

Denominador .....: Número de pacientes que cumplimenten la encuesta

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#533

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE CONSULTA DE NEUROENFERMERÍA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Recuento de encuestas de Satisfacción completadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se trata de un proyecto que se va a poner en marcha en noviembre de 2022 y finalizará en dos años por lo que las cifras del año actual no serán valorables a la hora de contabilizar los indicadores.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#709

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN CIRCUITO DIAGNOSTICO POR RM DE ALTA RESOLUCION EN PATOLOGIA NEUROLOGICA MUY PREFERENTE

Fecha de entrada: 20/07/2022

Nº de registro: 2022#709 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALBERTI GONZALEZ OLALLA

Título  
CREACION DE UN CIRCUITO DIAGNOSTICO POR RM DE ALTA RESOLUCION EN PATOLOGIA NEUROLOGICA MUY PREFERENTE

Colaboradores/as:  
GARCIA GOMARA MARIA JOSE  
GONZALEZ GAMBAU JORGE  
JIMENEZ BLANCO MARIA COVADONGA  
LOPEZ NADAL MARIA ELENA  
MARTIN GOMEZ M. JOSE  
RUBIO BARLES PEDRO JAIME

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Ubicación/es secundaria/s  
HUESCA\*HOSPITAL DE SAN JORGE\*RADIODIAGNOSTICO\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Actualmente en nuestro medio y en otras áreas de salud similares el acceso a la realización de una prueba de RM de forma ambulatoria conlleva una demora significativa que, en algunas patologías, resulta ineficaz para su adecuado manejo ambulatorio, obligando a realizar un ingreso hospitalario para agilizar la realización del estudio, suponiendo un acto poco eficiente al consumir importantes recursos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Estudio y tratamiento ambulatorio de la patología Neurológica que requiere estudio por RM muy preferente (<15 días)

Demora para la realización de estudios de RM ambulatoria y su citación posterior para resultados.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Agenda común global que no permite diferenciar la patología muy preferente.  
No existencia de una consulta específica para resultados muy preferentes en NRL.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Crear un circuito específico para realización de estudio ambulatorio por RM de patología específica neurológica muy preferente, que requiere de un estudio y diagnóstico por RM ágil y eficiente para asegurar una adecuada atención ambulatoria a dicha patología y evitar la realización de ingresos hospitalarios para agilizar dicho estudio.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión multidisciplinar NRL-Radiodiagnóstico RM para definir modo de derivación de la patología NRL muy preferente subsidiaria de estudio RM precoz.

Fecha inicio: 02/05/2022

Fecha final.: 02/05/2022

Responsable.: OLALLA ALBERTÍ GONZÁLEZ

2. Dimensionar los "huecos" y días de la agenda de estudio RM muy preferente ambulatorio en HSJ.

Fecha inicio: 03/05/2022

Fecha final.: 16/05/2022

Responsable.: JORGE GONZÁLEZ GAMBAU

3. Planificación de la consulta de alta resolución para resultados del estudio por RM muy preferente en consulta de NRL

Fecha inicio: 16/05/2022

Fecha final.: 20/05/2022

Responsable.: MARIA JOSE GARCIA GOMARA

4. Reunión multidisciplinar: NRL, Radiodiagnóstico, citaciones de RM y citaciones de consultas para creación del circuito.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: TODOS

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#709

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN CIRCUITO DIAGNOSTICO POR RM DE ALTA RESOLUCION EN PATOLOGIA NEUROLOGICA MUY PREFERENTE

5. Puesta en marcha del circuito.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 07/10/2022

Responsable.: OLALLA ALBERTÍ GONZÁLEZ

6. Detección de errores del circuito

Fecha inicio: 10/10/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: TODOS

7. Implementación de los ajustes precisos para solventar los errores detectados

Fecha inicio: 02/01/2023

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: OLALLA ALBERTÍ GONZÁLEZ

8. Dimensionar las agendas a la demanda real detectada.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: OLALLA ALBERTÍ/JORGE GONZÁLEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Creación de la agenda de RM en HSJ para patología neurológica muy preferente ambulatoria

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 1

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Agenda citas RM

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Creación de la agenda de alta resolución en consultas de NRL para resultados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: 1

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Agenda citas NRL

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Uso real del circuito de RM muy preferente

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de pacientes que acceden al circuito RM

Denominador .....: número de pacientes candidatos a acceder al circuito

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos recogidos en consultas de NRL

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Uso real del circuito de alta resolución en consultas de NRL

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de pacientes que acceden al circuito de alta resolución en consultas de NRL

Denominador .....: Número de pacientes candidatos a acceder al circuito de resultado alta resolución en consultas de NRL

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos recogidos desde citas de RM

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Disminución del uso de hospitalización para realización de RM

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#709

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN CIRCUITO DIAGNOSTICO POR RM DE ALTA RESOLUCION EN PATOLOGIA NEUROLOGICA MUY PREFERENTE

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes ingresados para realización de RM de oct 22 a oct 23

Denominador .....: Número de pacientes ingresados para realización de RM de oct 21 a oct 22

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Codificación

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#851

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO PARA LA INSTAURACION DE TRATAMIENTO CON DUODOPA

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#851 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
TORDESILLAS LIA CARLOS

Título  
PROTOCOLO PARA LA INSTAURACION DE TRATAMIENTO CON DUODOPA

Colaboradores/as:  
CAÑARDO YEBRA ALMUDENA  
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL  
GARCIA FERNANDEZ LORENA  
LASHERAS MAINER MARIA CILLAS  
NAVARRO PEREZ MARIA DEL PILAR  
PEDRERA ROMAN VICTORIA  
SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Ubicación/es secundaria/s  
HUESCA\*HOSPITAL DE SAN JORGE\*DIGESTIVO\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Establecer la instauración del tratamiento con Duodopa para el parkinson avanzado con complicaciones motoras (fluctuaciones y disquinesias), de forma global

ÁREAS DE MEJORA  
Selección del paciente, establecimiento de las equivalencias del tratamiento y calendario de retirada de fármacos  
Colocación de la sonda nasoyeyunal  
Fluidez para la realización de la gastrostomía

ANÁLISIS DE CAUSAS  
No hay calendario de retirada de los fármacos. No está actualizada la equivalencia de estos en Duodopa.  
Muchas enfermeras de la planta no conocen el procedimiento de colocación de la sonda nasoyeyunal  
Se necesita un claro calendario para fluidificar todo protocolo

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Criterios de indicación y tabla de equivalencias de la medicación antiparkinsoniana en cantidad de Duodopa  
Calendario de retirada de los fármacos antiparkinsonianos antes de la prueba con Duodopa  
Que las enfermeras de la Sexta conozcan el procedimiento de colocación de la sonda nasoyeyunal  
Establecer calendario de todo el protocolo desde que el paciente ingresa  
Establecer por Digestivo el procedimiento de la gastrostomía y colocación de sonda definitiva y los cuidados, antes y después de aquella

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Instrucción de enfermería en el protocolo de la sonda nasoyeyunal  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Victoria Pedrera Román

2. Establecer calendario de retirada de los antiparkinsonianos  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Carlos Tordesillas Lia

3. Criterios de indicación y tabla de equivalencias de la medicación antiparkinsoniana en cantidad de Duodopa  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Carlos Tordesillas Lía

4. Establecer por el Servicio de Digestivo el procedimiento de la gastrostomía y colocación de sonda definitiva y los cuidados, antes y después de aquella  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Santos Santolaria Piedrafita

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#851

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO PARA LA INSTAURACION DE TRATAMIENTO CON DUODOPA

5. Establecer calendario de todo el protocolo desde que el paciente ingresa  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Carlos Tordesillas Lía

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Esquema del posible calendario:

- Identificación del candidato (por parte del Neurólogo)
  - Cita con la enfermera de Soporte para educación sanitaria y manejo de expectativas.
  - Revisión de medicación previa con pauta de suspensión de agonistas e inhibidores de la COMT.
  - Fecha de ingreso con o sin PEG durante éste
- Día 1. Ingreso en ayunas y colocación de sonda nasoyeyunal por enfermería de la planta.
  - Soporte por enfermera especializada
  - Análisis con hemostasia
  - Prescripción de Domperidona
  - Medicación crónica habitual
  - Dieta habitual
  - Solicitud de Duodopa
  - Solicitar placa de tórax para el día siguiente
  - MDS-UPDRS III
- Días 2, 3 y 4. Inicio de optimización y ajuste de éste por la enfermera especializada y el neurólogo.
  - Inicio de educación sanitaria en el manejo y cuidado del tratamiento (encendido, apagado, dosis extras, etc...)
- Días 5 (o con posterioridad). PEG: procedimiento habitual de endoscopias según protocolo del servicio.
- Día siguiente a PEG. Cura de la PEG y alta de hospitalización.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

- Porcentaje de enfermeras instruidas en la colocación de la sonda nasoyeyunal

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de enfermeras formadas

Denominador .....: Total de enfermeras de la plana

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Coordinador del proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 11.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

- Calendario retirada de fármacos antiparkinsonianos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Variable no cuantitativa

Denominador .....: Variable no cuantitativa

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Coordinador del proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

- Criterios de indicación y tabla de equivalencias de la medicación antiparkinsoniana en cantidad de D

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Variable no cuantitativa

Denominador .....: Variable no cuantitativa

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Coordinador del proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

- Establecer por el Servicio de Digestivo el procedimiento de la gastrostomía y colocación de sonda de

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Variable no cuantitativa

Denominador .....: Variable no cuantitativa

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Coordinador del proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

- Establecer calendario de todo el protocolo desde que el paciente ingresa



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#851

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO PARA LA INSTAURACION DE TRATAMIENTO CON DUODOPA

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Variable no cuantitativa  
Denominador .....: Variable no cuantitativa  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Coordinador del proyecto  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1233

### 1. TÍTULO

#### RECUPERACION INTENSIFICADA EN GINECOLOGÍA

Fecha de entrada: 06/08/2022

Nº de registro: 2022#1233 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PUENTE LUJAN MARIA JESUS

Título  
RECUPERACION INTENSIFICADA EN GINECOLOGÍA

Colaboradores/as:  
CARREERA BANZO JARA  
GIMENEZ MOLINA CLAUDIA  
GUARGA MONTORI MARIA  
LAFALLA BERNAD OLIVIA  
PEREZ MUÑOZ ANA  
PROCAS RAMON BEATRIZ  
VELA LETE ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La recuperación intensificada, también denominada en inglés Fast-track Surgery o Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®), consiste en la aplicación de una serie de medidas y estrategias perioperatorias (pre, intra y postquirúrgicas) que tienen como objetivo disminuir el estrés originado por las intervenciones quirúrgicas, mejorando la recuperación de la paciente y reduciendo de forma significativa las complicaciones y en ocasiones la mortalidad perioperatoria.

Los protocolos que se llevan a cabo en los programas de recuperación intensificada (RI) combinan una serie de elementos con el objetivo de optimizar la recuperación y disminuir la respuesta al estrés quirúrgico, permitiendo una mayor rapidez en la recuperación de la función intestinal, mejorando el control del dolor, la incorporación de la paciente a su vida normal y reduciendo la estancia hospitalaria, todo ello sin aumento de la morbilidad ni el número de reingresos, y por lo tanto reduciendo también los costes.

Estos programas se inician en el mismo momento del diagnóstico y pretenden reconocer las necesidades individuales de la paciente para optimizar su tratamiento antes, durante y después de la cirugía. De esta forma se consigue que la paciente llegue en las mejores condiciones posibles a la cirugía consiguiendo así una recuperación más rápida. Cuando los protocolos de recuperación multimodal se adoptan de forma rutinaria y se incluyen todas las medidas en cada una de sus fases, se ha demostrado una mejoría significativa de la calidad de vida de la paciente (la experiencia de la paciente de su hospitalización y tratamiento) y los resultados clínicos en cuanto a complicaciones posoperatorias, de esta forma, logran disminuir de manera significativa la estancia hospitalaria y las potenciales complicaciones asociadas con la hospitalización.

Se considera que, para alcanzar este objetivo, es preciso modificar parte del manejo habitual que las pacientes reciben, tanto en la etapa prequirúrgica como en el intraoperatorio y la recuperación postoperatoria. Aunque los programas de recuperación intensificada son el futuro de la cirugía electiva, requieren de una mayor colaboración entre los diferentes especialistas para asegurar el cumplimiento de todas las medidas del protocolo, y es esto precisamente lo que ha demostrado conseguir los mejores resultados.

Población diana: Pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos que no tienen indicación de cirugía mayor ambulatoria, entre 18 y 85 años y ASA = III.

#### ÁREAS DE MEJORA

Para conseguir estos objetivos se incluyen medidas como evitar la preparación intestinal preoperatoria, el control de líquidos y opioides intravenosos durante la cirugía, o la movilización y el inicio de la tolerancia oral precoz en el posoperatorio.

Muchas de las prácticas tradicionales como la preparación intestinal sistemática o el retraso en el inicio de la tolerancia, no solo no están basados en evidencia científica sino que interfieren en la recuperación precoz de la paciente.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

A pesar de la amplia evidencia científica sobre la recuperación intensificada, su aplicación en la práctica clínica es baja. Esto es debido, por una parte, a la dificultad en el cambio de las prácticas tradicionales que se siguen realizando por inercia y, por otro lado, por la necesidad de colaboración e integración de los diferentes profesionales que participan en los procedimientos quirúrgicos. Este último punto se ha demostrado como imprescindible para que los programas se lleven a cabo con éxito y deben incluir también al propio paciente y sus familiares; la paciente debe tener un papel activo y participar del proceso, transformándose en el centro del mismo y debe implicarse en su recuperación.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general:

1. Mejorar la calidad de vida de las pacientes operadas.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1233

### 1. TÍTULO

#### RECUPERACION INTENSIFICADA EN GINECOLOGÍA

##### Objetivos específicos:

1. Disminuir el número total de complicaciones.
2. Disminuir las complicaciones por sangrado y la anemia postoperatoria.
3. Disminuir la estancia media hospitalaria.
4. Disminuir el número de reingresos.
5. Disminuir la variabilidad clínica.
6. Mejorar el control preoperatorio de las variables clínicas.
7. Realizar un manejo postoperatorio estandarizado.

##### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas y vía de abordaje en Sesión Clínica del Servicio antes de introducir las en Lista de Espera Quirúrgica.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/09/2023

Responsable: ANA MARÍA VELA LETE

##### 2. PREOPERATORIO

- Evaluación e intervención nutricional
- Gestión y psicología del dolor
- Manejo de alimentos y bebidas de carbohidratos
- Manejo del ayuno

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/09/2023

Responsable: JARA CARRERA BANZO

##### 3. POSTOPERATORIO

- Nutrición postoperatoria
- Movilización precoz
- Prevención del íleo paralítico
- Manejo del dolor postoperatorio
- Alta hospitalaria en fase intermedia de recuperación

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/09/2023

Responsable: CLAUDIA GIMENEZ MOLINA

4. Realizar un proyecto de mejora/protocolo junto a Servicio de Anestesiología y Reanimación y Personal de Enfermería sobre el manejo intraoperatorio en año 2022-2023

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/09/2023

Responsable: MARÍA JESÚS PUENTE LUJÁN

- \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto
- Ninguna

##### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Realización de Sesiones Clínicas para el manejo perioperatorio

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº sesiones clínicas

Denominador .....: por año

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos: BASE DE DATOS DEL SERVICIO

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

2. Disminución de la anemia postoperatoria grave y el nº de transfusiones

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº transfusiones

Denominador .....: nº pacientes operadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos: BASE DE DATOS DEL SERVICIO

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Disminución de los eventos tromboembólicos

Tipo de indicador: impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1233

### 1. TÍTULO

#### RECUPERACION INTENSIFICADA EN GINECOLOGÍA

Numerador .....: n° de ETV/TEP  
Denominador .....: n° pacientes operadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: BASE DE DATOS DEL SERVICIO  
Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

#### 4. Disminución de la aparición de íleo paralítico

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: n° de sondas nasogástricas  
Denominador .....: n° de pacientes operadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: BASE DE DATOS DEL SERVICIO  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

#### 5. Disminución de la estancia hospitalaria

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: n° de días de hospitalización  
Denominador .....: Estancia media hospitalaria por procedimiento  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: BASE DE DATOS DEL SERVICIO  
Est.Mín.1ª Mem ..: -3.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: -1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: -3.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: -1.00

#### 6. Disminución de reingresos

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: n° de reingresos  
Denominador .....: n° de pacientes operadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: BASE DE DATOS DEL SERVICIO  
Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1238

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR PRECOZ TRAS PARTO

Fecha de entrada: 07/08/2022

Nº de registro: 2022#1238 \*\* Anticoncepción \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GIMENEZ MOLINA CLAUDIA

Título  
PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR PRECOZ TRAS PARTO

Colaboradores/as:  
AGUSTIN OLIVA ANDREA  
CARREERA BANZO JARA  
GUARGA MONTORI MARIA  
LAFALLA BERNAD OLIVIA  
PEREZ MUÑOZ ANA  
PROCAS RAMON BEATRIZ  
VELA LETE ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Anticoncepción

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La planificación del embarazo es una estrategia de salud que actualmente está disponible para toda la población. Sin embargo, resulta desconocido para una gran parte de la sociedad. Estos programas se llevan a cabo, fundamentalmente, de forma ambulatoria en centros de especialidades o centros de salud. De forma frecuente, encontramos mujeres que por razones sociales, culturales u otros motivos, resulta difícil captarlas e introducirlas en el programa de planificación familiar que se lleva a cabo en las consultas externas/ambulatorios o centros de especialidades. Esto resulta en embarazos no deseados y puede acarrear numerosos problemas a las pacientes. En algunas ocasiones, hay pacientes que podrían beneficiarse de estas actividades contraceptivas durante su estancia hospitalaria tras el parto.

#### ÁREAS DE MEJORA

Embarazos no deseados en pacientes con dificultades para acceder a los programas de planificación familiar.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Con relativa frecuencia en las consultas de obstetricia, se objetivan embarazos no planificados que acontecen durante los siguientes meses tras el parto. Diversas causas culturales, sociales o económicas hacen que un grupo de pacientes tenga más complicado acceder a los programas de planificación familiar.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Proponemos una línea de mejora enfocada a captar a este grupo de pacientes que podrían beneficiarse de la anticoncepción precoz tras el parto. En esta línea de mejora estarían implicadas matronas de centros de salud y hospitalarias, servicios sociales, ginecólogos y obstetras.

En primer lugar, se seleccionarán aquel perfil de pacientes candidatas a recibir tratamiento anticonceptivo durante su estancia hospitalaria tras el parto. Para ello tendremos en cuenta las características de las pacientes:

- Menores de 18 años y mayores de 40 años
- País de origen
- Nivel socio-cultural y económico bajo
- Multíparas
- Enfermedades graves y discapacitantes.

La planificación familiar en estas pacientes deberá realizarse de forma precoz durante el curso de la gestación actual y de forma interdisciplinar. Tanto la matrona como el obstetra deberán informar y asesorar a las pacientes sobre los diferentes métodos anticonceptivos que se pueden utilizar durante el puerperio inmediato.

Por lo tanto, debemos crear un equipo multidisciplinar formado por todos los especialistas que puedan tener contacto con la mujer durante su embarazo. La mujer deberá ser identificado durante la gestación para poder planificar la anticoncepción durante el ingreso o lo más precoz posible tras el puerperio.

El objetivo de este programa es proporcionar a las pacientes anticoncepción segura y eficaz durante el puerperio inmediato. De esta forma se aprovechará la estancia hospitalaria de estas pacientes para mejorar la calidad de vida de las mismas, así como reducir el número de consultas en centros de planificación familiar aprovechando al máximo los recursos disponibles.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones multidisciplinares: ginecólogos, obstetras, matronas, trabajadoras sociales, médicos de atención primaria.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1238

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR PRECOZ TRAS PARTO

Responsable.: Claudia Giménez Molina

2. Identificar a las pacientes candidatas para incluirlas en el programa

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Matronas y obstetras

3. Definir cuales son los metodos anticonceptivos más apropiados según el tipo de paciente

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Matronas y obstetras

4. Establecer una encuesta de satisfaccion

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Obstetras

5. Formación al personal asistencial de puerperio

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: obstetras y matronas

6. reunión informativa con el personal médico y enfermería implicados en el proceso

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Claudia Gimenez Molina

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Reducción de las gestaciones no deseadas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de gestaciones no deseadas

Denominador .....: Número total de gestaciones

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Primera consulta con la matrona o el obstetra

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

2. Tiempo de espera hasta consulta de planificacion < 1 mes.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: días hasta primera visita en centros de planificacion

Denominador .....: 365 días

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Listas de espera de consultas

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

3. Encuestas de satisfacción 5 preguntas (puntuacion del 1 (peor) al 10 (mejor))

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Del 1 al 10

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1238

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR PRECOZ TRAS PARTO

---

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#936

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INYECCION DE AIRE O GAS EN CAMARA ANTERIOR DEL OJO

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#936 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
SOLER MACHIN JAVIER

Título  
ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INYECCION DE AIRE O GAS EN CAMARA ANTERIOR DEL OJO

Colaboradores/as:  
ARA GABARRE MIRIAN  
CARMELLO ALVAREZ CONSTANZA MARIA  
CASTILLO CASTEJON OLIMPIA  
DE LEON MONZON LUIS PEDRO EMMANUELLE  
FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO  
FUENTEMILLA MANZANARES ENRIQUE  
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: OFTALMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El desprendimiento de la membrana de Descemet es una patología que produce edema corneal y visión borrosa. Fue descrito en 1928 por B. Samuels y desde 1964 Scheie lo observó como una complicación de la cirugía de catarata. También suceden tras la cirugía de trasplante de endotelio corneal. En estos casos es muy importante conseguir la adhesión del injerto endotelial al resto de las capas corneales. Aunque hay casos de resolución espontánea, a veces es necesario promover la unión de las capas de la córnea. Por ese motivo se inyecta en cámara anterior del ojo aire o gas ( Generalmente SF6), que empujan al endotelio anteriormente estimulando su adhesión con el resto de capas corneales. Esta técnica se realiza en quirófano, y es conveniente que los Médicos dispongamos de un consentimiento informado específico para esta maniobra para poder informar con claridad a los pacientes de los riesgos y beneficios de la misma.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Falta de consentimiento informado para una técnica quirúrgica
- Asegurar que los pacientes reciben una información clara de la técnica que se les va a realizar, de sus beneficios y de sus posibles complicaciones

#### ANALISIS DE CAUSAS

- No existe documento hospitalario para esta técnica quirúrgica.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El principal objetivo es disponer de un consentimiento informado que permita que los pacientes en los que se va a realizar esta técnica dispongan de una información clara de los objetivos terapéuticos y de los riesgos y beneficios que conlleva. Además se podrá agilizar el trabajo en consulta al no tener que redactar manualmente un consentimiento informado.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaborar un consentimiento informado mediante una revisión bibliográfica

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: Dr. Javier Soler Machín

2. Realizar reuniones de los Médicos del Servicio de Oftalmología para asegurar que el documento cumple criterios de buena práctica clínica

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: Dr. Javier Soler Machín

3. Realizar reuniones con el resto de personal del Servicio ( Enfermería, Secretaría, Archivos) para conocer el nuevo documento y su uso en la consulta y a la hora de archivarlo

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: Dr. Javier Soler Machín

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#936

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INYECCION DE AIRE O GAS EN CAMARA ANTERIOR DEL OJO

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Registrar el uso del consentimiento en los pacientes que precisen esta técnica quirúrgica

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de casos en los que se hace consentimiento informado

Denominador .....: Número total de casos de pacientes a los que se va a practicar la técnica quirúrgica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de pacientes a los que se les realiza correctamente el consentimiento informado

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del ojo y sus anexos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#787

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLIZACION Y USO RACIONAL DE LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS UTILIZADAS EN EL SEGUIMIENTO DE TUMORES MAS PREVALENTES ( CARCINOMA DE MAMA, COLON Y PULMON)

Fecha de entrada: 24/07/2022

Nº de registro: 2022#787 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CALDERERO ARAGON VERONICA

Título  
PROTOCOLIZACION Y USO RACIONAL DE LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS UTILIZADAS EN EL SEGUIMIENTO DE TUMORES MAS PREVALENTES ( CARCINOMA DE MAMA, COLON Y PULMON)

Colaboradores/as:  
RIVERO SOBREVIELA PILAR  
GASCON RUIZ MARTA  
GIMENO PELEGRIN JOAQUIN  
HERNANDEZ GARCIA ALBA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGÍA MEDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La oncología médica tiene una actividad creciente. Cada vez es mayor la incidencia del cáncer, mayores las estrategias de tratamiento y mayor el número de pacientes sometidos a procesos diagnóstico-terapéuticos, con largos supervivientes. El uso no indicado o incluso abusivo de pruebas diagnósticas lleva a los pacientes a sufrir los inconvenientes de intervenciones no necesarias, a sobrecargar a los servicios proveedores y a incrementar el gasto sanitario. La optimización en la cantidad y frecuencia de las pruebas realizadas, ajustándose a la mayor evidencia científica disponible, repercute en beneficio del paciente y en la reducción de la sobrecarga asistencial y el gasto sanitario evitable.

#### ÁREAS DE MEJORA

-Optimización del uso de las pruebas diagnósticas durante el seguimiento  
- Protocolización y homogeneización de los calendarios

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Posible sobreutilización de pruebas diagnósticas  
- Disparidad de criterios entre profesionales

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El ajuste en el número y calendario de pruebas a realizar en los tumores más prevalentes ( CCR, mama y pulmón), puede tener un alto impacto en disminuir la presión asistencial de los servicios implicados y en ahorro de costes asociados. Se revisará también la indicación y el uso racional de pruebas de mayor impacto económico ( por ej. PET)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Desarrollo de protocolos de seguimiento para cada una de las patologías más prevalentes en función de datos publicados y recomendaciones internacionales

Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 04/09/2023  
Responsable.: VERONICA CALDERERO ARAGON

2. - Análisis comparativo respecto de los estudios solicitados y realizados en años previos

Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 04/09/2023  
Responsable.: VERONICA CALDERERO ARAGON

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
NINGUNA

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. NUMERO DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS SOLICITADAS PARA SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN CONTROLES

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: PRUEBAS SOLICITADAS DURANTE 1 AÑO (RX. + ECO+TAC+PET)  
Denominador .....: PRUEBAS SOLICITADAS DURANTE EL AÑO PREVIO AL ESTUDIO(RX. + ECO+TAC+PET)  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: REGISTRO CITACIONES Y RADIOLOGIA  
Est.Min.1ª Mem ..: 20.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#787

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLIZACION Y USO RACIONAL DE LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS UTILIZADAS EN EL SEGUIMIENTO DE TUMORES MAS PREVALENTES ( CARCINOMA DE MAMA, COLON Y PULMON)

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
NINGUNA

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#854

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE CONSULTA ESPECIFICA DE ENFERMERIA PARA EL CONTROL AMBULATORIO DE TOXICIDADES ASOCIADAS A TERAPIAS ONCOLOGICAS

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#854 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CASTERAD PLAYAN LORENA MARIA

Título  
DESARROLLO DE CONSULTA ESPECIFICA DE ENFERMERIA PARA EL CONTROL AMBULATORIO DE TOXICIDADES ASOCIADAS A TERAPIAS ONCOLOGICAS

Colaboradores/as:  
RIVERO SOBREVIELA PILAR  
GAZOL PERIZ YOLANDA  
HUERVA SAMBIA ANA MARIA  
MATAS PALOMARES OLGA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGÍA MEDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La incidencia creciente de los diagnósticos oncológicos y el progresivo incremento de los pacientes en tratamiento, pone de manifiesto la necesidad de consultas de apoyo y seguimiento de las toxicidades potenciales asociadas a las terapias. La enfermería con formación específica tiene un papel de vital importancia en la estructura del H. Día oncológico para dar una atención integral e individualizada y poder atender los requerimientos, solicitudes y el seguimiento de los pacientes oncológicos en tratamiento consiguiendo una disminución de la demanda a la consulta médica de oncología

#### ÁREAS DE MEJORA

Desarrollo y especialización de la enfermería oncológica.  
Disminución de la demanda de la consulta médica.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Incremento del número y complejidad de los tratamientos oncológicos.
- Aumento de la demanda en la consulta médica oncológica.
- Necesidad de intervención de enfermería en el proceso de enfermedad de los pacientes oncológicos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo del proyecto es desarrollar y poner en marcha una consulta específica de enfermería oncológica dentro del H. Día de oncología  
Hacer seguimiento de las toxicidades más importantes del ttº de oncología.  
Garantizar una atención rápida y personalizada en la consulta.  
Dar soporte y apoyo a los pacientes que se manejan ambulatoriamente.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Creación de una consulta de enfermería de seguimiento de toxicidades

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 11/09/2023

Responsable.: Pilar Rivero Sobreviela

2. Creación de la agenda hiss

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 11/09/2023

Responsable.: Pilar Rivero Sobreviela

3. Formación del personal enfermero encargado de la consulta en el control y manejo de toxicidades asociadas a tratamientos oncológicos

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 11/09/2023

Responsable.: Verónica Calderero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Sesiones formativas registradas y se hará un registro-seguimiento de todos los casos atendidos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#854

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE CONSULTA ESPECIFICA DE ENFERMERIA PARA EL CONTROL AMBULATORIO DE TOXICIDADES ASOCIADAS A TERAPIAS ONCOLOGICAS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes en tratamiento oncológico atendidos por enfermería durante el tiempo de registro  
Denominador .....: Número de pacientes totales en tratamiento oncológico durante el tiempo de registro  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Registro de consultas y tratamiento de citaciones y programa de h. día  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. Sesiones de control de toxicidades por cada ciclo de tratamiento

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de visitas de control de toxicidad realizadas por enfermería en cada ciclo de tratamiento  
Denominador .....: Número de ciclos administrados  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Registro de consultas y tratamiento de citaciones y programa de h. día  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#414

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE TABLAS DE MEDICACION PARA URGENCIAS PEDIATRICAS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#414 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE

Título  
CREACION DE TABLAS DE MEDICACION PARA URGENCIAS PEDIATRICAS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

Colaboradores/as:  
DOLZ PEREZ MARIA MIGUELA  
LOPEZ UBEDA MARTA  
SANCHO GRACIA ELENA  
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR  
VIÑUALES PALOMAR MARIA JESUS

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las situaciones de urgencia que puede presentar un niño requieren atención inmediata y de alta calidad. Estas situaciones ocurren generalmente en las urgencias hospitalarias. Actualmente la seguridad de la asistencia sanitaria y especialmente el problema de los errores de medicación son temas prioritarios de las autoridades sanitarias ya que los errores médicos tienen un elevado coste asistencial y económico. En pediatría, el análisis de la seguridad del uso de medicamentos es todavía de mayor importancia. Son errores que mayoritariamente se producen en las etapas de prescripción y administración y el problema suele ser un error en la dosificación del medicamento. Estos errores en la prescripción de medicación son prevenibles y por tanto, se puede reducir su número y su impacto. Una actividad básica para la mejora de la calidad de la asistencia pediátrica urgente es la estandarización de las medicaciones. Es por ello, que se pretende facilitar nuevas herramientas de trabajo en situación de urgencia. Debido a la necesidad de realizar cálculos de dosificación, basados en el peso, la edad o la superficie corporal, y a las diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas con respecto a los adultos, los niños son particularmente vulnerables a sufrir errores de medicación, y la morbimortalidad asociada es potencialmente mayor. Además, es común la utilización de medicamentos fuera de ficha técnica (uso off-label). Es por ello que la realización de tablas con las dosis de fármacos a administrar al paciente conociendo su peso y/o su edad que se emplean en situación urgente, pretenden servir de ayuda para los profesionales que atienden niños en el ámbito hospitalario, y tratar de unificar las dosis de estos fármacos en todos los ámbitos de atención, evitando, además, errores de dosificación y mejorando así, la seguridad del paciente. En estas tablas figurará el peso y/o edad para la que se ha realizado el cálculo de las dosis a administrar.

#### ÁREAS DE MEJORA

Reducir la incidencia de errores de dosificación en el paciente pediátrico crítico en sala de urgencias

#### ANALISIS DE CAUSAS

La insuficiente frecuencia de niños críticos en urgencias y la ausencia de simulacros conlleva la falta de familiaridad con el manejo de estos fármacos de reanimación y estabilización del niño crítico. Las tablas de medicación y los simulacros facilitarán pautar la dosis correcta de cada fármaco en situaciones reales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Recomendaciones sobre la medicación y material para la atención pediátrica urgente que debe encontrarse en los carros de los boxes de urgencias/vitales.  
Realización de tablas de medicación utilizadas para situaciones urgentes para una unificación de criterios. En cada tabla se registrará: principio activo, nombre comercial y presentación, así como vías posibles de administración, indicación habitual, forma de administración y preparación del fármaco, presentaciones disponibles en nuestro hospital, dosis recomendada a administrar en mililitros y miligramos, dosis máxima y limitaciones.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión del equipo coordinador del servicio de Pediatría y revisión de la bibliográfica actual con las últimas evidencias

Fecha inicio: 30/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Jorge García-Dihinx Villanova

2. Recogida de todos los fármacos que deben estar disponibles en todos los carros de reanimación cardiopulmonar

Fecha inicio: 30/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: María Miguel Dolz Pérez

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#414

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE TABLAS DE MEDICACION PARA URGENCIAS PEDIATRICAS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

##### 3. Creación de tablas de medicación por peso y edad

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Marta López Úbeda

##### 4. Información a todo el personal del servicio de urgencias y pediatría de la existencia y localización de estas tablas

Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 30/09/2023  
Responsable.: Pilar Sanz de Miguel

##### 5. Elaboración de 2 carpetas con las tablas realizadas para disponerlas en el servicio de urgencias del Hospital San Jorge y sala de exploración física de la planta de pediatría

Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 30/09/2023  
Responsable.: Elena Sancho Gracia

##### 6. Realización de simulacros mensuales para manejo de las tablas de medicación creadas

Fecha inicio: 01/09/2023  
Fecha final.: 30/04/2024  
Responsable.: Todos los miembros del proyecto

##### 7. Recogida de datos y revisión de los resultados e indicadores

Fecha inicio: 30/04/2024  
Fecha final.:  
Responsable.: María Jesús Viñuales Palomar

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Porcentaje de profesionales sanitarios que reciben formación sobre el uso de tablas de medicación

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de profesionales sanitarios de pediatría que reciben formación sobre el uso de tablas de medicación  
Denominador .....: Número total de profesionales sanitarios de pediatría  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hospital San Jorge Servicio Pediatría  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Porcentaje de niños críticos en los que se utilizó el sistema de tablas de medicación por edad/peso

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de niños críticos en los que se utilizó el sistema de tablas de medicación  
Denominador .....: Número de niños críticos que son atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital San Jorge  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: PCH Hospital San Jorge Servicio Urgencias  
Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Porcentaje de simulacros realizados

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de de simulacros previstos  
Denominador .....: Número de simulacros realizados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hospital San Jorge Servicio Pediatría  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#414

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE TABLAS DE MEDICACION PARA URGENCIAS PEDIATRICAS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

Edad: Niños

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> PATOLOGÍA CRÍTICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#367

### 1. TÍTULO

#### REVISION Y SIMULACROS DE LA INCUBADORA DE TRANSPORTE NEONATAL

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#367 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR

Título  
REVISION Y SIMULACROS DE LA INCUBADORA DE TRANSPORTE NEONATAL

Colaboradores/as:  
ARIZON ARPAL BEATRIZ  
BELLON CLAVER PILAR  
LOPEZ UBEDA MARTA  
REDOL LABARTA MONTSERRAT

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Si bien la mayoría de los recién nacidos de alto riesgo que van a requerir cuidados especiales puede identificarse durante el periodo prenatal, un 30-50% de los problemas pueden presentarse durante el parto o en el periodo neonatal, por lo que las Unidades de Neonatología deben disponer de conocimientos de reanimación y estabilización, así como de una organización para el transporte neonatal que permita trasladar al neonato al centro más próximo y más adecuado al nivel de cuidados requerido, con la atención necesaria para que esto no suponga un deterioro de su salud o un riesgo adicional.

Está ampliamente aceptado que el factor fundamental para evitar la aparición de complicaciones que deriven en un aumento de la morbilidad y mortalidad de estos pacientes, es una adecuada planificación. El objetivo del transporte neonatal es trasladar al recién nacido a un centro especializado que disponga de la infraestructura y la experiencia necesarias para su asesoramiento y tratamiento. La atención continuada en sala de partos y el traslado en buenas condiciones consigue una importante disminución de la morbimortalidad perinatal y de las minusvalías de origen perinatal.

La provisión de una atención adecuada durante el transporte, depende en gran medida de la formación y experiencia del personal involucrado, no solo en el hospital emisor sino durante el propio transporte. Existen diferentes publicaciones, tanto a nivel nacional como a nivel internacional, donde se relaciona el personal considerado necesario para el transporte, incluyendo sus habilidades y experiencia.

#### ÁREAS DE MEJORA

La calidad de los traslados neonatales que se llevan a cabo desde la Unidad de Pediatría del Hospital San Jorge

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La baja casuística de casos que precisan transporte neonatal produce una merma en la calidad de la asistencia por la falta de formación actualizada.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Revisión sistemática del estado y funcionamiento adecuado de la incubadora de transporte. Estableciendo una hoja de registro permanente donde conste el adecuado funcionamiento de la incubadora (ciclado del respirador, oxígeno en las balas y control de temperatura), al igual que se revisan las caducidades de los carros. Estableciendo una persona responsable de cada apartado

Conocer los componentes principales de una incubadora neonatal y los parámetros a controlar para proporcionar un entorno óptimo para el recién nacido.

Realizar una formación periódica sobre el manejo de la incubadora de transporte.

Actualización de conocimientos del personal sanitario del servicio para aumentar la sensación de control del personal.

Mejora en la seguridad del paciente, debido a la mejora de la asistencia del recién nacido de riesgo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Revisión semanal del funcionamiento de la incubadora, los miércoles en el turno de tarde, Comprobando la limpieza, la temperatura, y el correcto funcionamiento del respirador y el llenado de las balas

Fecha inicio: 04/10/2022

Fecha final.: 04/10/2023

Responsable.: PILAR BELLON CLAVER

3. Firma de la hoja de registro semanal de funcionamiento de la incubadora

Fecha inicio: 04/10/2022

Fecha final.: 04/10/2023

Responsable.: PILAR BELLON CLAVER

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#367

### 1. TÍTULO

#### REVISION Y SIMULACROS DE LA INCUBADORA DE TRANSPORTE NEONATAL

1. Simulacros con la incubadora de transporte: se realizarán con una periodicidad de 4 semanas (en horario de mañana) y tendrán una duración aproximada de media hora

Fecha inicio: 04/10/2022

Fecha final.: 04/10/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> PILAR SANZ DE MIGUEL

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de profesionales de la unidad de Pediatría que han recibido la formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° profesionales sanitarios del servicio de pediatría que han recibido la formación

Denominador .....: N° total de profesionales sanitarios del servicio de pediatría HSJ

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de firmas en la formación/plantilla del servicio de pediatría

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de registro semanal del correcto funcionamiento de la incubadora firmado

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° total de revisiones realizadas durante el periodo

Denominador .....: Nª total de revisiones previstas durante el periodo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de registro de funcionamiento de la incubadora

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Lactantes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#822

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE RECOMENDACIONES ESCRITAS PARA PACIENTES PEDIATRICOS CON ALERGIA ALIMENTARIA A LECHE O HUEVO EN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA ORAL

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#822 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ABIO ALBERO MARIA SONIA

Título  
ELABORACION DE RECOMENDACIONES ESCRITAS PARA PACIENTES PEDIATRICOS CON ALERGIA ALIMENTARIA A LECHE O HUEVO EN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA ORAL

Colaboradores/as:  
ASPIROZ GUILLEN ANA ISABEL  
CASAJUS BETRAN CARMEN  
GALLEGO DOMEQUE MARIA ESTER  
SANCHO GRACIA ELENA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La alergia a alimentos es un motivo de consulta frecuente en Pediatría, siendo huevo y leche los alimentos más frecuentemente implicados. Es importante explicar al diagnóstico los alimentos a evitar, cómo reconocer y tratar una reacción adversa y entregar un plan de tratamiento escrito. Hasta hace poco, el único tratamiento disponible era la dieta de exclusión con repercusión en la calidad de vida del niño y su familia al implicar la eliminación del alimento, la revisión del etiquetado o el temor a comer alimentos elaborados por otros. Además, huevo y leche son alimentos muy ubicuos lo que dificulta su evitación estricta con riesgo de reacciones accidentales. Los nuevos avances han permitido tratamientos como la inmunoterapia oral (ITO), sobre todo con leche y huevo, por lo que serán los alimentos en los que centraremos nuestro proyecto. El objetivo principal de la ITO es evitar reacciones alérgicas graves y el objetivo final es inducir la tolerancia al alimento. Este tratamiento no está exento de riesgos, con reacciones mayoritariamente leves-moderadas. Por ello, además de disponer del consentimiento del paciente y/o representante legal, es importante ofrecer información adecuada sobre el procedimiento así como las pautas a seguir en domicilio. Se trata de un tratamiento activo y cambiante en el que el plan de actuación debe revisarse periódicamente en consulta con la familia. Para minimizar el riesgo de reacciones durante el tratamiento hemos considerado importante ofrecer recomendaciones escritas a las familias, adaptadas a la fase de tratamiento en la que estén. La información verbal es necesaria pero en ocasiones no es retenida completamente o puede dar lugar a interpretaciones erróneas por problemas de comunicación. Por ello, y dado que en alguna ocasión hemos detectado errores, consideramos de especial utilidad la elaboración de hojas informativas que complementen la información verbal, mejoren la comprensión y minimicen errores. Además, esta información escrita facilitará el acceso a las recomendaciones por parte de otros cuidadores o de las escuelas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora en la comunicación con los pacientes y sus familias respecto a la Inmunoterapia oral.  
Mejor conocimiento y en consecuencia mejor cumplimiento por parte de los pacientes.  
Mejor conocimiento del procedimiento a seguir en la ITO y de los puntos a resaltar en cada fase del mismo por parte de las enfermeras que colaboran en nuestro Servicio, mejorando la información al paciente.  
Evitar errores en el procedimiento de la Inmunoterapia oral  
Evitar efectos secundarios durante el desarrollo del mismo

#### ANALISIS DE CAUSAS

La inmunoterapia oral permite que pacientes con sensibilización a determinados alimentos, en este caso leche y huevo, puedan desarrollar tolerancia.  
Durante el proceso de ITO, se han observado errores: en ocasiones por una incorrecta interpretación de las ordenes de tratamiento por parte del personal de enfermería, en muchas otras por una incorrecta interpretación de la información que reciben oralmente de los facultativos los pacientes en las consultas

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Ofrecer a las familias una herramienta añadida a la información verbal donde revisar la información cuando lo necesiten.  
-Elaborar documentos informativos sobre la alergia a leche y huevo, al tratamiento con ITO, pautas a seguir en domicilio y recomendaciones para minimizar riesgos. Todos los documentos serán entregados a las familias en consulta o planta en el momento que corresponda para facilitar el manejo de la enfermedad en domicilio y reducir posibles riesgos accidentales y/o derivados del tratamiento.  
- Reforzar la información verbal proporcionada en consulta mejorando nuestras estrategias comunicativas.  
-Información sistemática y homogénea sobre la actitud en domicilio, aumentando en las familias la seguridad en el autocuidado y favoreciendo un clima de confianza hacia el servicio.  
-Reducir consultas no programadas y asistencias a urgencias por dudas o complicaciones relacionadas con el tratamiento.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#822

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE RECOMENDACIONES ESCRITAS PARA PACIENTES PEDIATRICOS CON ALERGIA ALIMENTARIA A LECHE O HUEVO EN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA ORAL

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión bibliográfica y redacción de documentos. Base de datos para registro de pacientes.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Sonia Abió Alberó

2. Repaso del personal implicado sobre el uso de Adrenalina autoinyectable. Sesión en el Servicio de Pediatría para presentar los documentos, indicaciones para su entrega, objetivos e indicadores del pro

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Elena Sancho Gracia

3. Entrega de las hojas informativas al diagnóstico o durante el tratamiento con ITO. Registro en la base de datos.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Elena Sancho Gracia

4. Encuestas de satisfacción a familiares de los pacientes y registro de los resultados

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Carmen Casajus Betran

5. Análisis de los resultados de las encuestas

Fecha inicio: 01/09/2023

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Sonia Abió Alberó

6. Modificación de las hojas de información si es preciso en función de los resultados obtenidos.

Fecha inicio: 01/01/2024

Fecha final.: 31/01/2024

Responsable.: Elena Sancho Gracia

7. Presentación de las hojas definitivas en el Servicio de Pediatría

Fecha inicio: 01/05/2024

Fecha final.: 31/05/2024

Responsable.: Sonia Abió Alberó

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Dirigido a pacientes atendidos en consultas externas de Pediatría con diagnóstico de alergia alimentaria a proteínas de leche de vaca o huevo, especialmente aquellos en tratamiento con ITO.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Entrega de plan escrito de tratamiento en pacientes con alergia a leche/huevo.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N.º de pacientes con alergia al huevo/leche en los que se plantea ITO a los que se les entrega el plan escrito

Denominador .....: N.º de pacientes totales con alergia a la leche / huevo que se controlan en consulta en los que se plantea ITO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Constancia en historia clínica de entrega de recomendaciones escritas durante la ITO.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N.º de HCE de pacientes alérgicos a leche/ huevo en terapia ITO en las que se registra la entrega de recomendaciones

Denominador .....: N.º de HCE total de pacientes controlados con alergia a leche / huevo en los que se realiza ITO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#822

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE RECOMENDACIONES ESCRITAS PARA PACIENTES PEDIATRICOS CON ALERGIA ALIMENTARIA A LECHE O HUEVO EN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA ORAL

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Número de visitas a urgencias por errores en el manejo domiciliario.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N.º de pacientes sensibilizados a leche/ huevo que acuden a urgencias por errores en el manejo de la ITO.

Denominador .....: N.º total de pacientes sensibilizados a leche/ huevo en los que se aplica ITO.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

4. Encuesta de satisfacción a los padres en consulta.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N.º de familias a las que se les realiza la encuesta de satisfacción

Denominador .....: N.º total de familias implicadas en el proceso de ITO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1056

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE (HUSJ) Y SERVICIO ESPECIALIZADO DE MENORES (SEM) HUESCA PARA GESTION DE RENUNCIAS Y RETIRADAS HOSPITALARIAS DE RECIEN NACIDOS

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1056 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCES MORERA MARIA DEL CARMEN

Título  
PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE (HUSJ) Y SERVICIO ESPECIALIZADO DE MENORES (SEM) HUESCA PARA GESTION DE RENUNCIAS Y RETIRADAS HOSPITALARIAS DE RECIEN NACIDOS

Colaboradores/as:  
VIÑUALES ALAGON BEATRIZ  
BELLON CLAVER PILAR  
CALVO AGUILAR JOSEFA  
ESCARTIN LASIERRA MARTA MARIA  
LAFUENTE HIDALGO MIGUEL  
MALON MARCO MARIA ARANZAZU  
MAS FORTUÑO JOSE MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la atención a menores y a mujeres gestantes que se realiza desde los servicios de Ginecología y Pediatría del Hospital San Jorge se detectan situaciones de riesgo, desprotección o maltrato que requieren una atención coordinada y multidisciplinar entre profesionales propios del hospital y de otros servicios. La detección puede producirse tanto con mujeres gestantes y/o que hayan dado a luz y menores hospitalizados como con atendidos/as en Consultas Externas y Urgencias. Dadas las dificultades observadas consideramos necesario mejorar las coordinaciones internas y externas, elaborando protocolos de intervención que faciliten las actuaciones desde que un profesional del hospital detecta una posible situación hasta que se adoptan las medidas oportunas para la protección y bienestar del menor mediante la coordinación adecuada con los organismos competentes. Priorizamos elaborar los protocolos de retirada forzosa de menores por situación de desamparo y de renuncia, dadas las problemáticas asociadas a las mismas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Coordinación entre servicios. Trabajo multidisciplinar. Protección a menores.  
Resulta imprescindible realizar un trabajo multidisciplinar y coordinado, evitando en lo posible situaciones agresivas y traumáticas en una planta hospitalaria especialmente vulnerable. Las mujeres y menores proceden mayoritariamente de Aragón pero también se dan casos en los que mujeres y familias en seguimiento por parte de equipos especializados de otras CC.AA. se desplazan intentando evitar el control administrativo y activación de protocolos en su hospital de referencia, precisando coordinación con los servicios territoriales correspondientes. A la complejidad intrínseca a estas intervenciones se añade actualmente la posibilidad de casos positivos en coronavirus, que precisan protocolo de aislamiento específico.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de procedimientos que faciliten la intervención.  
Situaciones de alta complejidad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Mejorar la coordinación entre profesionales y servicios participantes. Mejorar la calidad de atención desde la detección hasta la adopción de medida, garantizando al máximo los derechos de todas las partes implicadas y priorizando el bienestar del menor.
2. Elaborar protocolos de actuación que mejoren los procesos
3. Asegurar la adecuada atención sanitaria y emocional de la progenitora y del bebé tras el alumbramiento.
4. Garantizar que se cumplen las particularidades administrativas y legales asociadas a renuncia/retirada hospitalaria de recién nacidos.
5. Garantizar la seguridad y protección de profesionales sanitarios y no sanitarios participantes (ante posibles agresiones por parte de los padres/familiares y ante riesgos de contagio COVID-19 u otros).
6. Garantizar la seguridad y protección de pacientes y familiares que se encuentren en las dependencias hospitalarias.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones ordinarias anuales presenciales (3 mínimo al año) para desarrollo de plan de trabajo (octubre / marzo / junio )  
Fecha inicio: 13/09/2022  
Fecha final.: 15/06/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1056

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE (HUSJ) Y SERVICIO ESPECIALIZADO DE MENORES (SEM) HUESCA PARA GESTION DE RENUNCIAS Y RETIRADAS HOSPITALARIAS DE RECIEN NACIDOS

Responsable.: EQUIPO DE MEJORA

2. Reuniones extraordinarias de evaluación tras intervenciones de retirada o renuncia.

Fecha inicio: 13/09/2022

Fecha final.: 15/09/2023

Responsable.: EQUIPO DE MEJORA

3. Elaboración de documentación. El equipo podrá trabajar de forma telemática y dividirse en subgrupos.

Fecha inicio: 13/09/2022

Fecha final.: 15/03/2023

Responsable.: EQUIPO DE MEJORA

4. Registro de casos atendidos (tabla Excel) contendrá como mínimo los siguientes datos: Número de casos, localidad de residencia mujer/menor, incidencias.

Fecha inicio: 13/09/22

Fecha final.: 15/09/2023

Responsable.: UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL HUSJ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Vigencia del proyecto dos años: Primer año: Se redactarán los procedimientos de retirada y renuncia y se elaborará la documentación complementaria. Segundo año: Fase de consolidación/ Revisiones.

Cada uno de los protocolos se revisará a los seis meses, evaluando aspectos a mejorar.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Valoración de actuaciones. Análisis de aspectos positivos y negativos y posibles mejoras.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de sugerencias de mejora tras la actuación

(que al menos la mitad de los miembros del equipo hagan una sugerencia de mejora

Denominador .....: nº de profesionales que intervienen

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de sugerencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Valoración de incidencias administrativas / legales. Registro tabla excel

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de incidencias administrativas-legales / intervención

Nº situaciones de riesgo detectadas

Denominador .....: incidencias detectadas - registradas

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Tabla Excel. Recogida de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

3. Nivel de satisfacción en la coordinación entre el HUSJ y el SEM Huesca. Cuestionario

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: alcanzar 90 % profesionales satisfechos o muy satisfechos durante el proceso

Denominador .....: satisfacción profesional - respuesta cuestionario

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionario

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se desarrollará documentación de registro y cuestionarios específicos. Distribución de tareas de trabajo presencial y online entre los miembros del equipo.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> ÁMBITO PROTECCIÓN DE MENORES

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1056

### 1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE (HUSJ) Y SERVICIO ESPECIALIZADO DE MENORES (SEM) HUESCA PARA GESTION DE RENUNCIAS Y RETIRADAS HOSPITALARIAS DE RECIEN NACIDOS**

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1047

### 1. TÍTULO

#### USO RACIONAL DE CONTRASTE PARAMAGNETICO EN RESONANCIA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1047 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GONZALEZ GAMBAU JORGE

Título  
USO RACIONAL DE CONTRASTE PARAMAGNETICO EN RESONANCIA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE

Colaboradores/as:  
ALBERTI GONZALEZ OLALLA  
CASTAN SENAR ALBA  
FERNANDEZ USIETO TANIA  
LOPEZ NADAL MARIA ELENA  
MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA  
RUBIO BARLES PEDRO JAIME  
TORDESILLAS LIA CARLOS

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Ubicación/es secundaria/s  
HUESCA\*HOSPITAL DE SAN JORGE\*NEUROLOGÍA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El papel de la resonancia magnética (RM) en el seguimiento de los pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple (EM) es fundamental, con un impacto directo en el manejo clínico y terapéutico de la enfermedad, representando en la actualidad un 15% del trabajo en neurorresonancia en nuestro hospital.

En nuestro hospital, todas las exploraciones incluidas en el seguimiento de RM incluyen el uso de contraste paramagnético para confirmar o descartar la presencia de enfermedad activa. Cada enfermo en seguimiento requiere de una exploración por RM cada 6 meses / 1 año, lo que supone una dosis de contraste acumulada significativa. Se ha demostrado que dicho contraste se deposita en el cuerpo humano, incluido el sistema nervioso central, lo que ha conllevado recomendaciones y limitaciones para su utilización por parte de la Agencia Europea del Medicamento y de la Food and Drug Administration en EEUU.

Las guías y protocolos actualizados tienden a limitar su utilización durante el seguimiento de los pacientes con EM atendiendo principalmente a criterios de seguridad y coste-efectividad, recomendando su utilización solamente en pacientes seleccionados.

El proyecto servirá para dar a conocer a los especialistas de neurología y radiodiagnóstico las recomendaciones actualizadas para el uso de contraste paramagnético en los pacientes con EM en seguimiento y adecuar el uso del mismo a aquellos pacientes que se incluyan dentro de las citadas recomendaciones.

#### ÁREAS DE MEJORA

Uso excesivo de gadolinio en RM durante el seguimiento de la EM.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de actualización en los protocolos de adquisición de exploración de RM.  
Información insuficiente en el volante de petición de exploraciones.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Limitar el uso de contraste paramagnético en el seguimiento por RM de los pacientes con EM, adecuando su uso a las recomendaciones más recientes, reduciendo así los efectos adversos asociados a dichos fármacos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión y puesta en común de las recomendaciones recogidas en las guías europeas actualizadas para el uso de contraste paramagnético en el seguimiento de pacientes con RM.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Jorge González Gambau

2. Actualización de protocolos de adquisición de RM para el estudio de EM sin contraste paramagnético.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Pedro Jaime Rubio Barles

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1047

### 1. TÍTULO

#### USO RACIONAL DE CONTRASTE PARAMAGNETICO EN RESONANCIA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE

3. Estandarización de la información contenida en el volante peticionario para selección de pacientes.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Alba Castán Senar

4. Elaboración de circuito para citar a aquellos pacientes que, tras evaluar la RM sin contraste, se estime que es necesario realizar estudio RM con contraste.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Olalla Alberti González

5. Sesión explicativa al personal no facultativo de RM de los nuevos protocolos, haciendo hincapié en la información a transmitir al paciente.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Jorge González Gambau

6. Sesión explicativa de recomendaciones actualizadas y nuevos protocolos para facultativos de neurorresonancia

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Jorge González Gambau

7. Puesta en marcha de los nuevos protocolos de adquisición.

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Pedro Jaime Rubio Barles

8. Control de volantes peticionarios y elaboración de tabla para recoger los datos necesarios para elaborar los indicadores.

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Alba Castán Senar

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizarán reuniones entre facultativos de Neurología y Radiodiagnóstico para seguimiento, comunicación de incidencias y oportunidades de mejora.

(Septiembre 2022 - Final).  
Se impulsará la realización de una Guía de práctica clínica para el uso de contraste paramagnético en el seguimiento de los pacientes con esclerosis múltiple.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes incluidos

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº Pacientes que cumplen criterios "no contraste"  
Denominador .....: nº exploraciones sin contraste  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio de Radiodiagnóstico  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Fallo inclusión

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº Pacientes NO cumplen criterios "no contraste"  
Denominador .....: nº exploraciones sin contraste  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio de Radiodiagnóstico  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

3. Error información contenida en volante peticionario según lo estandarizado selección pacientes

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº de volantes mal rellenados según lo estandarizado  
Denominador .....: nº total de volantes

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1047

### 1. TÍTULO

#### USO RACIONAL DE CONTRASTE PARAMAGNETICO EN RESONANCIA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE

```
x(1-100-1000) ...: 100
Fuentes de datos.: Servicio de Radiodiagnóstico
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

4. Pacientes recitados
Tipo de indicador: Alcance
Numerador .....: n° de pacientes recitados para administrar contraste
Denominador .....: n° exploraciones sin contraste
x(1-100-1000) ...: 100
Fuentes de datos.: Servicio de Radiodiagnóstico
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

5. Pacientes beneficiados
Tipo de indicador: Impacto
Numerador .....: n° de pacientes en seguimiento por EM con criterios de "no contraste"
Denominador .....: n° total de pacientes en seguimiento por EM explorados
x(1-100-1000) ...: 100
Fuentes de datos.: Servicio de Radiodiagnóstico
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. Dosis ahorradas de contraste
Tipo de indicador: Impacto
Numerador .....: n° de exploraciones sin contraste
Denominador .....: n° total de exploraciones en pacientes EM en seguimiento
x(1-100-1000) ...: 100
Fuentes de datos.: Servicio de Radiodiagnóstico
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00
```

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos  
Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso  
Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#70

### 1. TÍTULO

#### CRACION DE UNIDAD MUSCULOESQUELETICA EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Fecha de entrada: 09/06/2022

Nº de registro: 2022#70 \*\* Atención a tiempo: interconsulta \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SALGADO GRACIA ANA

Título  
CRACION DE UNIDAD MUSCULOESQUELETICA EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Colaboradores/as:  
CALVO PARDO AURORA  
ELDUQUE PALOMO AMADEO  
ESTALLO BERNARDOS VANESSA  
FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO  
LOBO ESCOLAR ANTONIO  
LOZANO SANZ MARIA DEL MAR  
MUR LALUEZA MARIA JESUS

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Atención a tiempo: interconsulta

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El impacto de las enfermedades musculoesqueléticas (ME) es muy alto por su elevada prevalencia, el consumo de recursos y por su potencial para ocasionar discapacidad. Debido a la heterogeneidad de estas enfermedades, a la diversidad de profesionales implicados en su atención, a la gran demanda de atención de la patología ME por los servicios públicos de salud, a la elevada frecuencia de estos procesos en las personas trabajadoras y la consecuente pérdida en la productividad laboral, es muy importante garantizar un abordaje integral, interdisciplinar, así como una adecuada coordinación y comunicación entre ámbitos asistenciales.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Falta de homogeneidad entre especialidades y entre profesionales
- Rutas asistenciales redundantes: de trauma a rhb... de AP a trauma y a rhb...
- Duplicidad de pruebas diagnósticas: menor por HCE pero falta criterios homogéneos de solicitud de prueba.
- Listas de espera

#### ANALISIS DE CAUSAS

El paciente es derivado desde A P a Rehabilitación, Traumatología, reumatología o a más de una de forma simultánea. Los criterios de derivación no están bien establecidos y no hay homogeneidad. Las pruebas diagnósticas no se demandan con los mismos criterios y en ocasiones (menos desde la HCE), se duplican solicitadas por distintos especialistas. Todo ello hace que la demoras aumenten. No hay una fluida coordinación con los fisioterapeutas de AP

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la eficiencia y la calidad que se presta a pacientes con patología musculoesquelética
- Crear una consulta específica de UME
- Evitar rutas redundantes
- Mejorar la coordinación con AP
- Disminuir la demora para ser atendido por patología ME

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación grupo multidisciplinar con reuniones planificadas

Fecha inicio: 01/10/2021

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Ana Salgado

2. Elaboración del Proceso documentado de Atención a Patología musculoesquelética

Fecha inicio: 01/09/2021

Fecha final.: 28/02/2022

Responsable.: Todo el grupo de mejora

3. Difusión del proceso en Atención Primaria

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Ana Salgado, Amadeo Elduque, Antonio Lobo

4. Creación consulta UME con criterios de calidad preestablecidos

Fecha inicio: 01/03/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#70

### 1. TÍTULO

#### CRACION DE UNIDAD MUSCULOESQUELETICA EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Fecha final.: 01/03/2023

Responsable.: Ana Salgado (resto de especialistas Atención Hospitalaria)

5. - Gestión buzón interconsultas

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Ana Salgado

6. Evaluación de resultados ( evaluaciones intermedias semestrales)

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Grupo de mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Algunas actividades se han empezado ya a realizar porque el grupo de mejora se constituyó previo a la convocatoria del Programa de Apoyo.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Creación consulta Patología Osteomuscular (UME\_RHB) con criterios de calidad

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de criterios de calidad previamente establecidos que cumple la consulta UME

Denominador .....: Nº de criterios de calidad establecidos previamente

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Observación directa

Entrevista con profesionales

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

2. Pacientes de UME derivados a otras consultas de AE

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes vistos en UME que se derivan a otra consulta hospitalaria

Denominador .....: Pacientes vistos en UME

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Gestión de pacientes

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

3. Coordinación del grupo de mejora con los fisioterapeutas de AP

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de reuniones llevadas a cabo con los fisioterapeutas de Atención Primaria

Denominador .....: Nº de reuniones planificadas con los fisioterapeutas de AP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de reuniones

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

4. Demora media/ mediana para 1ª consulta de UME

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Media / mediana días para 1ª consulta UME

Denominador .....: Nº 1ªs visitas en UME

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Control de gestión

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 120.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#70

### 1. TÍTULO

#### CRACION DE UNIDAD MUSCULOESQUELETICA EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#378

### 1. TÍTULO

#### CUIDADOS TRAS LA CIRUGÍA DE PROTESIS DE RODILLA (EDUCACION SANITARIA Y FOLLETO EXPLICATIVO)

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#378 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ELFAU GRACIA MARIA LAURA

Título  
CUIDADOS TRAS LA CIRUGÍA DE PROTESIS DE RODILLA (EDUCACION SANITARIA Y FOLLETO EXPLICATIVO)

Colaboradores/as:  
AUDINA BENTUE M. TERESA  
AZANZA PARDO JORGE  
ELBOJ SASO MARIA SALAS  
ESTALLO BERNARDOS VANESSA  
FUMANAL LACOMA PATRICIA  
GRACIA SEN MARIA CARMEN  
NERIN BUEN NATALIA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La artroplastia de rodilla o prótesis total de rodilla (PTR), es una de las cirugías ortopédicas más frecuentes, y que la bibliografía ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la gonartrosis avanzada y sintomática para reducir el dolor, incrementar la capacidad funcional y mejorar la calidad de vida.

En el Hospital Universitario San Jorge, el servicio de traumatología elaboró un protocolo de "FAST-TRACK" de PTR cuyo principal objetivo es la recuperación precoz del paciente con una muy corta estancia hospitalaria, manteniendo un alto nivel de satisfacción con buen pronóstico y menos complicaciones asociadas, y en el que el servicio de rehabilitación (RHB) participa en la fase postoperatoria, en donde la deambulacion y movilización precoz son pieza fundamental del programa.

Por su parte, el servicio de RHB, se encuentra elaborando una vía clínica específica para el tratamiento integral del paciente intervenido de PTR, desde su paso por quirófano, hasta la finalización de su tratamiento fisioterápico ambulatorio.

Formando parte integral del tratamiento, se vio la necesidad de aportar información y educación sanitaria sobre autocuidados, haciendo que el paciente se involucre activamente en su recuperación durante el periodo comprendido entre el alta hospitalaria y la entrada en el grupo de trabajo de fisioterapia ambulatoria. Aunque no existen estudios tipo ensayo clínico controlado al respecto, se sabe que la información al paciente acerca de su padecimiento, cuidados y participación activa, influye positivamente en la adhesión y apego al tratamiento, generando así un empoderamiento del paciente para formar parte del proceso de recuperación de forma activa. Sintiendo así una parte responsable y generadora del tratamiento.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Mejorar la información que recibe el paciente durante el ingreso hospitalario.
- Conseguir una continuidad del tratamiento desde el alta hospitalaria hasta el tratamiento ambulatorio si es necesario.
- Fomentar la implicación del propio paciente, que se considere parte activa del proceso.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Actualmente información escasa y posiblemente desactualizada
- Desaparece la tutela del terapeuta desde el alta hospitalaria hasta su incorporación al tratamiento ambulatorio si es necesario.
- El paciente suele presentar una predisposición pasiva en la que cree que el terapeuta le va a curar sin tener que involucrarse en el proceso.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

De forma general, con el proyecto, se desea conseguir un cambio en el abordaje de la recuperación en los pacientes intervenidos de artroplastia de rodilla a través del autocuidado. Se pretende que aprenda una serie de pautas, recomendaciones y ejercicios para realizar en el domicilio de forma diaria. Involucrándose activamente en su tratamiento. Se reforzará la información con la entrega de un tríptico de pautas y ejercicios.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Debatir, unificar y definir en el grupo de trabajo, las pautas, recomendaciones y ejercicios para enseñar al paciente.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 24/07/2022

Responsable.: Laura Elfau Gracia

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#378

### 1. TÍTULO

#### CUIDADOS TRAS LA CIRUGÍA DE PROTESIS DE RODILLA (EDUCACION SANITARIA Y FOLLETO EXPLICATIVO)

2. -Elaboración de un folleto informativo y guía de autocuidados que se entregará al paciente durante su estancia hospitalaria como apoyo para el domicilio.

Fecha inicio: 25/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Jorge Azanza Pardo

3. -Elaboración de plantillas para indicadores y encuestas a realizar.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 18/09/2022

Responsable.: Patricia Fumanal Lacoma

4. -Puesta en marcha

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Carmen Gracia Sen

5. -Evaluación, análisis de datos, valoración de los resultados e indicadores.

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Laura Elfau Gracia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. -Porcentaje de pacientes intervenidos de PTR que reciben la educación sanitaria y el folleto.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes intervenidos de PTR que reciben educación sanitaria y folleto

Denominador .....: Nº total de pacientes intervenidos de PTR atendidos por el servicio de RHB

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de pacientes hospitalizados tras cirugía PTR atendidos por el servicio de RHB

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. -Porcentaje de pacientes que puntúan su satisfacción del proceso mayor o igual a 7 sobre 10

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº pacientes que valoran el proceso de educación sanitaria igual o mayor de 7 puntos sobre 10

Denominador .....: Nº de pacientes que reciben la educación sanitaria.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción entregada al pacientes antes del alta hospitalaria.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#762

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE ATENCION DE LA LUMBALGIA INESPECÍFICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#762 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CASAS LAZARO M JOAQUINA

Título  
ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE ATENCION DE LA LUMBALGIA INESPECÍFICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL SECTOR HUESCA

Colaboradores/as:  
ANQUELA GRACIA DABI  
CAMPO FALGUERAS LETICIA  
CLAVIER RODRIGUEZ SOLEDAD  
MORALES BALIEN SANTIAGO JOSE  
SALGADO GRACIA ANA  
URRUTIA DIEZ AMAIA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Ubicación/es secundaria/s  
HUESCA\*HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS\*REHABILITACIÓN\*SS (SocioSanitario)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El dolor lumbar supone un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y repercusión laboral, social y económica.

En su atención intervienen diferentes profesionales lo que puede provocar duplicidad de pruebas y tratamientos. Es una de las patologías más prevalentes en nuestras consultas (su prevalencia real no está clara por la gran variabilidad en su valoración). La alta demanda de recursos que genera nos plantea introducir estrategias de gestión que sean eficaces y eficientes. Para ello hemos diseñado este proyecto que optimiza los recursos disponibles, nuestro reto es agilizar la lista de espera del gimnasio y disminuir el número de consultas del médico rehabilitador

La lumbalgia se define como el dolor localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas, sin que esta irradiación por debajo de la rodilla deba ser considerada de origen radicular.

Según el tiempo de duración la lumbalgia se clasifica en:

- Aguda: dolor de menos de 6 semanas
- Subaguda: dolor de 6-12 semanas
- Crónica: más de 12 semanas
- Recurrente: lumbalgia aguda en paciente que ha tenido episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con periodos libres de síntomas de tres meses. No están incluidas las exacerbaciones de la lumbalgia crónica.

En el manejo del dolor lumbar se propone la siguiente clasificación:

1. Dolor común o "lumbalgia inespecífica". La lumbalgia inespecífica es aquella en la que no se puede determinar la causa que la produce. Entre un 5 y un 10% de los casos de dolor lumbar inespecífico se cronifican y suponen el 85% del coste total de la patología lumbar
2. Dolor radicular. Se sospecha si: dolor en una pierna es más intenso que el dolor en la espalda/dolor que irradia a pie o dedos/insensibilidad o parestesias con la misma distribución que el dolor/signos de irritación radicular y cambios motores, sensoriales o en los reflejos limitados al territorio de un nervio
3. Dolor sospechoso de patología grave. Se valora la existencia de signos de alarma

El reto más importante en el diagnóstico de la lumbalgia es diferenciar al 95% cuyo origen son procesos musculoesqueléticos benignos del 5% cuya lumbalgia es producida por enfermedades específicas (los signos de alarma nos ayudan a descartar estos procesos de mayor gravedad). No obstante hay que tener en cuenta que en aproximadamente el 80% de los casos no será posible llegar a un diagnóstico específico.

Los estudios demuestran que en su manejo existe gran variabilidad (durante el proceso de diagnóstico no siempre se hace uso adecuado de la historia clínica, exploración física y pruebas complementarias. Respecto al tratamiento se plantean diversas modalidades de tratamiento sin que esté claramente establecida su eficacia)

El tratamiento rehabilitador de estos pacientes varía según la clínica que presentan, por lo que pueden ser tratados de forma individual con diversas modalidades terapéuticas o con terapias grupales, que incluyen cinesiterapia combinada con otras técnicas individualizadas (calor, masoterapia, electroterapia, etc).

El objetivo de este proyecto es mejorar la atención sanitaria de los pacientes con lumbalgia inespecífica subaguda y crónica en nuestro Servicio de Rehabilitación con un abordaje efectivo y eficiente. Para lograr este objetivo se ha realizado revisión de la bibliografía disponible y en base a la mejor evidencia

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#762

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE ATENCION DE LA LUMBALGIA INESPECÍFICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL SECTOR HUESCA

científica hemos elaborado un plan de implementación (Se establecerá una ruta asistencial con el fin de optimizar los tiempos de atención, evitar derivaciones innecesarias o duplicidades y obtener uniformidad en la valoración clínica y terapéutica)

Los criterios de inclusión en nuestro proyecto son: lumbalgia subaguda y crónica refractaria a tratamiento, pauta por MAP y otras especialidades. Criterios de exclusión: dolor de características no mecánicas, clínica radicular o afectación neurológica

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1.-Tiempos de atención
- 2.-Derivaciones innecesarias
- 3.-Duplicidades
- 4.-Variabilidad en la práctica asistencial

#### ANALISIS DE CAUSAS

- 1.-Lista de espera para consulta, acceso a gimnasio y horas de tratamiento fisioterápico
- 2.-Paciente ya tratado de su proceso crónico
- 3.-Paciente derivado por la misma patología desde diferentes especialidades
- 4.-No hay una única modalidad de tratamiento establecida que demuestre su eficacia

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1.-Mejorar la atención a los pacientes con lumbalgia inespecífica
- 2.-Mejorar el acceso del paciente a los recursos disponibles. Adecuar la demanda a los recursos disponibles dentro del Servicio para un mejor control de las listas de espera
- 3.-Evitar variabilidad en la práctica clínica
- 4.-Educación de la población para que forme parte activa de su propia recuperación

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaborar una plantilla de recogida de datos incluyendo de forma sistematizada: anamnesis, exploración, pruebas complementarias y escala EVA + test de Oswestry pre y postratamiento

Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 31/05/2022  
Responsable.: ANA SALGADO GRACIA

2. Revisión sistemática de guías de práctica clínica basadas en la evidencia con recomendaciones explícitas sobre el tratamiento de la lumbalgia inespecífica con ejercicio terapéutico

Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 31/05/2022  
Responsable.: DABI ANQUELA GRACIA

3. Revisión sistemática de guías de práctica clínica basadas en la evidencia con recomendaciones explícitas sobre el tratamiento de la lumbalgia inespecífica con electroterapia

Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 31/05/2022  
Responsable.: LETICIA CAMPO FALGUERAS

4. Revisión sistemática de guías de práctica clínica basadas en la evidencia con recomendaciones sobre el tratamiento de la lumbalgia inespecífica con control motor y conciencia corporal

Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 31/05/2022  
Responsable.: AMAIA URRUTIA DIEZ

5. Reuniones de equipo para analizar los resultados y permitir una elección clínica de los tratamientos más adecuados según nivel de evidencia y fuerza de recomendación

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 29/07/2022  
Responsable.: MARIA SOLEDAD CLAVER RODRIGUEZ

6. Desarrollar un algoritmo para unificar y mejorar el proceso diagnóstico-terapéutico de la lumbalgia inespecífica

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 29/07/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> JOAQUINA CASAS LÁZARO

7. Presentar la plantilla de recogida de datos y el algoritmo diagnóstico-terapéutico en Septiembre de 2022 al resto del Sº RHB para implantarse como medida establecida en nuestra actividad asistencial

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/09/2022  
Responsable.: SANTIAGO MORALES BALIEN

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#762

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE ATENCION DE LA LUMBALGIA INESPECÍFICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL SECTOR HUESCA

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes valorados y tratados de lumbalgia inespecífica según nuestro plan asistencial  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° pacientes valorados y tratados de lumbalgia inespecífica según nuestro plan asistencial  
Denominador .....: N° pacientes valorados y tratados con lumbalgia  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: GUHARA-HIS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. % de pacientes valorados y tratados de lumbalgia inespecífica en el Servicio de Rehabilitación  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° pacientes valorados y tratados de lumbalgia inespecífica según nuestro plan asistencial  
Denominador .....: N° pacientes valorados y tratados en el S° de RHB  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: GUHARA-HIS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

3. % de pacientes valorados y tratados de lumbalgia inespecífica que no precisan revisión médica  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° paciente valorados y tratados de lumbalgia inespecífica según nuestro plan asistencial que no precisan revisión médica  
Denominador .....: N° pacientes valorados y tratados de lumbalgia inespecífica  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: GUHARA-HI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 55.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1144

### 1. TÍTULO

#### GRUPO DE ARTROSIS DE MANO: TRATAMIENTO, ERGONOMÍA Y PAUTAS PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE REHABILITACION. TERAPIA OCUPACIONAL

Fecha de entrada: 01/08/2022

Nº de registro: 2022#1144 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PARDO SANZ MARIA PILAR

Título  
GRUPO DE ARTROSIS DE MANO: TRATAMIENTO, ERGONOMÍA Y PAUTAS PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA  
HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE REHABILITACION. TERAPIA OCUPACIONAL

Colaboradores/as:  
CASTAN GASQUET RAQUEL  
PEREZ FERNANDEZ SONIA  
VIDAL CORTES MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El objetivo general de este proyecto consiste en establecer dentro del modelo de intervención en los equipos de rehabilitación que prioritariamente es individual, la inclusión de un programa grupal, modificando la tipología de intervención, para conseguir el empoderamiento de los usuarios con dicha patología, estableciendo estrategias que incrementen su calidad de vida con los beneficios del trabajo grupal. Se plantea la siguiente propuesta de proyecto, que consiste en llevar a cabo un programa de terapia ocupacional dentro del servicio de rehabilitación, haciendo hincapié en estrategias para mejorar la ergonomía y protección articular en las actividades de la vida diaria para pacientes con artrosis de manos, de forma que se establezcan circuitos eficientes en la prevención y tratamiento de la patología y mejora de la calidad de vida. Además se pretende valorar si dicho programa puede ser una opción terapéutica eficaz ante el nuevo enfoque hacia el que se está dirigiendo la rehabilitación, con el fin de poder instaurarse de manera continua dicho programa en el servicio, de forma que se pudiera realizar según la demanda de derivación.

#### ÁREAS DE MEJORA

Consideramos como punto de mejora para el servicio, la instauración del tratamiento grupal en la patología de artrosis de mano con el objetivo de otorgar los beneficios del tratamiento grupal, al mismo tiempo que definiríamos el tiempo de tratamiento, agilizando la participación de los usuarios en el mismo.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El envejecimiento de la población, el incremento de los factores de carga debido al desempeño ocupacional de los usuarios, unido a otros factores, hacen que la artrosis sea la patología reumatológica más frecuente, con una prevalencia del 10%, cobrando por ello un incremento de su protagonismo en las derivaciones para el tratamiento, debido a las limitaciones y dificultades que provoca en la participación de los usuarios que la padecen, que ven restringido su desempeño las diferentes actividades diarias tanto básicas como instrumentales y laborales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Disminuir el dolor a través de las estrategias ergonómicas en las actividades de la vida diaria, en al menos el 60% de los pacientes.
- Valorar el efecto de las actividades terapéuticas sobre la musculatura intrínseca de la mano favoreciendo el incremento de fuerza.
- Promover el desarrollo de habilidades relacionadas con la expresión y manejo de las dificultades ante su participación en las ocupaciones.
- Facilitar estrategias de adaptación y el entrenamiento en el manejo de productos de apoyo ante dificultades en el desempeño ocupacional.
- Incrementar la calidad de vida consiguiendo una modificación en el desempeño ocupacional a través de la modificación de hábitos, en relación a posiciones nocivas presentadas en la ejecución de las actividades diarias.
- Definir el tiempo de tratamiento así como facilitar el empoderamiento del usuario en el mismo, promoviendo un rol activo dentro de su tratamiento.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Taller grupal para usuarios con artrosis de mano.  
Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 31/07/2023  
Responsable.: María Pilar Pardo Sanz

2. Reunión para explicación, recogida de datos y análisis con el equipo.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1144

### 1. TÍTULO

#### GRUPO DE ARTROSIS DE MANO: TRATAMIENTO, ERGONOMÍA Y PAUTAS PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE REHABILITACION. TERAPIA OCUPACIONAL

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/08/2023

Responsable.: María Pilar Pardo Sanz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El objetivo es llevar a cabo 3-4 grupos anuales en función de la demanda y derivación, con un total de 8 sesiones grupales más 4 sesiones individuales al mismo tiempo que la intervención grupal. En las sesiones individuales se realizará si se precisa el entrenamiento en productos de apoyo específicos y/o fabricación de órtesis, tratamiento que sí que es individualizado a cada persona.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de usuarios que participan en el taller.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de usuarios que participan en el taller.

Denominador .....: Nº total de usuarios derivados para dicho tratamiento.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicio de rehabilitación. Archivo de derivaciones a terapia ocupacional.

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. No valorabl

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: No valorable

Denominador .....: No valorable

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: No valorable

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

3. Encuesta de satisfacción.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes satisfechos o muy satisfechos.

Denominador .....: Pacientes a los que se les pasa la encuesta.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicio de rehabilitación. Terapia ocupacional: Recogida de datos mediante escala.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Diferencia en la participación en las AVDs.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes en los que se observa mejoría en las AVDs.

Denominador .....: Total de pacientes que participan en el grupo.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicio de rehabilitación. Terapia ocupacional: Recogida de datos mediante escala y entrevista.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#96

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL MANEJO TRAS PROTESIS DE CADERA

Fecha de entrada: 13/06/2022

Nº de registro: 2022#96 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL

Título  
MEJORA DEL MANEJO TRAS PROTESIS DE CADERA

Colaboradores/as:  
CARTIEL MARCO NATALIA  
FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO  
PILARCES VIRGILI MARIA SALOME  
REBOLLO GONZALEZ SARAI  
SANAGUSTIN SILANO MIGUEL  
VIÑUALES LAVIÑA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En nuestro hospital, en el año 2021, se realizaron 90 prótesis de cadera totales, teniendo en cuenta que es un número bajo, por la pandemia, la media normal suele estar en torno a 120-130. De esos pacientes, la media de estancia ingresados desde el día de la cirugía es de 5,8 días de ingreso. En la actualidad, esa media de ingreso deriva en un gran coste hospitalario, morbilidad al paciente y posibilidad de complicaciones derivadas de la larga estancia. Además, como dice la british hip society, la estancia media tras prótesis de cadera, debe estar entre 3-5 días sin protocolos de alta precoz, alejado pues, de nuestra media. Por todo ello, se ha logrado analizar puntos de mejora en la atención de este proceso que deriven de una mejor atención de estos pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Larga estancia de las Prótesis de cadera tras la cirugía.  
Disminución de la tasa de transfusión de hemoderivados en las mismas  
Lograr iniciar la deambulación a las 24 horas de la cirugía

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Bajo porcentaje de antifibrinolíticos (ácido tranexámico) que derivan en una anemia mayor postquirúrgica que conlleva que el paciente se maree al levantarse, demorando así su deambulación, o incluso mayor tasa de transfusión. Como consecuencia, se dejan los drenajes postquirúrgicos 48 horas, retrasando la recuperación. Esto, conlleva que se alarguen las estancias, aumente el riesgo de trombosis, aumente el riesgo de infección y por tanto derive en consecuencias para el paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Población diana: Pacientes intervenidos de prótesis de cadera en el Hospital San Jorge  
Resultados esperados: -Disminuir la estancia en el hospital tras prótesis de cadera (objetivo principal). -Disminuir la tasa de transfusión. -Drenajes postquirúrgicos si se colocan, retirar a las 24 horas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión explicativa a los miembros del servicio

Fecha inicio: 13/01/2022  
Fecha final.: 13/01/2022  
Responsable.: Paúl Vicente

2. Protocolo a seguir para implantar el proyecto

Fecha inicio: 17/01/2022  
Fecha final.: 17/01/2022  
Responsable.: Natalia Cartiel

3. Evaluación de primeros resultados y mejora en la aplicación del proyecto

Fecha inicio: 04/07/2022  
Fecha final.: 04/07/2022  
Responsable.: Paúl Vicente

4. Nueva sesión explicativa para lograr que más profesionales se adhieran al proyecto

Fecha inicio: 07/07/2022  
Fecha final.: 07/07/2022  
Responsable.: Iraia Berasategi

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#96

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL MANEJO TRAS PROTESIS DE CADERA

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Disminución estancia tras cirugía prótesis de cadera tras el proyecto

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Estancia media previa al proyecto  
Denominador .....: Estancia media posterior al proyecto  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Fecha de alta-fecha de cirugía  
Est.Mín.1ª Mem ..: 4.80  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.80  
Est.Mín.2ª Mem ..: 4.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

2. Porcentaje de pacientes con ácido tranexámico perioperatorio

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Pacientes con ácido tranexámico  
Denominador .....: Pacientes totales operados de prótesis de cadera  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Porcentaje de pacientes que caminan a las 24 horas

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Pacientes que caminan al día siguiente de la intervención  
Denominador .....: Pacientes totales operados de prótesis de cadera  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. Profesionales del servicio de Traumatología que cumplen el proyecto

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Profesionales que se suman al proyecto  
Denominador .....: Total de profesionales del servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

5. Porcentaje de transfusión en Prótesis de cadera

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Pacientes trasfundidos  
Denominador .....: Pacientes totales operados de prótesis de cadera  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

6. Porcentaje de pacientes operados de prótesis de cadera que se benefician de el proyecto

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Porcentajes incluidos en el proyecto  
Denominador .....: Total de pacientes operados de prótesis de cadera  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

7. Porcentaje de pacientes con estancia por debajo de 4 días

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Pacientes con estancia < 4 días



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#96

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL MANEJO TRAS PROTESIS DE CADERA

Denominador .....: Total de pacientes operados de prótesis de cadera  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

8. Porcentaje de pacientes con estancia por encima de 4 días  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Pacientes con estancia>4 días  
Denominador .....: Total de pacientes operados de prótesis de cadera  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 35.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 35.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1094

### 1. TÍTULO

#### **INTERVENCION TEMPRANA EN PRIMEROS EPISODIOS PSICOTICOS EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE Y COORDINACION CON OTROS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL**

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1094 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN

Título  
INTERVENCION TEMPRANA EN PRIMEROS EPISODIOS PSICOTICOS EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE Y COORDINACION CON OTROS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL

Colaboradores/as:  
ARNAL VAL MARIA PILAR  
CASTAN PEREZ LIDIA  
ESCAR ARGUIS CESAR MIGUEL  
GUERRI LLES YOLANDA  
MARTINEZ CABELLO VERONICA  
PELEGRIN VALERO CARMELO MARIANO  
SALAS MARTINEZ ANNA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: UCE HOSPITAL SAN JORGE

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Un primer episodio psicótico (PEP) ocurre cuando en una persona aparecen por primera vez síntomas psicóticos. Puede corresponder con el debut de una serie de trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico agudo, trastorno delirante, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos y otros más excepcionales. Los trastornos psicóticos son enfermedades de una gran relevancia social y de salud pública. La gran mayoría se inicia en un periodo de la vida donde se afrontan tareas y procesos de maduración decisivos en las diversas dimensiones de desarrollo biológico, psicológico, social y vocacional. Por este motivo, la aparición de un primer episodio psicótico es un suceso especialmente complicado y estresante, tanto para la persona que lo sufre como para su familia y puede comprometer el potencial de desarrollo del joven o del adolescente que lo padece.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Atención y seguimiento de los pacientes que sufren un primer episodio psicótico.
2. Coordinación entre los diferentes dispositivos de salud mental implicados en el cuidado de los pacientes con primeros episodios psicóticos.
3. Disminución del impacto psicosocial que ocasiona un primer episodio psicótico.
4. Variabilidad en la práctica clínica.
5. Aumentar los conocimientos y actualizar la cualificación profesional del personal implicado en estos primeros episodios, mejorando así la atención recibida por estos pacientes, así como la satisfacción percibida.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Inadecuación en el seguimiento de la incidencia de casos tras el alta de UCE de pacientes con primeros episodios psicóticos.
2. Derivaciones a otros dispositivos con tiempos de espera elevados
3. Ingresos prolongados en UCE por demora en la instauración de un tratamiento farmacológico y en las actuaciones necesarias para asegurar la adherencia a este.
4. Falta de actualización en los conocimientos de los profesionales en relación a la atención de los pacientes con primeros episodios psicóticos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Elaborar una base de datos con los casos de primeros episodios psicóticos que ingresan en UCE para poder llevar a cabo su posterior seguimiento en colaboración con otros dispositivos.
2. Establecer un protocolo de actuación a llevar a cabo en estos primeros episodios.
3. Conocer el impacto psicosocial sobre el paciente ingresado en UCE que sufre un primer episodio psicótico y reducir las consecuencias de este.
4. Mejorar la coordinación con la USM para una derivación rápida tras el alta de UCE garantizando así la continuidad de la atención.
5. Capacitar a los colectivos profesionales involucrados mediante formación específica sobre PEP.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión bibliográfica para la elaboración del protocolo de actuación.

Fecha inicio: 01/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1094

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION TEMPRANA EN PRIMEROS EPISODIOS PSICOTICOS EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE Y COORDINACION CON OTROS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL

Fecha final.: 01/11/2022

Responsable.: Psiquiatras, enfermeras especialistas en Salud Mental y Psicóloga

2. Realización de talleres de formación específicos en primeros episodios psicóticos.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 01/11/2023

Responsable.: Psiquiatras, enfermeras especialistas en Salud Mental, Trabajadora Social, Psicóloga

3. Elaboración del protocolo de actuación unificado.

Fecha inicio: 15/11/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Psiquiatras, enfermeras especialistas en Salud Mental, TCAE, Trabajadora social, Psicóloga

4. Difusión y puesta en marcha del protocolo.

Fecha inicio: 15/02/2023

Fecha final.: 15/04/2024

Responsable.: Psiquiatras, enfermeras especialistas en Salud Mental, TCAE, celadores, Trabajadora social, Psicóloga

5. Elaboración de una base de datos con los casos de primeros episodios psicóticos que ingresan en la UCE para su posterior seguimiento.

Fecha inicio: 15/04/2023

Fecha final.: 15/04/2024

Responsable.: Psiquiatras, enfermeras especialistas en Salud Mental y Psicóloga

6. Elaboración de una encuesta para valorar el impacto psicosocial de los pacientes que sufren un primer episodio psicótico.

Fecha inicio: 15/02/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Psiquiatras, enfermeras especialistas en Salud Mental y Psicóloga

7. Difusión y aplicación de la encuesta de valoración del impacto psicosocial.

Fecha inicio: 15/04/2023

Fecha final.: 15/04/2024

Responsable.: Psiquiatras, enfermeras especialistas en Salud Mental, TCAE, celadores, Trabajadora social, Psicóloga

8. Seguimiento y evaluación del protocolo y encuesta.

Fecha inicio: 01/05/2024

Fecha final.: 30/09/2024

Responsable.: Psiquiatras, enfermeras especialistas en Salud Mental, Trabajadora Social, Psicóloga

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes con primer episodio psicótico que se le aplica el protocolo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: pacientes con primer episodio psicótico que se le aplica el protocolo

Denominador .....: total de de pacientes que ingresan por un primer episodio psicótico

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: base de datos con los casos de primeros episodios psicóticos que ingresan en la UCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Porcentaje de pacientes con PEP derivados a USM en un plazo menor de 7 días tras el alta de UCE

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: pacientes con PEP derivados a USM en un plazo menor de 7 días tras el alta de UCE

Denominador .....: total pacientes con PEP que son derivados a USM tras el alta.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: base de datos con los casos de primeros episodios psicóticos que ingresan en la UCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1094

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION TEMPRANA EN PRIMEROS EPISODIOS PSICOTICOS EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE Y COORDINACION CON OTROS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Porcentaje de pacientes a los que se le ha aplicado el protocolo de actuación y reingresan

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: pacientes incluidos en la base de datos a los que se le ha aplicado el protocolo de actuación y vuelven a reingresar

Denominador .....: total de pacientes incluidos en la base de datos de primeros episodios psicóticos.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: base de datos con los casos de primeros episodios psicóticos que ingresan en la UCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. nivel de impacto psicosocial que ha tenido un PEP en la vida de estos pacientes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: pacientes con respuestas negativas(mala/muy mala) en la encuesta de impacto psicosocial

Denominador .....: total de encuestas respondidas por los pacientes con un PEP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuesta de valoración del impacto psicosocial.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1101

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA Y PSIQUIATRÍA PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS CON ALTERACION DE LA SALUD MENTAL QUE PRECISEN DE INGRESO

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1101 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ CABELLO VERONICA

Título  
COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA Y PSIQUIATRÍA PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS CON ALTERACION DE LA SALUD MENTAL QUE PRECISEN DE INGRESO

Colaboradores/as:  
ARNAL VAL MARIA PILAR  
CABRERO CEBRIAN VISITACION  
CASTAN PEREZ LIDIA  
GASTON ASCASO LUZ  
PELEGRIN VALERO CARMELO MARIANO  
ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN  
SAURAS SANCHO BLANCA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: UCE HOSPITAL SAN JORGE

Ubicación/es secundaria/s  
HUESCA\*HOSPITAL DE SAN JORGE\*PEDIATRIA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En los últimos meses vemos un incremento de la demanda de atención de pacientes menores de 18 años que presentan alteraciones en su salud mental llegando incluso a requerir de ingreso. En nuestro hospital, no existe una sección de hospitalización de salud mental infanto-juvenil, por lo que los pacientes son ubicados en la unidad de pediatría. Dada las características de dicha unidad, consideramos la importancia de tener pautas claras y consensuadas entre ambos servicios.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Variabilidad en las pautas a seguir durante el ingreso.
- Satisfacción de los profesionales implicados en los cuidados.
- Seguridad y vigilancia del paciente menor que es ingresado.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Existencia de varios protocolos o pautas a seguir durante el ingreso.
- Falta de coordinación entre los servicios de pediatría y psiquiatría.
- Versatilidad en la medidas de seguridad que existen en el servicio de pediatría.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Estandarizar e implementar un protocolo de actuación a seguir en caso de ingreso en la unidad de pediatría previamente consensuado entre ambos servicios.
- Incrementar la colaboración y coordinación entre los profesionales de pediatría y psiquiatría.
- Mejorar la seguridad de los pacientes y profesiones implicados en el ingreso.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Coordinación a través de reuniones periódicas entre ambos servicios para determinar las pautas y medidas de seguridad a tener en cuenta durante un ingreso.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Psiquiatras, enfermeras de SM y pediatría, TCAE, Psicóloga

2. Revisión bibliográfica sobre protocolo de actuación de similares características llevados a cabo en otros hospitales.

Fecha inicio: 15/10/2022

Fecha final.: 15/11/2022

Responsable.: Psiquiatras, enfermeras de SM y pediatría, TCAE, Psicóloga

3. Realización del protocolo de actuación unificado.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 15/01/2023

Responsable.: Psiquiatras, enfermeras de SM y pediatría, TCAE, Psicóloga

4. Elaboración de la encuesta de satisfacción para los profesionales del servicio de pediatría.

Fecha inicio: 01/12/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1101

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA Y PSIQUIATRÍA PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS CON ALTERACION DE LA SALUD MENTAL QUE PRECISEN DE INGRESO

Fecha final.: 15/01/2023

Responsable.: Psiquiatras, enfermeras de SM y pediatría, TCAE, Psicóloga

5. Difusión y aplicación del protocolo de actuación entre los profesionales implicados y de la encuesta de satisfacción

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Psiquiatras, enfermeras de SM y pediatría, TCAE, Psicóloga

6. Registro de los cuidados llevados a cabo en HCE.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Psiquiatras, enfermeras de SM y pediatría, TCAE, Psicóloga

7. Seguimiento y evaluación del registro.

Fecha inicio: 01/08/2023

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Psiquiatras, enfermeras de SM y pediatría, TCAE, Psicóloga

8. Recogida de datos de la encuesta de satisfacción

Fecha inicio: 01/08/2023

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Psiquiatras, enfermeras de SM y pediatría, TCAE, Psicóloga

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes <18 años con alteración de su SM ingresadas en pediatría que se les aplica protocolo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Porcentaje de pacientes menores de 18 años con alteración en su salud mental que son ingresadas en pediatría que se les aplica el protocolo

Denominador .....: Total pacientes menores de 18 años con alteración en su salud mental que son ingresadas en pediatría

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de datos al ingreso y alta. Protocolo de actuación

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Nivel de satisfacción de los profesionales de pediatría con la puesta en marcha del protocolo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Porcentaje de profesionales con respuesta buena y muy buena en la encuesta de satisfacción

Denominador .....: Total de encuestas respondidas por los profesionales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#832

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO EN EL TRASLADO INTRA-HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#832 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCES FERRANDO MARIA CARMEN

Título  
MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO EN EL TRASLADO INTRA-HOSPITALARIO

Colaboradores/as:  
AGUSTIN OLIVA SARA  
ARIZON PASCUAL JARA  
LATORRE BIELSA ELISA  
LOPEZ BACHILLER MARTA  
RIVA BAJEN MIRYAM  
SOLANAS JARIA VANESSA  
VILLACAMPA SANAGUSTIN ALMUDENA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El paciente ingresado en la UCI dada su complejidad, presenta patologías que requieren de diversas técnicas y dispositivos específicos, así como de diferentes medidas de soporte ventilatorio y farmacológicas como sedación, analgesia o drogas vasoactivas, que son de gran importancia para la estabilidad del paciente.

Habitualmente el paciente precisa de pruebas complementarias por lo que requieren ser trasladados a otras unidades, quirófano, radiología, hemodiálisis, etc.

Dada la complejidad del paciente crítico debemos garantizar su seguridad durante estos traslados, la estabilidad hemodinámica y el mantenimiento de todos los dispositivos (ventilación mecánica, vías venosas, sondas, drenajes, etc).

Nuestro proyecto de mejora consiste en la creación de un grupo de trabajo para la implantación de un check-list a cumplimentar por el personal sanitario que permita verificar los pasos a realizar antes y después del traslado, registrando las incidencias ocasionadas durante el proceso. Considerando una incidencia todo aquel suceso adverso que se produzca durante el traslado que repercute en la seguridad del paciente, sea o no ocasionada por el personal sanitario responsable del mismo.

El principal objetivo será minimizar los posibles errores o efectos adversos que se puedan ocasionar en el proceso de traslado aumentando la seguridad del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Desconexión o pérdida de dispositivos.
2. No permeabilidad de accesos vasculares.
3. Inestabilidad respiratoria del paciente por fallos de la oxigenoterapia, ventilador, bala de oxígeno, tubuladuras, etc.
4. Inestabilidad hemodinámica del paciente.
5. Falta de medicación, como perfusiones de drogas vasoactivas o bolos de sedoanalgesia.
6. Falta o mal funcionamiento, del balón de reanimación y/o de material incluido en el maletín de transporte.
7. Presión del aire del colchón antiescaras insuficiente.
8. Exceso de tiempo de espera, previa a la prueba, fuera de la unidad.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. No comprobar la correcta sujeción de dispositivos y vías .
2. No verificación de la permeabilidad de vías vasculares.
3. No revisar conexiones de las tubuladuras del ventilador, u otros dispositivos de oxigenoterapia con la bala de oxígeno, así como el volumen restante de esta última.
4. Mal funcionamiento de las perfusiones (acodamientos, bombas sin batería), escasa sedoanalgesia, etc.
5. Falta de previsión de medicación.
6. Falta de revisión y reposición del maletín de transporte y/o balón de reanimación.
7. Mala conexión de los tubuladuras del colchón antiescaras.
8. Mala coordinación con el servicio de destino sobre su disponibilidad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Perfeccionar el traslado del paciente crítico y garantizar su seguridad.

Disminuir potenciales riesgos de incidentes durante el traslado.

Implantar el Check-list que permitirá revisar y asegurar de forma sistematizada la actuación en cada traslado intrahospitalario.

Unificar criterios de actuación del personal sanitario respecto al traslado del paciente de UCI.

Formar al personal de enfermería y tcas de la UCI en la adecuada valoración, preparación del paciente que va a ser trasladado y en la cumplimentación del Check-list.

Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#832

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO EN EL TRASLADO INTRA-HOSPITALARIO

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de un grupo de trabajo.

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/05/2024  
Responsable.: Maria Carmen Garcés Ferrando

2. Desarrollar un Check-List protocolizado para asegurar la realización de las diferentes actuaciones del personal implicado. Se cumplimentará previo al traslado y posteriormente a su llegada al servicio

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Todo el grupo

3. Realizar sesiones formativas para todo el personal de enfermería y TCAE de la UCI.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Todo el grupo

4. Informar a los servicios receptores de los pacientes de nuestra unidad de la importancia de conservar los dispositivos y medidas terapéuticas para mantener la estabilidad del paciente.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Todo el grupo

5. Incorporación del Check-list como nuevo procedimiento.

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 31/05/2024  
Responsable.: Todo el equipo

6. Declarar en el SINASP todas las incidencias surgidas en el proceso del traslado.

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 31/05/2024  
Responsable.: Todo el equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Personal sanitario formado en la cumplimentación del Check-list del traslado intrahospitalario.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Profesionales sanitarios de la UCI que reciben la formación.

Denominador .....: Total de profesionales sanitarios de la UCI

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Lista de personal de la UCI y lista de asistencia a las sesiones.

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Check-list cumplimentados de forma correcta.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de Check-list correctamente cumplimentados.

Denominador .....: Número de Check-list correctamente cumplimentados.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Check-list cumplimentados.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

3. Traslados intrahospitalarios con una o más incidencias r/c los ítems a valorar en el Check-list.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Traslados intrahospitalarios con una o más incidencias r/c el Check-list.

Denominador .....: Todos los traslados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Check-list cumplimentados.

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#832

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO EN EL TRASLADO INTRA-HOSPITALARIO

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Paciente crítico con posibilidad de diversas patologías.

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#869

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN UCI SOBRE LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#869 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
IBOR SERRANO LORETO

Título  
FORMACION EN UCI SOBRE LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS

Colaboradores/as:  
BESCOS VAQUERO SANDRA  
BUESA PUEYO SUSANA  
GIL ALOS ANA MARIA  
LAIRLA OLIVAN MARIA JOSE  
PABAN MACAYA ANA ISABEL  
POLO MARTINEZ MARTA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La gravedad e inestabilidad del usuario que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos produce un gran impacto en el usuario y su familia. El paciente se enfrenta a una situación de gravedad en condiciones adversas físicas, psíquicas y ambientales. Debido a la situación de extrema gravedad los profesionales priorizan la atención centrada en la enfermedad. La humanización de la asistencia sanitaria implica que el profesional respete la intimidad y autonomía del paciente, sepa gestionar las emociones y los cambios de comportamiento y que realice una adecuada comunicación tanto con el paciente como con la familia haciéndoles partícipes en los cuidados y toma de decisiones. Tras la pandemia por la COVID-19 se ha producido una renovación en el personal de la UCI, surgiendo la necesidad de dar a conocer y sensibilizar en la importancia de la humanización tanto al personal de nueva incorporación como a los alumnos en prácticas en la unidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Integración del personal de nuevo incorporación en el ámbito de la humanización.  
Atención integral, considerando a la persona como un ser biopsicosocial, teniendo en cuenta el aislamiento emocional del paciente y su familia.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La organización de los centros sanitarios, fundamentalmente centra la atención en los aspectos vitales. Extrema gravedad del paciente, provoca priorización de cuidados técnicos. Los avances científico-técnicos producen un aumento de la supervivencia en UCI, lo que puede conllevar una desviación del centro de atención de la persona, no tratando las necesidades emocionales de nuestro paciente. Dificultad en la comunicación entre los profesionales, pacientes y sus familiares. Incorporación de nuevo personal en la UCI que precisa integración en el área de Humanización.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar el bienestar biopsicosocial del paciente .  
Minimizar el impacto que supone el ingreso de una persona en la Unidad de Cuidados Intensivos para la familia a través de la acogida en la Unidad.  
Fomentar la formación en habilidades de humanización en el equipo de profesionales que componemos la UCI.  
Sensibilizar sobre la humanización de la asistencia sanitaria a los futuros profesionales de enfermería (EUE) y alumnos TCAE y enfermería que rotan en la UCI.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Acogida de familiares en las visitas u otras circunstancias, mostrando cercanía, soporte y confort y fomentar la interrelación y comunicación más allá de la situación actual.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 16/06/2023

Responsable.: LORETO IBOR SERRANO

2. Cartas de duelo pacientes larga estancia.

Fecha inicio: 15/09/2021

Fecha final.: 16/06/2023

Responsable.: ANA BELEN PABAN

3. Entregar al ingreso folleto informativo de acogida a familiares y pacientes ingresados en UCI que recoge las indicaciones de acceso a la unidad. Así como orientarlos en el espacio físico de la unidad

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 16/06/2023

Responsable.: MARIA JOSE LAIRLA OLIVAN

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#869

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN UCI SOBRE LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS

4. Adecuación y mejora de los espacios físicos tanto para la información a familiares, como la espera así como la tener la guía explicativa de la unidad en la sala de espera de los familiares de UCI.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 16/06/2023

Responsable.: SANDRA BESCOS VAQUERO

5. Realización de sesiones informativas sobre proyecto HU-CI así como invitarles a la realización y formación de cursos sobre habilidades de comunicación.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 16/06/2023

Responsable.: ANA GIL ALOS

6. Charlas informativas sobre proyecto HU-CI a los alumnos de 4º curso de la EUE, alumnos TCAE y personal de nueva incorporación : dos sesiones, para favorecer la formación de todos los profesionales.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 16/06/2023

Responsable.: MARTA POLO MARTINEZ

7. Presentación del proyecto de mejora de Humanización en la UCI a los alumnos de 4º curso en la asignatura de Gestión y Administración de Enfermería de la Escuela de Enfermería de Huesca.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 16/06/2023

Responsable.: SUSANA BUESA PUEYO

8. Evaluación a través de cuestionario de los conocimientos adquiridos tras la sesión impartida.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 16/06/2023

Responsable.: MARTA POLO MARTINEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. SESIONES FORMACIÓN

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales de UCI reciben sesión Humanización

Denominador .....: Número total de profesionales de UCI.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: REGISTRO DE FIRMAS

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 2. FORMACION ALUMNOS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de alumnos que rotan en UCI reciben sesión Humanización

Denominador .....: Número alumnos de 4º curso que rotan en UCI durante un año lectivo.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: REGISTRO DE FIRMAS

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 3. SESION EUE

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de alumnos que asisten a la sesión sobre Humanización

Denominador .....: Número alumnos de 4º curso en la EUE

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: REGISTRO FIRMAS

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 4. EVALUACIÓN

Tipo de indicador: Impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#869

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN UCI SOBRE LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS

Numerador .....: Número de alumnos que demuestren haber adquirido los conocimientos tras la sesión  
Denominador .....: Número de alumnos que han recibido la sesión.

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: CUESTIONARIO PREVIO Y POSTERIOR A LA SESIÓN  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: --Otros--> PACIENTES EN ESTADO CRITICO QUE PRECISAN INGRESO EN UCI POLIVALENTE

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1117

### 1. TÍTULO

#### SATISFACCION DE LOS FAMILIARES Y PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1117 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BESCOS VAQUERO SANDRA

Título  
SATISFACCION DE LOS FAMILIARES Y PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Colaboradores/as:  
BUESA PUEYO SUSANA  
GIL ALOS ANA MARIA  
IBOR SERRANO LORETO  
LAIRLA OLIVAN MARIA JOSE  
PABAN MACAYA ANA ISABEL  
POLO MARTINEZ MARTA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La evolución de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) combina los avances técnicos y científicos con una atención y cuidados centrados en las personas (pacientes, familiares y profesionales). Debido a las características del paciente crítico es común que se tenga que recurrir a la representación por parte de sus familiares en determinadas ocasiones.

La satisfacción de los pacientes y familiares es un factor empleado para determinar la percepción de la calidad de los cuidados recibidos. La encuesta de satisfacción valora diferentes aspectos como el entorno asistencial, la relación con los profesionales y el régimen de visitas. Es considerada un ítem relevante de calidad por la SEMICYUC, con repercusión internacional.

#### ÁREAS DE MEJORA

Cuidados centrados en el paciente y su familia durante el ingreso en la UCI. Aproximarnos a la realidad por la que atraviesan reconociendo sus necesidades.

Búsqueda de la mejora en las relaciones profesional-paciente y profesional-familiar.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Gravedad del paciente, provoca priorización de cuidados técnicos.

Los avances científico-técnicos producen un aumento de la supervivencia en UCI, lo que puede conllevar una desviación del centro de atención de la persona, no tratando las necesidades emocionales del paciente. Dificultad en la comunicación entre los profesionales, pacientes y sus familiares.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Medir el grado de satisfacción de los pacientes ingresados en la UCI mediante encuestas entregadas al alta de la UCI.
- Medir el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes han estado ingresado en UCI mediante encuestas entregadas al alta de la UCI.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reconstitución y puesta en marcha del equipo con el nombramiento de sus miembros y responsable del mismo, así como el establecimiento del plan de trabajo y calendario.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 20/06/2022

Responsable.: Sandra Bescós Vaquero

2. Búsqueda de estudios sobre satisfacción familiares y pacientes en UCI.

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 29/09/2022

Responsable.: Marta Polo Martinez

3. Revisión y reestructuración si procede de la encuesta de pacientes y familiares.

Fecha inicio: 29/09/2022

Fecha final.: 17/10/2022

Responsable.: Ana Isabel Paban Macaya.

4. Formación al equipo de la UCI sobre la entrega de la encuesta a los pacientes y familiares.

Fecha inicio: 29/09/2022

Fecha final.: 17/10/2022

Responsable.: Ana Gil Alós.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1117

### 1. TÍTULO

#### SATISFACCION DE LOS FAMILIARES Y PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

5. Análisis de las encuestas contestadas.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Susana Buesa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Quedan excluidos de la entrega de encuestas pacientes que permanecen ingresados en UCI menos de 24 horas, presentan Escala Coma Glasgow menor de 15, los que son trasladados desde UCI a otro centro hospitalario y los que por distintos motivos, no saben leer o no comprenden el español o no serían capaces de contestar.

- Quedan excluidos de la entrega de encuestas familiares de aquellos pacientes que permanecen ingresados en UCI menos de 24 horas, son trasladados a otro centro hospitalario y los que, por distintos motivos, no saben leer o no comprenden el español o no serían capaces de contestar.

- Las encuestas se entregan al paciente y a su familiar al alta de la UCI, son anónimas y una vez contestadas, se solicita que las depositen en un buzón identificado para tal función.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % encuestas contestadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de encuestas contestadas

Denominador .....: Número de encuestas entregadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro en sistema informático de encuestas entregadas y número de encuestas recibidas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. % encuestas pacientes contestadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número encuestas pacientes contestadas

Denominador .....: Número de pacientes que se les entrega la encuesta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro en sistema informático de encuestas entregadas y número de encuestas recibidas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

3. % encuestas familiares contestadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número encuestas familiares contestadas

Denominador .....: Número familiares que se les entrega la encuesta.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro en sistema informático de encuestas entregadas y número de encuestas recibidas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

4. Nivel satisfacción de los pacientes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nivel satisfacción de los pacientes

Denominador .....: Nivel máximo de satisfacción.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. Nivel satisfacción de los familiares

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nivel satisfacción de los familiares

Denominador .....: Nivel máximo de satisfacción.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1117

### 1. TÍTULO

#### SATISFACCION DE LOS FAMILIARES Y PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes que precisan ingreso en UCI polivalente y sus familiares.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#615

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#615 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BUISAN CASBAS GEMMA

Título  
OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
ASPAS LARTIGA CARLOS JAVIER  
CATALAN GARCIA LARA  
CUARTERO CUENCA BERTA  
GIMENO GARCIA BEATRIZ  
LLIMIÑANA ORDAS MARIA CARMEN  
REJAS MORRAS LAURA  
VINZO ABIZANDA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Un alto porcentaje de consultas en los servicios de urgencias está relacionado con procesos infecciosos. El poder administrar el tratamiento antibiótico de manera precoz y la toma inmediata de otras decisiones diagnóstico-terapéuticas repercuten directamente en la supervivencia de los enfermos con infección bacteriana grave. Las manifestaciones clínicas de los procesos infecciosos son a menudo inespecíficas, dificultando el reconocimiento precoz de estos enfermos. Es ahí donde los biomarcadores de respuesta inflamatoria e infección se han posicionado desde hace años como herramienta de gran ayuda para mejorar el diagnóstico. El uso de la procalcitonina como marcador específico de la infección bacteriana sistémica se inició en 1993 presentando elevada especificidad y sensibilidad y permitiendo, su uso, optimizar los recursos hospitalarios y la mejoría de la supervivencia.

#### ÁREAS DE MEJORA

Solicitud de la procalcitonina en los casos de sea necesario optimizando, así, su uso en los pacientes con sospecha de infección grave.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Definir los criterios en los que debe ser solicitada la procalcitonina mediante la implantación del protocolo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Solicitar la procalcitonina en los casos que sea necesario de acuerdo al protocolo.
2. Reducir la solicitud de la procalcitonina en los casos que sea innecesario.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación del grupo de trabajo (FEAs Urgencias y Bioquímica).

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final: 31/08/2022

Responsable.: Gemma Buisán Casbas

2. Explicación del protocolo al resto de facultativos del Servicio mediante una sesión clínica.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Gemma Buisán Casbas

3. Valoración de resultados de las solicitudes posteriores a la implantación del protocolo y comparativa con los tres meses previos a la implantación.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Gemma Buisán Casbas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Procalcitoninas solicitadas de acuerdo al protocolo en el Servicio de Urgencias.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de procalcitoninas solicitadas de acuerdo al protocolo existente en el

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#615

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PROCALCITONINA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Servicio de Urgencias

Denominador .....: Número total de procalcitoninas solicitadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. Procalcitoninas no indicadas solicitadas en el Servicio de Urgencias.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de procalcitoninas innecesarias solicitadas en el Servicio de Urgencias

Denominador .....: Número total de procalcitoninas solicitadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#670

### 1. TÍTULO

#### MANEJO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN PACIENTES DE BAJO RIESGO

Fecha de entrada: 16/07/2022

Nº de registro: 2022#670 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ CLAVIJO GRETEHEL

Título  
MANEJO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN PACIENTES DE BAJO RIESGO

Colaboradores/as:  
ALINS RAMI IGNACIO  
CRISAN XX ANDREEA  
CUARTERO CUENCA BERTA  
MOMPRADE CASASIN BEATRIZ  
MUÑOZ PINTOR MANUEL MARIA  
PERIE ALBERO PAULA  
SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Mejorar el manejo de los pacientes que acuden a los SU con un dolor torácico sugestivo de insuficiencia coronaria aguda, por la necesidad de diagnosticar y tomar decisiones rápidamente, con el fin de reducir la morbimortalidad de los Síndromes Coronarios Agudos (SCA) por un lado, y evitar al mismo tiempo ingresos innecesarios por otro.

#### ÁREAS DE MEJORA

Identificar un grupo de pacientes de bajo riesgo que se podrían beneficiar de un alta precoz del SU y que de manera segura puedan manejarse de forma ambulatoria.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Pacientes con dolor torácico que acuden al SU y que actualmente no se identifica el bajo riesgo para estudiarlo de manera adecuada.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Establecer el circuito diagnóstico en el SU de los pacientes con dolor torácico de bajo riesgo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaborar un plan de actuación y protocolo específico consensuado y diáfano, para el manejo en el SU del dolor torácico con sospecha de etiología isquémica en pacientes de bajo riesgo, unificando crite

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/03/2023

Responsable.: GRETEHEL PEREZ CLAVIJO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO DE BAJO RIESGO A LOS QUE SE LES APLICA EL PROTOCOLO.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes atendidos por dolor torácico de bajo riesgo a los que se les aplica el protocolo

Denominador .....: Nº de pacientes atendidos en el SU con dolor torácico de bajo riesgo x 100.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documentación y registros del SUH.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. DEMORA EN LA REALIZACIÓN DE ECG EN PACIENTES QUE CONSULTAN POR DOLOR TORÁCICO DE ORIGEN ISQUÉMICO.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes atendidos por dolor torácico con demora en la realización de ECG

Denominador .....: Nº de pacientes atendidos en el SU con dolor torácico x 100.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#670

### 1. TÍTULO

#### MANEJO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL DOLOR TORACICO CON SOSPECHA DE ETIOLOGIA ISQUEMICA EN PACIENTES DE BAJO RIESGO

$x(1-100-1000) \dots: 100$

Fuentes de datos.: Documentación y registros del SUH.

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

3. REALIZACION DE ECG AL ALTA DEL SU EN LOS PACIENTES CON DOLOR TORACICO DE BAJO RIESGO.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de pacientes atendidos por dolor torácico de bajo riesgo con ECG al alta del SU/

Denominador .....: N° de pacientes atendidos en el SU con dolor torácico de bajo riesgo x 100.

$x(1-100-1000) \dots: 100$

Fuentes de datos.: Documentación y registros del SUH.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#690

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS DE COAGULACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS BASADA EN LA EVIDENCIA CLÍNICA

Fecha de entrada: 18/07/2022

Nº de registro: 2022#690 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PASTOR CEBOLLERO MARIA JESUS

Título  
OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS DE COAGULACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS BASADA EN LA EVIDENCIA CLÍNICA

Colaboradores/as:  
AGUILAR FERRER RAQUEL  
ASPAS LARTIGA CARLOS JAVIER  
BUISAN CASBAS GEMMA  
CRISTOBAL ANDREU FERNANDO  
GABAS EITO MIRIAM  
GRACIA MAZA MARINA  
PEREZ CLAVIJO GRETEHEL

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde el 2010 se están replanteando las prácticas médicas más habituales para hacer recomendaciones basadas en la evidencia de "no hacer" pruebas innecesarias. Las pruebas de coagulación son una de las pruebas que se solicitan frecuentemente y con bajo beneficio diagnóstico y terapéutico demostrado. A ello se suma la necesidad de hacer sostenible el sistema sanitario y la concienciación de la racionalización de costes constituye un deber ético de todos los profesionales, es un gasto evitable en pacientes sin hemorragia ni sospecha de coagulopatía.

#### ÁREAS DE MEJORA

Reducir el número de pruebas de coagulación solicitadas en el Servicio de Urgencias

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Reducir el número de pruebas de coagulación solicitadas en el Servicio de Urgencias

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Determinar en qué casos es necesaria la realización de pruebas de coagulación.  
Reducir la solicitud de determinaciones de coagulación.  
Aumentar la eficacia y eficiencia de las pruebas de coagulación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se constituirá un grupo de trabajo formado por trabajadores del Servicio de Urgencias, se explicara en sesión clínica del servicio el protocolo de solicitud de pruebas de coagulación en septiembre de

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Jesús Pastor Cebollero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pruebas de coagulación no indicadas en el servicio de Urgencias.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pruebas de coagulación innecesarias solicitadas en el Servicio de Urgencias

Denominador .....: Número total de pruebas de coagulación solicitadas en el servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes atendidos en el Servicio de urgencias en el periodo a estudio

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

2. Pruebas de coagulación solicitadas de acuerdo con el protocolo del Servicio de Urgencias

Tipo de indicador: alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#690

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS DE COAGULACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS BASADA EN LA EVIDENCIA CLÍNICA

Numerador .....: Número de pruebas solicitadas de acuerdo al protocolo  
Denominador .....: Número total de pruebas solciitadas en el servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todos los pacientes que requieran analítica por distintas patologías en el servicio de Urgencias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#718

### 1. TÍTULO

#### PAPEL DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 20/07/2022

Nº de registro: 2022#718 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
USON ALBERO MARIA TERESA

Título  
PAPEL DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
ARELLANO CARRERA ROCIO  
FRECHIN PERTUSA MARIA  
GALLEGO LARDIES ALEJANDRO  
HOTOPAN XX DIANA SIMONA  
LALIENA TOLOSANA ALMUDENA  
RODRIGUEZ LEON ANA MILAGROS  
SIERRA PEREZ MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El presente proyecto pretende aportar las herramientas necesarias para conocer el funcionamiento y estructura del Servicio de Urgencias Hospitalarias del Hospital Universitario San Jorge.

Dicho servicio se caracteriza por prestar una asistencia sanitaria urgente, ante situaciones clínicas, en las que la atención requerida debe ser inmediata o en el menor tiempo posible, con la mayor efectividad y prestando unos cuidados de enfermería de calidad y de forma continuada.

Los destinatarios de dicha asistencia son en torno a 107.000 habitantes que conforman el Sector de Huesca (pacientes de edad adulta y pediátrica).

Debido a la magnitud de población con la que se trabaja y el tipo de trabajo que se realiza en este servicio, este proyecto tiene por objetivo facilitar la incorporación de los nuevos profesionales de Enfermería que no hayan trabajado en el Servicio de Urgencias del HUSJ previamente. Así como, lograr una inclusión de los profesionales en la Unidad más ágil y adecuada.

#### ÁREAS DE MEJORA

Personal de Enfermería con falta de experiencia en el Servicio de Urgencias del HUSJ

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. DUES de plantilla temporal/fija o personal del pull que nunca han rotado por el servicio de Urgencias del HUSJ
2. Formación insuficiente en el rotatorio por urgencias de los estudiantes de Enfermería
  - Falta de experiencia profesional
  - Formación muy centrada en técnicas
  - Falta de formación en tareas de gestión
  - Carencias en la visión global del paciente

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivo principal:

-Facilitar la integración del personal de enfermería de nueva incorporación al Servicio de Urgencias aportando la información y formación necesarias sobre la estructura, organización y funcionamiento del servicio.

##### Objetivos secundarios:

- Elaborar encuesta de satisfacción.
- Elaborar un enlace web con los materiales formativos (Guía de acogida y protocolos).  
<https://sites.google.com/view/acogida-urgencias-dues/inicio>
- Realizar sesiones de formación para dar a conocer el trabajo en el servicio de urgencias.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1. Entrega de Guía de Acogida vía mail  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 01/06/2024  
Responsable.: Supervisora del Servicio de Urgencias

2. 2. Entrega del enlace web con los recursos formativos elaborados  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 01/06/2024  
Responsable.: Supervisora del Servicio de Urgencias

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#718

### 1. TÍTULO

#### PAPEL DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

3. 3. Entrega y recogida de la encuesta de satisfacción

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2024

Responsable.: Supervisora del Servicio de Urgencias

4. 4. Adjudicación de las claves informáticas del servicio de Urgencias

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2024

Responsable.: Supervisora del Servicio de Urgencias

5. 5. Presentación del Servicio de urgencias

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2024

Responsable.: Supervisora del Servicio de Urgencias

6. 6. Explicación de la Guía de acogida

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2024

Responsable.: Equipo de mejora

7. 7. Organización de las sesiones de formación bianuales

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2024

Responsable.: Equipo de mejora

8. 8. Mantenimiento del enlace web

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2024

Responsable.: Equipo de mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Entrega guía explicativa del funcionamiento de la unidad

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de DUEs de nueva incorporación a los que se les envía por mail la Guía de acogida

Denominador .....: Nº total de DUEs de nueva incorporación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plantilla de DUEs del Servicio de Urgencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Entrega del enlace web

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de DUEs de nueva incorporación a los que se les entrega el enlace web

Denominador .....: Nº total de DUEs de nueva incorporación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plantilla de DUEs del Servicio de Urgencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Utilidad guía explicativa del funcionamiento de la unidad

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de DUEs de nueva incorporación a los que les resulta útil la Guía de acogida

Denominador .....: Nº total de DUEs a los que se entrega la guía de acogida

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Utilidad enlace web

Tipo de indicador: Impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#718

### 1. TÍTULO

#### **PAPEL DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

Numerador .....: N° de DUEs de nueva incorporación a los que les resulta útil el enlace web  
Denominador .....: N° total de DUEs a los que se entrega el enlace web  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 84.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todas las patologías que reciben asistencia en el Servicio de Urgencias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#719

### 1. TÍTULO

#### PAPEL DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA FORMACION DE LOS TCAES DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 20/07/2022

Nº de registro: 2022#719 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
XAVIER TAVARES HERMINIA

Título  
PAPEL DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA FORMACION DE LOS TCAES DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
ARTEAGA LOPEZ MARIA LUISA  
ASPIROZ GUILLEN MARIA EMMA  
CARO CABRERA JOSE MANUEL  
EGEA AGUILAR MARIA PILAR  
LOPEZ BRETOS ROSA MARIA  
LOPEZ LILLO MONICA  
USON ALBERO MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El presente proyecto pretende aportar las herramientas necesarias para conocer el funcionamiento y estructura del Servicio de Urgencias Hospitalarias del Hospital Universitario San Jorge. Dicho servicio se caracteriza por prestar una asistencia sanitaria urgente, ante situaciones clínicas, en las que la atención requerida debe ser inmediata o en el menor tiempo posible, con la mayor efectividad y prestando unos cuidados de calidad y de forma continuada. Los destinatarios de dicha asistencia son en torno a 107.000 habitantes que conforman el Sector de Huesca (pacientes de edad adulta y pediátrica). Debido a la magnitud de población con la que se trabaja y el tipo de trabajo que se realiza en este servicio, este proyecto tiene por objetivo facilitar la incorporación de los nuevos TCAEs que no hayan trabajado en el Servicio de Urgencias del HUSJ previamente. Así como, lograr una inclusión de los profesionales en la Unidad más ágil y adecuada.

#### ÁREAS DE MEJORA

TCAEs con falta de experiencia en el Servicio de Urgencias del HUSJ

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. TCAEs de plantilla temporal/fija o personal del pull que nunca han rotado por el servicio de Urgencias del HUSJ

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivo principal:

-Facilitar la integración de las TCAEs de nueva incorporación al Servicio de Urgencias aportando la información y formación necesarias sobre la estructura, organización y funcionamiento del servicio.

##### Objetivos secundarios:

- Elaborar encuesta de satisfacción.
- Elaborar un enlace web con los materiales formativos (Guía de acogida y Kits de materiales).  
<https://sites.google.com/view/acogida--urgencias-tcaes/inicio>
- Realizar sesiones de formación para dar a conocer el trabajo en el servicio de urgencias.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1. Entrega de Guía de Acogida vía mail

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2024

Responsable.: Supervisora del Servicio de Urgencias

2. 2. Entrega del enlace web con los recursos formativos elaborados

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2024

Responsable.: Supervisora del Servicio de Urgencias

3. 3. Entrega y recogida de la encuesta de satisfacción

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2024

Responsable.: Supervisora del Servicio de Urgencias



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#719

### 1. TÍTULO

#### PAPEL DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA FORMACION DE LOS TCAES DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

4. 4. Adjudicación de las claves informáticas del servicio de Urgencias

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Supervisora del Servicio de Urgencias

5. 5. Presentación del Servicio de urgencias

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2024

Responsable.: Supervisora del Servicio de Urgencias

6. 6. Explicación de la Guía de acogida

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2024

Responsable.: Equipo de mejora

7. 7. Organización de las sesiones de formación bianuales

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2024

Responsable.: Equipo de mejora

8. 8. Mantenimiento del enlace web

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2024

Responsable.: Equipo de mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Entrega guía explicativa del funcionamiento de la unidad

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de TCAEs de nueva incorporación a los que se les envía por mail la Guía de acogida

Denominador .....: Nº total de TCAEs de nueva incorporación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plantilla de TCAEs del Servicio de Urgencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Entrega del enlace web

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de TCAEs de nueva incorporación a los que se les entrega el enlace web

Denominador .....: Nº total de TCAEs de nueva incorporación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plantilla de TCAEs del Servicio de Urgencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Utilidad guía explicativa del funcionamiento de la unidad

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de TCAEs de nueva incorporación a los que les resulta útil la Guía de acogida

Denominador .....: Nº total de TCAEs a los que se entrega la guía de acogida

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Utilidad enlace web

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de TCAEs de nueva incorporación a los que les resulta útil el enlace web

Denominador .....: Nº total de TCAEs a los que se entrega el enlace web

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#719

### 1. TÍTULO

#### PAPEL DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA FORMACION DE LOS TCAES DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todas las patologías que reciben asistencia en el Servicio de Urgencias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#771

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DE LA SOLICITUD DE RADIOGRAFÍAS DE ABDOMEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA TRAS LA IMPLANTACION DEL PROCESO DE SOLICITUD DE RADIOGRAFÍAS DE ABDOMEN

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#771 \*\* Indicadores de desinversión ( \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
REJAS MORRAS LAURA

Título  
VALORACION DE LA SOLICITUD DE RADIOGRAFÍAS DE ABDOMEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA TRAS LA IMPLANTACION DEL PROCESO DE SOLICITUD DE RADIOGRAFÍAS DE ABDOMEN

Colaboradores/as:  
AGUILAR FERRER RAQUEL  
CRISAN XX ANDREEA  
GRACIA MAZA MARINA  
GREGORI IBAÑEZ BEGOÑA  
OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL  
PASTOR CEBOLLERO MARIA JESUS  
PEREZ URIETA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Indicadores de desinversión (

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El dolor abdominal es la manifestación clínica más constante de la patología abdominal aguda y motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias en adultos. La escasa rentabilidad diagnóstica de la radiografía de abdomen en patología urgente contrasta con el elevado número de exploraciones que se realizan. La mayoría arroja hallazgos normales o inespecíficos, lo que cuestiona la idoneidad de su indicación. Suele considerarse un procedimiento rutinario o incluso una herramienta "defensiva" de cribado, cuya utilidad real se desconoce. Radiólogos y clínicos deben conocer las importantes limitaciones de la radiografía de abdomen para detectar patología aguda con la precocidad y precisión de otras técnicas de imagen. Interesa realizar aquella que esté indicada, y no solicitar una radiografía de abdomen de manera rutinaria si no se considera útil para el diagnóstico.

#### ÁREAS DE MEJORA

Solicitud de la radiografía de abdomen en los casos que esté indicada.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Evitar solicitar radiografías cuando no están indicadas, ya que en ocasiones se solicitan de forma rutinaria sin valorar si realmente vamos a obtener un beneficio de ellas, y teniendo en cuenta la radiación del paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Solicitar rx de abdomen en los casos que sea necesario de acuerdo al protocolo.
2. Reducir la solicitud de la rx de abdomen en los casos que sea innecesario.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se formará un grupo de trabajo mediante FEAs y residentes de Urgencias.

Fecha inicio: 15/07/2022  
Fecha final.: 30/07/2022  
Responsable.: LAURA REJAS MORRAS

2. Sesión clínica el protocolo al resto de facultativos

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/10/2022  
Responsable.: LAURA REJAS MORRAS

3. Valorar las radiografías solicitadas y si estaban indicadas durante los 3 meses 3 meses previos a la sesión en comparación con los 3 meses posteriores

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 15/12/2022  
Responsable.: LAURA REJAS MORRAS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#771

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DE LA SOLICITUD DE RADIOGRAFÍAS DE ABDOMEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA TRAS LA IMPLANTACION DEL PROCESO DE SOLICITUD DE RADIOGRAFÍAS DE ABDOMEN

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Realización de radiografías de abdomen según las recomendaciones del protocolo de urgencias

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N.º de pacientes a los que se les ha realizado radiografía de abdomen según recomendaciones del protocolo

Denominador .....: N.º total de radiografías realizadas x 100.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documentación y registros del SU y de Radiodiagnóstico

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. Realización de radiografías de abdomen innecesarias según el protocolo del Servicio de Urgencias

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N.º de radiografías de abdomen realizadas no indicadas en el protocolo

Denominador .....: / N.º

total de radiografías realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documentación y registros del SU y de Radiodiagnóstico

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología abdominal

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#772

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LAS REGLAS DE OTTAWA DE RODILLA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#772 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL

Título  
IMPLANTACION DE LAS REGLAS DE OTTAWA DE RODILLA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

Colaboradores/as:  
ATARES LOPEZ SARA  
BLESA CLAVERO ELENA  
ELBAILE SARASA MARIA DEL ROSARIO  
GIMENO GARCIA BEATRIZ  
MEJIA ESCOLANO DAVID  
POVEDA SERRANO MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los traumatismos de rodilla se encuentran entre las causas más frecuentes de consulta a urgencias, en Reino Unido representa 68.000 consultas al año. Más del 92% de los pacientes se les realiza una radiografía y sólo el 6% presentan una fractura a pesar de existir reglas de decisión clínica (CDR) que permiten diferenciar entre pacientes con fracturas y pacientes que no las tienen, y por ende, no serían subsidiarios de realizar radiografías.

Las reglas de Ottawa surgen de un estudio prospectivo de 1047 pacientes adultos que presentaban traumatismo agudo de rodilla. Los indicadores clínicos fueron identificados usando un análisis de particionamiento recursivo (rpa). La CDR presentó una sensibilidad del 100% y una especificidad del 49%, con una reducción relativa en el uso de radiografía del 28%, en adición los facultativos fueron capaces de realizar la CDR adecuadamente en el 96% de los casos. Desde la introducción de esta CDR se han realizado estudios para validar su uso en la práctica clínica. Una revisión de los criterios de Ottawa de 2004 observó pacientes de 6 estudios con 4249 pacientes adultos, el análisis combinado presentó una sensibilidad del 98.5% con una especificidad del 48.6%. Con una prevalencia de fractura del 7%, una probabilidad de un falso negativo del 0.37% en adultos y del 2% en niños. Un análisis económico reveló que el uso de las reglas de Ottawa como CDR es costo efectivo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Tiempos de atención.  
Optimización de recursos físicos y humanos.  
Seguridad del paciente.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Dada la incidencia y prevalencia del traumatismo de rodilla en nuestro medio, consideramos de crucial importancia la implantación de dichas CDR en nuestro servicio para disminuir significativamente la necesidad de realizar una radiografía de rodilla agilizando la atención y disminuyendo la exposición a radiación ionizante

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la seguridad de los pacientes que sufren un traumatismo de rodilla para no exponerlos a radiación ionizante innecesaria.  
Difundir entre los facultativos y residentes que trabajan en el servicio de urgencias las reglas de Ottawa de rodilla.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión informativa dirigida a facultativos y residentes para familiarizarse con las reglas de Ottawa de rodilla  
Fecha inicio: 25/08/2022  
Fecha final.: 25/08/2022  
Responsable.: Miguel Angel Ochoa Rojas
2. Establecer un protocolo de actuación frente a traumatismos de rodilla  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Equipo de mejora
3. Recolección de datos de pacientes atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario San

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#772

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LAS REGLAS DE OTTAWA DE RODILLA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

Jorge por traumatismos de rodilla para su análisis estadístico

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Equipo de mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Índice de no aplicación el protocolo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes con traumatismo de rodilla a los que no se les aplica las reglas de Ottawa

Denominador .....: Nº de pacientes atendidos por patología traumática de rodilla

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH e HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

2. Índice de aplicación del protocolo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes con traumatismo de rodilla en los que se realiza radiografía de rodilla sin estar indicada según las reglas de Ottawa

Denominador .....: Nº de pacientes con traumatismo de rodilla en los que se realiza radiografía de rodilla

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH e HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1077

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1077 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GREGORI IBÁÑEZ BEGOÑA

Título  
ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Colaboradores/as:  
ARELLANO CARRERA ROCIO  
ARTERO BELLO M. PILAR  
FRECHIN PERTUSA MARIA  
POVEDA SERRANO MARIA PILAR  
SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO  
SOLANO CHECA ANA BELEN  
VILLANUEVA PEREZ AZUCENA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
La Insuficiencia Cardíaca (IC) es una patología muy prevalente que condiciona una elevada mortalidad y morbilidad, disminuyendo la calidad de vida de los pacientes y generando un importante volumen de consultas en Atención Primaria y a los Servicios de Urgencias, ingresos hospitalarios y visitas de seguimiento, además de suponer un elevado gasto farmacéutico.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar el diagnóstico de pacientes con IC en Servicio de Urgencias (SU).  
Mejorar el tratamiento ajustado a sus condiciones.  
Asegurar el seguimiento médico.  
Reducir el número de ingresos hospitalarios innecesarios.  
Reducir el número de reingresos en Urgencias de los pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Infradiagnóstico de los pacientes.  
Inadecuada clasificación de pacientes con IC (desconocimiento de la Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo-FEVI).  
Inadecuación del tratamiento farmacológico.  
Escasa accesibilidad para el seguimiento al alta.  
Escasa transferencia al paciente de la información sobre su patología, educación, e implicación del paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Optimizar el manejo inicial de los pacientes diagnosticados de IC en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario San Jorge (HUSJ).
- Aplicar la metodología de mejora continua de la calidad en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con IC que acuden al Servicio de Urgencias.
- Ayudar a seleccionar los pacientes que se beneficien de seguimiento en consultas externas especializadas o en Unidad de IC, reduciendo ingresos hospitalarios innecesarios.
- Contribuir a reducir la tasa de reingreso al alta del Servicio de Urgencias.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un protocolo para diagnóstico y tratamiento de los pacientes con IC aguda y crónica en el Servicio de Urgencias del HUSJ.

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Begoña Gregori Ibáñez

2. Colaboración con Cardiología y Medicina Interna para establecer criterios de ingreso.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Begoña Gregori Ibáñez

3. Colaboración con Cardiología y Medicina Interna para seleccionar a los pacientes que se benefician del seguimiento en Consultas Externas o en Unidad de IC.  
Fecha inicio: 01/07/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1077

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE HUESCA

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Begoña Gregori Ibáñez

4. Formación de los facultativos del Servicio de Urgencias en el manejo de los pacientes con IC, así como en técnicas de ecocardiografía para la adecuada clasificación de los pacientes con IC.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Begoña Gregori Ibáñez

5. Elaboración de un documento de recomendaciones al alta para la educación del paciente y garantizar el seguimiento al alta.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Begoña Gregori Ibáñez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes diagnosticados de IC en el SU con FEVI conocida.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes diagnosticados de IC en el SU en los que se conoce la FEVI.

Denominador .....: Nº de pacientes diagnosticados de IC en el SU.

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Documentación y registros del SU.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Porcentaje de pacientes con documento de recomendaciones al alta del SU por IC.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes dados de alta a domicilio del SU por IC en los que se les explica y se entrega el documento de recomendaciones

Denominador .....: Nº de pacientes dados de alta a domicilio del SU por IC.

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Documentación y registros del SU.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

3. Porcentaje de reingreso de pacientes dados de alta del SU por IC.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes con IC que reingresan en el SU en la primera semana tras ser dados de alta a domicilio del SU por IC.

Denominador .....: Nº de pacientes dados de alta a domicilio del SU por IC.

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Documentación y registros del SU.

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#815

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA ESPECIALIZADA A TRAVES DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL. ALGORITMOS DE ACTUACION EN PATOLOGÍA UROLOGICA FRECUENTE Y RECOMENDACIONES PARA LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#815 \*\* Atención a tiempo: interconsulta \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALVAREZ CORTES MARINA

Título  
GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA ESPECIALIZADA A TRAVES DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL. ALGORITMOS DE ACTUACION EN PATOLOGÍA UROLOGICA FRECUENTE Y RECOMENDACIONES PARA LOS PACIENTES

Colaboradores/as:  
BERNE MANERO JOSE MIGUEL  
BONO ARIÑO MARIA ARACELI  
CABAÑUZ PLO BLANCA  
CABAÑUZ PLO TERESA  
CARCELLER TEJEDOR ELENA  
FORTUN BELENGUER MARTA  
SEMPER PONT JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: UROLOGIA

Línea estratégica: Atención a tiempo: interconsulta

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La patología urológica supone una importante carga asistencial en atención primaria tanto por frecuencia como por consumo de recursos de los servicios de salud. Conocer el manejo básico de un número limitado de patologías que puede realizarse desde el centro de salud repercutirá positivamente en la calidad de vida percibida de los pacientes, otorgando un nivel de prioridad adecuado a cada interconsulta, evitando así desplazamientos innecesarios a las consultas especializadas para solicitar pruebas o desarrollar actitudes diagnósticas que podrían haberse solicitado o llevado a cabo desde atención primaria.

En el año 2019 se realizó un programa FOCUSS con gran acogida por parte de los médicos de atención primaria. Con dicho programa se pretendía dar un primer paso en el acercamiento especializada-atención primaria para lograr aplicar el conocimiento médico al novedoso sistema de interconsulta virtual recientemente implantado en dicho momento en el Servicio Aragonés de Salud, logrando reducir la ansiedad tanto de los médicos de atención primaria como de los pacientes y realizando una gestión de las consultas de forma más eficaz. Dicho programa continúa en la actualidad, pero con este proyecto de mejora se pretende desarrollar una serie de algoritmos de actuación básicos con el fin de agilizar y afianzar aún más la relación entre la atención primaria y la especializada en cuanto al manejo de la patología urológica.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Demora en cuanto al diagnóstico o tratamiento de patología urológica no urgente
- Demora en cuanto a la derivación de pacientes desde atención primaria
- Demora en el inicio del tratamiento de patología urológica no urgente, abordable desde atención primaria

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Sobrecarga de Atención Primaria
- Subóptimo uso de la interconsulta virtual como medio para agilizar la comunicación entre especialidades
- Ausencia de pautas concretas de derivación o tratamiento por parte de nuestra especialidad hacia atención primaria

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- El proyecto se dirige a los centros de salud del sector Huesca-Jaca que tratan a pacientes con patología urológica, que realizan interconsulta virtual a urología del Hospital General San Jorge y, como consecuencia y especialmente, a los pacientes que pueden ser manejados en atención primaria.
- OBJETIVO PRIMARIO: Mejorar la gestión de la demanda de consulta de urología, con el fin de que el paciente reciba atención especializada en caso de precisarlo o cuando el médico de atención primaria lo considere oportuno.
  - OBJETIVOS SECUNDARIOS:
    - Fomentar una rápida comunicación entre la atención primaria y la atención especializada para mejorar la continuidad asistencial del paciente con patología urológica.
    - Establecer guías de actuación básicas para el manejo y orientación de la patología del paciente, con el fin de reducir el número de interconsultas virtuales y desplazamientos innecesarios del paciente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recopilación y análisis de datos de interconsulta virtual. Identificar áreas de mejora y patologías más frecuentes.

Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#815

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA ESPECIALIZADA A TRAVES DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL. ALGORITMOS DE ACTUACION EN PATOLOGÍA UROLOGICA FRECUENTE Y RECOMENDACIONES PARA LOS PACIENTES

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Marina Álvarez Cortés, Marta Fortún Belenguer, José Semper Pont

2. Elaboración de borradores de algoritmos de manejo y recomendaciones para pacientes. Reunión para generar los documentos definitivos, envío de los mismos a atención primaria y valoración de propuestas.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Blanca Cabañuz Plo, José Semper Pont

3. Redacción de documentos definitivos.

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Teresa Cabañuz Plo, Elena Carceller Tejedor

4. Uso generalizado de los documentos como copia adjunta a la respuesta de la consulta virtual. Valoración del grado de satisfacción de los pacientes mediante encuestas de calidad.

Fecha inicio: 01/07/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: José Miguel Berné Manero, Marta Fortún Belenguer

5. Análisis del cumplimiento y uso de los documentos, así como del grado de satisfacción de los pacientes.

Elaboración de memoria final.

Fecha inicio: 01/01/2024

Fecha final.: 30/04/2024

Responsable.: Marina Álvarez Cortés, Araceli Bono Ariño

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de profesionales que utilizan los algoritmos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Médicos de AP que utilizan los algoritmos

Denominador ..... Total de médicos de AP del Sector

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Base de datos de interconsulta virtual

Est.Mín.1ª Mem .. 60.00

Est.Máx.1ª Mem .. 70.00

Est.Mín.2ª Mem .. 60.00

Est.Máx.2ª Mem .. 70.00

2. % de pacientes adecuadamente derivados mediante interconsulta virtual

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Pacientes derivados de forma correcta

Denominador ..... Total de pacientes con patología urológica derivados mediante interconsulta virtual

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Base de datos de interconsulta virtual

Est.Mín.1ª Mem .. 60.00

Est.Máx.1ª Mem .. 70.00

Est.Mín.2ª Mem .. 60.00

Est.Máx.2ª Mem .. 70.00

3. % de profesionales que incluyen documentos en la interconsulta virtual

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Médicos de AP que incluyen los documentos en la interconsulta virtual

Denominador ..... Total de médicos de AP que realizan interconsulta virtual

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Base de datos de interconsulta virtual

Est.Mín.1ª Mem .. 60.00

Est.Máx.1ª Mem .. 70.00

Est.Mín.2ª Mem .. 60.00

Est.Máx.2ª Mem .. 70.00

4. Disminución de visitas innecesarias a consulta especializada

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Visitas innecesarias a consulta especializada

Denominador ..... Total de visitas a consulta especializada

x(1-100-1000) ... 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#815

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE LA DEMANDA DE CONSULTA ESPECIALIZADA A TRAVES DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL. ALGORITMOS DE ACTUACION EN PATOLOGÍA UROLOGICA FRECUENTE Y RECOMENDACIONES PARA LOS PACIENTES

Fuentes de datos.: Servicio de citas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

5. Adecuación en indicación de pruebas diagnósticas y tratamientos en patología urológica frecuente

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes con pruebas diagnósticas solicitadas de forma adecuada según los procedimientos aprobados

Denominador .....: Pacientes derivados desde AP por patología urológica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de interconsulta virtual

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

6. Nivel de satisfacción de los pacientes con la atención recibida

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes satisfechos con la atención recibida medido según encuestas de calidad

Denominador .....: Total de pacientes derivados desde AP atendidos por nuestro servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas de calidad recogidas por nuestro servicio y atención primaria

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#820

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN NUEVO MODELO DE GESTION DE LA HEMATURIA MONOSINTOMATICA PARA OPTIMIZAR EL DIAGNOSTICO DEL TUMOR VESICAL

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#820 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FORTUN BELENGUER MARTA

Título  
IMPLEMENTACION DE UN NUEVO MODELO DE GESTION DE LA HEMATURIA MONOSINTOMATICA PARA OPTIMIZAR EL DIAGNOSTICO DEL TUMOR VESICAL

Colaboradores/as:  
BERNE MANERO JOSE MIGUEL  
BONO ARIÑO MARIA ARACELI  
CABAÑUZ PLO TERESA  
CARCELLER TEJEDOR ELENA  
LACOMA LATRE EVA MARIA  
MIRASOL CATALAN PATRICIA  
SEMPEL PONT JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: UROLOGIA

Ubicación/es secundaria/s  
HUESCA\*HOSPITAL DE SAN JORGE\*RADIODIAGNOSTICO\*HOSP (Hospitalización)  
HUESCA\*AP HUESCA\*OTROS SERVICIOS\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El cáncer de vejiga es uno de los tumores más frecuentes y letales que existen. Según datos oficiales, en nuestro país ocupa el 5º lugar en incidencia y el 7º en letalidad. La tasa de incidencia ha aumentado en los últimos años con una estimación para el año 2022 de 22.295 casos nuevos, 2000 que en 2021. Respecto a la mortalidad, a pesar de que se ha reducido progresivamente en los últimos 30 años, sigue siendo uno de los tumores más letales, con 5585 muertes en España en 2021. Todo ello justifica la necesidad de realizar un diagnóstico y un tratamiento precoces.

La hematuria es el principal síntoma de esta entidad. La hematuria macroscópica monosintomática está presente hasta en el 85% de los pacientes, mientras que la hematuria microscópica lo hace en prácticamente en el 100%. Es por ello que cualquier episodio de hematuria debe ser evaluado mediante una adecuada anamnesis, una exploración física, una cistoscopia, una prueba de imagen, un cultivo de orina y, especialmente en los pacientes con hematuria macroscópica, unas citologías de orina.

Los pacientes que han presentado un cuadro de hematuria pueden ser remitidos al Servicio de Urología desde el Servicio de Urgencias (a través del Protocolo de Hematuria ya establecido en este hospital) o desde Atención Primaria. En este último caso, la derivación se realiza a través de una interconsulta virtual que se responde en el plazo de una semana. Los pacientes son citados de forma preferente en nuestras consultas en aproximadamente 7 días. En esta primera visita se realizan la anamnesis, la exploración física y la solicitud de pruebas complementarias (generalmente, una ecografía abdominal, un cultivo y unas citologías de orina). El tiempo de demora en realizar la ecografía abdominal depende de la demanda del Servicio de Radiodiagnóstico, pero oscila entre 21 y 60 días, según tenga carácter preferente o normal. Por otro lado, las citologías de orina tardan en informarse unos 20 días. Una vez obtenidos los resultados, se genera una segunda consulta para poner en común todos los resultados obtenidos, valorar la necesidad de realizar alguna otra prueba complementaria (como por ejemplo una cistoscopia) y, si fuera preciso, apuntar al paciente en lista de espera para llevar a cabo una intervención quirúrgica.

Por ende, si el paciente acudiera a la primera consulta de Urología con las pruebas complementarias ya solicitadas (fundamentalmente, ecografía y citologías de orina), sería posible acortar el tiempo entre la primera y la segunda visita e incluso evitar esta última y, por ende, ofrecer un diagnóstico y un tratamiento más precoces.

Es por eso por lo que la colaboración con nuestros compañeros de Atención Primaria es fundamental para evitar el retraso diagnóstico y terapéutico y las complicaciones que ello conlleva.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Demora en el diagnóstico del cáncer vesical
- Demora en la realización de la ecografía en un paciente con hematuria
- Demora en el estudio de las citologías de orina
- Demora en el tratamiento del tumor vesical

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Primera consulta con Urología sin pruebas diagnósticas solicitadas desde Atención Primaria

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#820

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN NUEVO MODELO DE GESTION DE LA HEMATURIA MONOSINTOMATICA PARA OPTIMIZAR EL DIAGNOSTICO DEL TUMOR VESICAL

- Sobrecarga de trabajo del Servicio de Radiodiagnóstico
- Sobrecarga de trabajo del Servicio de Anatomía Patológica
- Sobrecarga de trabajo del Servicio de Urología y falta de disponibilidad de quirófanos

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Optimizar el tiempo en el diagnóstico y el tratamiento del tumor vesical mediante la solicitud de pruebas complementarias desde Atención Primaria.
2. Agilizar la realización de la ecografía abdominal de los pacientes con hematuria solicitada desde Atención Primaria, en colaboración con el Servicio de Radiodiagnóstico.
3. Agilizar el estudio de las citologías de orina de los pacientes con hematuria solicitada desde Atención Primaria, en colaboración con el Servicio de Anatomía Patológica.
4. Optimizar el número de consultas con Urología que son necesarias para diagnosticar e incluir en lista de espera quirúrgica a los pacientes con hematuria y sospecha de tumor vesical.
5. Orientar la primera consulta urológica del paciente con hematuria a la anamnesis, la exploración física y la revisión de las pruebas complementarias, con posibilidad de ampliar el estudio con nuevas pruebas si es preciso y no a la petición de las mismas.
6. Disminuir el número de pacientes que precisan de una segunda consulta con Urología para ser incluidos en lista de espera quirúrgica a causa de un tumor vesical.
7. Establecer que el tiempo máximo a permanecer en lista de espera quirúrgica para una intervención por un tumor vesical sea de aproximadamente un mes.
8. Evitar las duplicidades en las solicitudes y los desplazamientos innecesarios a los pacientes.

##### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Planificar sesiones informativas en los centros de salud con apoyo de material didáctico sobre el tumor vesical, sus causas, su clínica y las pruebas necesarias para su diagnóstico  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Marta Fortún Belenguer, José Semper Pont, Teresa Cabañuz Plo
  2. Crear un documento con instrucciones sencillas para la adecuada recogida de las citologías de orina y repartirlo entre los diferentes Centros de Atención Primaria  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: José Semper Pont, Elena Carceller Tejedor, Patricia Mirasol Catalán
  3. Establecer un tiempo máximo de demora para realizar las ecografías abdominales (+/- 15 días) y para analizar las citologías de orina solicitadas por estudio de hematuria desde Atención Primaria  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Araceli Bono Ariño, Eva Lacoma Latre
  4. Crear unos huecos específicos en la agenda de Urología para citar a los pacientes en estudio por hematuria en un plazo máximo de 7-10 días tras la realización de la ecografía abdominal  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Araceli Bono Ariño
  5. Protocolizar el contenido de la primera visita en Urología para estudio del tumor vesical, incluyendo anamnesis, exploración y valoración de pruebas complementarias solicitadas desde Atención Primaria  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Elena Carceller Tejedor, José Miguel Berné Manero, Teresa Cabañuz Plo
  6. Implementación de proyecto  
Fecha inicio: 01/04/2023  
Fecha final.: 31/08/2023  
Responsable.: Marta Fortún Belenguer, Araceli Bono Ariño, Eva Lacoma Latre
  7. Identificación y subsanación de posibles problemas acontecidos hasta el momento  
Fecha inicio: 01/09/2023  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Marta Fortún Belenguer, Araceli Bono Ariño, José Miguel Berné Manero
  8. Recogida de datos y valoración de los resultados obtenidos tras el primer año desde la implementación del proyecto  
Fecha inicio: 01/01/2024  
Fecha final.: 30/09/2024  
Responsable.: Marta Fortún Belenguer, José Semper Pont
- \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto
- Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#820

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN NUEVO MODELO DE GESTION DE LA HEMATURIA MONOSINTOMATICA PARA OPTIMIZAR EL DIAGNOSTICO DEL TUMOR VESICAL

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes en los que el tiempo desde la 1º visita hasta el tratamiento es = 60 días

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes remitidos a Urología por hematuria desde AP en los que el tiempo transcurrido desde la 1º visita hasta el inicio del tratamiento es = 60 días

Denominador .....: Total de pacientes remitidos a Urología por hematuria desde AP

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Servicio de Citaciones

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. % de pacientes en los que la ecografía por hematuria se realiza en = 15 días

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes a los que se les realiza una ecografía por hematuria solicitada desde AP en un tiempo = 15 días desde su petición

Denominador .....: Total de pacientes a los que se les solicita una ecografía por hematuria desde Atención Primaria

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Servicio de Citaciones y Servicio de Radiodiagnóstico

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

3. % de citologías de orina que se analiza en = 15 días desde su entrega

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Citologías de orina solicitadas desde AP que se estudian en = 15 días desde su entrega

Denominador .....: Total de citologías de orina solicitadas desde AP

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Servicio de Anatomía Patológica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

4. % de citologías de orina que se recogen adecuadamente (calidad de la muestra)

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Citologías de orina con buena calidad de la muestra que se recogen desde AP

Denominador .....: Total de citologías de orina solicitadas desde AP

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Servicio de Anatomía Patológica

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. % de consultas de Urología que se dedican al diagnóstico y no a la petición de pruebas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Consultas de Urología por hematuria solicitadas desde AP a las que el paciente acude con pruebas complementarias ya solicitadas (ecografía y citologías)

Denominador .....: Total de consultas de Urología por hematuria solicitadas desde AP

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Servicio de Citaciones y Servicio de Urología

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

6. % de pacientes con tumor vesical que requieren una consulta con Urología para su inclusión en LEQ

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes con tumor vesical remitidos desde AP que son incluidos en LEQ en la 1º consulta con Urología

Denominador .....: Total de pacientes con tumor vesical remitidos desde AP que son incluidos en LEQ

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Servicio de Citaciones y Servicio de Urología

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#820

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN NUEVO MODELO DE GESTION DE LA HEMATURIA MONOSINTOMATICA PARA OPTIMIZAR EL DIAGNOSTICO DEL TUMOR VESICAL

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

7. % de pacientes en los que el tiempo de lista de espera quirúrgica por tumor vesical es = a 1 mes  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes con diagnóstico de tumor vesical a los que se les interviene en un tiempo = a 1 mes desde su inclusión en LEQ  
Denominador .....: Total de pacientes con diagnóstico de tumor vesical intervenidos por nuestro servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio de Urología  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1128

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE COORDINACION/ COLABORACION ENTRE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA Y DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE " PIRINEOS " DE HUESCA

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1128 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
LALANA CUENCA JOSE MANUEL

Título  
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE COORDINACION/ COLABORACION ENTRE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA Y DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE " PIRINEOS " DE HUESCA

Colaboradores/as:  
BARA GARCIA EMERITA  
CASTILLON FANTOVA ANTONIO  
GARCIA GUERRA MARIA TERESA  
TORRENTE MUR VIRGINIA  
VIAPLANA JAIME JULIA

Ubicación principal del proyecto.: H SAN JORGE

Servicio/Unidad principal .....: USM SECTOR HUESCA

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El fin último del nuevo modelo asistencial surgido al amparo de la Ley General de Sanidad era proporcionar una atención personalizada e integral en el entorno de la persona, garantizando la continuidad de cuidados y reduciendo al máximo posible la necesidad de hospitalización; el centro de salud con sus equipos de atención primaria se constituía en su piedra angular. En este contexto el paciente psiquiátrico fue equiparado, al menos sobre el papel, al resto. Se fue construyendo una red asistencial en cuya base se encontraban los Centros de Salud Mental y en la que iban apareciendo nuevos dispositivos según se iban detectando nuevas necesidades.

El desarrollo de este sistema implica progresivamente una mayor necesidad de coordinación entre los diferentes niveles, y especialmente entre los equipos de atención primaria y los de salud mental, donde el acercamiento en los dos sentidos, con fines asistenciales o formativos es la única vía de colaboración posible en beneficio del usuario. Así se recoge en el Plan de salud de Aragón 2030 y en el Plan de salud mental de Aragón 2022- 2025.

A la ya conocida elevada prevalencia de las consultas por motivos de salud mental en atención primaria, puerta del sistema ( entre 25 y 40 % del total ), hay que sumar las condiciones generadas por la actual coyuntura social que están causando efectos psicológicos negativos: tensión económica , precariedad laboral, aislamiento, frustración e incertidumbre...

Es en este contexto donde se plantea un programa de coordinación y colaboración entre el equipo de profesionales del Centro de Salud Mental de " Pirineos " ( 1 enfermera, 2 psicólogas y 2 psiquiatras ) y los equipos de los diferentes centros de Atención primaria a los que da soporte ( CS " Pirineos ", CS " Doctor Fidel Pages Miravete " / Santo Grial, CS " Huesca Rural " y CS de Ayerbe ) , que atienden a una población de unas 39000 personas mayores de 18 años, casi el 43% del total del sector sanitario de Huesca.

#### ÁREAS DE MEJORA

1- Problemas en la atención al usuario con sufrimiento psíquico

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de comunicación y coordinación entre EAP y ESM  
Desbordamiento de los miembros de los diferentes equipos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1- Mejorar la coordinación y continuidad asistencial entre los equipos de atención ( EAP ) y de salud mental ( ESM ) de cara a una mejor asistencia a la población.  
2- Iniciar procesos colaborativos entre ambos niveles asistenciales que se afiancen a lo largo del tiempo  
3- Aumentar la satisfacción percibida por los usuarios y por los diferentes profesionales.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión inicial del ESM con coordinadores de EAPO a los que da cobertura el CSM " Pirineos " de cara a planificar el trabajo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1128

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE COORDINACION/ COLABORACION ENTRE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA Y DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DE " PIRINEOS " DE HUESCA

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: JOSE MANUEL LALANA CUENCA

2. Reuniones periódicas rotativas de miembros del ESM con los miembros de cada EAP  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/07/2023  
Responsable.: JOSE MANUEL LALANA CUENCA

3. Reunión del equipo del mejora para la evaluación del proyecto y planteamiento de nuevas acciones  
Fecha inicio: 01/09/2023  
Fecha final.: 29/09/2023  
Responsable.: JOSE MANUEL LALANA CUENCA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE REUNIONES DE COORDINACIÓN

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: REUNIONES REALIZADAS  
Denominador .....: REUNIONES PROGRAMADAS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: ACTAS DE REUNION  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

##### 2. VALORACION DE LA SATISFACCION DE LOS PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA EN UNA ESCALA DEL 1 AL 10

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: SUMA DE LAS PUNTUACIONES DE TODAS LAS VALORACIONES RECIBIDAS  
Denominador .....: NUMERO DE VALORACIONES RECIBIDAS  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: VALORACIONES RECIBIDAS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 6.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#109

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EXTERNALIZACION DE LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Fecha de entrada: 14/06/2022

Nº de registro: 2022#109 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BOSQUE MARTINEZ CARMEN MARIA

Título  
PROGRAMA DE EXTERNALIZACION DE LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Colaboradores/as:  
ALEGRE GUERRA BEATRIZ  
CARRERO BACIGALUPE MARIA ITZIAR  
FERRANDO SANCHEZ MARIA  
LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA  
LATAPIA LOPEZ CONCEPCION

Ubicación principal del proyecto.: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

Servicio/Unidad principal .....: PG (PSICOGERIATRIA) CRP STO. CRISTO DE LOS MILAGROS

Línea estratégica: Salud Mental

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE ESTABILIZADOS Y CON EVOLUCIÓN FAVORABLE INSTITUCIONALIZADOS EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA.

ÁREAS DE MEJORA  
PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE ESTABILIZADOS Y CON EVOLUCIÓN FAVORABLE QUE PERMANECEN DURANTE AÑOS INSTITUCIONALIZADOS EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA SIN REQUERIR UNA INTERVENCIÓN INTENSIVA EN SALUD MENTAL.

ANÁLISIS DE CAUSAS  
DIFICULTAD DE ACCESO A RECURSOS DE MAYORES NORMALIZADOS DE PERSONAS DE MAYORES DEBIDO A ETIQUETA DE SALUD MENTAL

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
REGRESO E INTEGRACIÓN EN EL MEDIO SOCIO-COMUNITARIO DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE ESTABILIZADOS Y CON EVOLUCIÓN FAVORABLE DE LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. SELECCIÓN DE PACIENTES DE PSICOGERIATRÍA CANDIDATOS A EXTERNALIZACIÓN.

SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO AL ALTA EN 3 FASES.

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 22/06/2023

Responsable.: CARMEN BOSQUE MARTINEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO AL ALTA EN 3 FASES: 1 FASE: ACOMPAÑAMIENTO AL ALTA CON EQUIPO MULTIDISCIPLINAR, 2 FASE: EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA A LAS SEIS SEMANAS. 3 FASE: REEVALUACIÓN A LOS 3 MESES.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. ALTAS HOSPITALARIAS DE LOS PACIENTES PROPUESTOS COMO CANDIDATOS A EXTERNALIZACIÓN.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: ALTAS HOSPITALARIAS DEL PROGRAMA DE EXTERNALIZACIÓN

Denominador .....: PACIENTES PROPUESTOS COMO CANDIDATOS A EXTERNALIZACIÓN.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: REGISTRO ALTAS MÉDICAS DE PROGRAMA DE EXTERNALIZACIÓN-

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.40

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.40

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO AL ALTA EN 3 FASES: 1 FASE: ACOMPAÑAMIENTO AL ALTA CON EQUIPO MULTIDISC

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: CUMPLIMIENTO POR EQUIPO SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO AL ALTA

Denominador .....: SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO AL ALTA EN LOS 3 MESES AL ALTA

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: REGISTRO DE SEGUIMIENTO AL ALTA LOS 3 PRIMEROS MESES.

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#109

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EXTERNALIZACION DE LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#11

### 1. TÍTULO

#### LA LOMBRICULTURA COMO VEHICULO A LA OCUPACION SIGNIFICATIVA EN LOS PACIENTES DE CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Fecha de entrada: 23/05/2022

Nº de registro: 2022#11    \*\* Salud Mental    \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ROMAN COSCULLUELA NATALIA ANTONIA

Título  
LA LOMBRICULTURA COMO VEHICULO A LA OCUPACION SIGNIFICATIVA EN LOS PACIENTES DE CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Colaboradores/as:  
BERNAD PARDINA MARIA PILAR  
FELIPE LANUZA GEMA  
MOREU ARNAL DAVID  
PUYUELO ARNAL MONSERRAT

Ubicación principal del proyecto.: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

Servicio/Unidad principal .....: TERAPIA OCUPACIONAL

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el CRP Santo Cristo de los Milagros, intentamos fomentar un equilibrio de la dinámica que rige al ser humano: trabajo, descanso, ocio y autocuidado. Buscamos, actividades relacionadas con sus preferencias u ocupaciones previas. Por este motivo, el vermicompostaje nos parece una actividad interesante como complemento al taller de huerto y jardinería, fomentando además el reciclaje de desechos orgánicos. En el centro varios pacientes proceden de un entorno rural, vinculados a actividades de ganadería y/o agricultura. Pensamos implicar en esta actividad a 4-5 pacientes. Además, aprovecharemos el trabajo previo de dos usuarios en carpintería para la realizar los cajones de madera que protejan a las cajas de compostaje.

#### ÁREAS DE MEJORA

Ofrecer actividades significativas a los usuarios

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Inactividad de pacientes proceden de un entorno rural.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

Fomentar la ocupación significativa y la percepción de competencia ocupacional.

Objetivos secundarios:

- Fomentar la responsabilidad, la toma de decisiones, compromiso, creatividad, iniciativa.
- Fomentar el ejercicio físico y actividades al aire libre.
- Favorecer la orientación temporal
- Potenciar habilidades físicas, control espacial, coordinación, equilibrio...
- Mejorar las habilidades sociales y trabajo en equipo
- Concienciar en reciclaje y productos orgánicos.
- Mantener arraigo de actividades previas significativas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Charla informativa de la lombricultura.

Fecha inicio: 13/06/2022

Fecha final.: 17/06/2022

Responsable.: Equipo del proyecto

2. Preparación los cajones para vermicompostaje y cama de las lombrices

Fecha inicio: 27/06/2022

Fecha final.: 26/08/2022

Responsable.: Equipo del proyecto

3. Compostaje y su recogida

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Equipo del proyecto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La intención es realizar la actividad de forma permanente como actividad complementaria al huerto terapéutico del centro. En función del rendimiento inicial se aumentará la producción con más compostadores.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#11

### 1. TÍTULO

#### LA LOMBRICULTURA COMO VEHICULO A LA OCUPACION SIGNIFICATIVA EN LOS PACIENTES DE CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

##### 1. Participación activa

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de pacientes que participan activamente

Denominador .....: Número de pacientes a los que se dirige la actividad

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Seguimiento de participación.

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

##### 2. Satisfacción con la actividad

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Numero de pacientes que manifiestan satisfacción

Denominador .....: Número de pacientes a los que se dirige la actividad

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Pequeña encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

##### 3. Iniciativa de los pacientes implicados en el proyecto para realizar las actividades

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Numero de pacientes que muestran iniciativa

Denominador .....: Número de pacientes a los que se dirige la actividad

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Observación

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Hombres

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#40

### 1. TÍTULO

#### **SENDERISMO CULTURAL COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCION EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL, EN EL CRP SANTO CRISTO LOS MILAGROS**

Fecha de entrada: 02/06/2022

Nº de registro: 2022#40    \*\* Salud Mental    \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MOREU ARNAL DAVID

Título  
SENDERISMO CULTURAL COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCION EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL, EN EL CRP SANTO CRISTO LOS MILAGROS

Colaboradores/as:  
BALLARIN PLANA SILVIA  
CASASUS ESCUER ISABEL  
MENE PEREZ MARTA  
ROMAN COSCULLUELA NATALIA ANTONIA  
RUIZ CASANAVA MARIA PILAR  
SANTISO SANZ MIGUEL  
ZAPATER OTIN ELENA

Ubicación principal del proyecto.: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

Servicio/Unidad principal .....: UME, ULE Y PSICOGERIATRÍA STO. CRISTO DE LOS MILAGROS

Línea estratégica: Salud Mental

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA (ULE) DE NUESTRO CENTRO, ALGUNO DE NUESTROS RESIDENTES TIENDEN AL SEDENTARISMO Y A HABITOS POCO SALUDABLES DURANTE EL FIN DE SEMANA, DEBIDO AL AUMENTO EN SU TIEMPO LIBRE NO INVERTIDO EN NADA PRODUCTIVO.  
ANTE ESTA SITUACION CREEMOS OPORTUNO OFRECER MAS INICITIVAS, LA NUESTRA SERIA SALIR DEL CENTRO PARA REALIZAR EXCURSIONES CULTURALES ADECUANDOLAS A PACIENTES QUE POR SU EDAD Y CONDICION FISICA QUIERAN PARTICIPAR EN ELLAS. SIENDO CONSCIENTES DE LA ENORME COMPLEJIDAD QUE CONLLEVA INCENTIVAR A ESTE TIPO DE PACIENTES.

ÁREAS DE MEJORA  
FOMENTAR LA MOVILIDAD Y HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE UNA ACTIVIDAD SIGNIFICATIVA.

ANALISIS DE CAUSAS  
SEDENTARISMO Y A HABITOS POCO SALUDABLES DURANTE EL FIN DE SEMANA, DEBIDO AL AUMENTO EN SU TIEMPO LIBRE NO INVERTIDO EN NADA PRODUCTIVO.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
MOTIVAR A LOS PACIENTES A REALIZAR UNA ACTIVIDAD FISICA MODERAD QUE MEJORE SU condición física.  
Ofrecer la oportunidad de crear y mantener nuevos hábitos normalizados y saludables.  
MEDIANTE LAS SALIDAS AL EXTERIOR VINCULAR A LOS PACIENTES con el entorno físico más inmediato.  
Realizar una actividad grupal que promueva la cooperación entre los usuarios favoreciendo y potenciando las relaciones interpersonales.  
CONOCER LOS ALREDEDORES Y PUNTOS DE INTERES RELACIONADOS CON LA HISTORIA Y LA CULTURA DE HUESCA VINCULANDOLOS A UNA ACTIVIDAD QUE PERCIBAN COMO UTIL SOCIALMENTE. Orientación a la realidad.  
SENSIBILIZAR A LOS PACIENTES A CUIDAR Y RESPETAR EL MEDIO AMBIENTE.  
MEJORA DE LA CONFIANZA EN SUS CAPACIDADES, incentivando su autoestima

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Planteamiento del proyecto y de las actividades a los responsables terapéuticos de los pacientes del CRP (Psiquiatra, psicóloga, enfermería, Terapeuta ocupacional)  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 30/07/2022  
Responsable.: David Moreu

3. Selección de pacientes candidatos a participar en la actividad con criterios técnicos y terapéuticos  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 18/09/2022  
Responsable.: Grupo de mejora con enfermería y terapeuta ocupacional

4. Sesión informativa a pacientes participantes (una previa a cada actividad)  
Fecha inicio: 06/10/2022  
Fecha final.: 06/10/2022  
Responsable.: David Moreu

5. Planificación de las excursiones y paseos terapéuticos (participantes, responsables, cronograma, material necesario..)  
Se pretende planificar 10 excursiones /paseos. La última con pernoctación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#40

### 1. TÍTULO

#### SENDERISMO CULTURAL COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCION EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL, EN EL CRP SANTO CRISTO LOS MILAGROS

Fecha inicio: 07/10/2022

Fecha final.: 23/06/2023

Responsable.: Grupo de mejora

6. Evaluación periódica de la actividad: reunión de equipo (evaluación cualitativa) y reunión pacientes

Fecha inicio: 08/10/2022

Fecha final.: 26/06/2023

Responsable.: Grupo de mejora

7. Encuesta de satisfacción a pacientes participantes, incluyendo valoración de mejora de autoestima

Fecha inicio: 30/06/2023

Fecha final.: 09/07/2023

Responsable.: grupo de mejora

8. Evaluación final con la posibilidad de planificar un nuevo ciclo si la evaluación es positiva

Fecha inicio: 04/09/2023

Fecha final.: 08/09/2023

Responsable.: Grupo de mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

LA ACTIVIDAD SE REALIZARA EN FIN DE SEMANA CON UN MINIMO DE 6 EXCURSIONES ANUALES Y UN MAXIMO 10 DEPENDIENDO DEL INTERES DE LOS PACIENTES POR LAS MISMAS.

EL GRUPO A DE SER DE 10 PERSONAS MAXIMO

LA ACTIVIDAD TENDRA UNA DURACION DE 12 MESES DESDE SU COMIENZO.PUDIENDOSE ALARGAR EN EL TIEMPO.

LAS SALIDAS TENDRAN UNA DURACION DE ENTRE 3 Y 6 HORAS , SE REALIZARAN UNA VEZ AL MES EXCEPTO JULIO Y AGOSTO

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador,  $x(1-100-1000)$ , estándares 1ª y 2ª memoria)

1. QUE AL MENOS EL 50% DE LOS PARTICIPANTES (pacientes seleccionados) ACUDA A LA ACTIVIDAD

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 6

Denominador .....: 10

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: seguimiento de participacion

Est.Mín.1ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. QUE EL 50% DE LOS PACIENTES REALICE EL 100% DE LAS ACTIVIDADES PLANIFICADAS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 5

Denominador .....: 10

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: control de participacion

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. AL MENOS UN 30% DE LOS PACIENTES MANIFESTARAN UN AUMENTO EN EL GRADO DE SATISFACCION DE LAS RELACION

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: 3.5

Denominador .....: 10

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: pequeña encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

4. UN 30% DE LOS PACIENTES MOSTRAN AUMENTO EN SU AUTOESTIMA TRAS REALIZAR LA ACTIVIDAD.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: 3.5

Denominador .....: 10

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: pequeña encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#40

### 1. TÍTULO

#### **SENDERISMO CULTURAL COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCION EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL, EN EL CRP SANTO CRISTO LOS MILAGROS**

5. UN 30% DE LOS PACIENTES MOSTRARAN AUMENTO EN SU AUTOESTIMA TRAS REALIZAR LA ACTIVIDAD.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: 3.5

Denominador .....: 10

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: pequeña encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

ESTOS DOS ULTIMOS INDICADORES SE MONITORIZARAN PASANDO UNA ENCUESTA ANTES DE COMENZAR EL PROYECTO Y TRAS FINALIZAR EL PROYECTO.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#244

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LOS ESPACIOS TERAPEUTICOS EN SALUD MENTAL: CREACION DE UNA SALA DE CONFORT SENSORIAL

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#244 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ELBOJ SASO M. MARTA

Título  
ADECUACION DE LOS ESPACIOS TERAPEUTICOS EN SALUD MENTAL: CREACION DE UNA SALA DE CONFORT SENSORIAL

Colaboradores/as:  
AZON BELARRE JOSE CARLOS  
FELIPE LANUZA GEMA  
GRACIA BERCERO CONCEPCION  
LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA  
LALANA CUENCA JOSE MANUEL  
MOLES ARCOS YIPSIS BARBARA  
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE

Ubicación principal del proyecto.: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

Servicio/Unidad principal .....: UME, ULE Y PSICOGERIATRÍA STO. CRISTO DE LOS MILAGROS

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El ambiente terapéutico es una herramienta de trabajo fundamental en todos los dispositivos de Salud Mental. Un ambiente seguro favorece un contacto terapéutico que facilita el compromiso de las personas atendidas en su tratamiento, mejora la satisfacción y los resultados en salud. Esta línea de trabajo está enmarcada en la Estrategia en Salud Mental del Plan de Salud Mental en la cual se identifica la importancia de preservar la dignidad de las personas, reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y modificar las actitudes del personal para adaptarlas al principio de la recuperación. La "sala confort" es un novedoso proyecto que propone alternativas y herramientas para fomentar un entorno terapéutico positivo y flexible. Los estudios certifican que estas herramientas aumentan la calma y el autocontrol de las personas con trastorno mental grave, lo cual mejora a su vez sus relaciones interpersonales. Además la sala confort dotará a los profesionales de una nueva herramienta para abordar el cuidado del usuario en situaciones de crisis. En definitiva, para ayudar al propio paciente a reconocer sus estados emocionales y proporcionarle instrumentos que le enseñen a controlarlos. El diseño de este espacio permite reducir el estrés, la agitación y/o agresividad de los pacientes a través de la utilización de los sentidos, de ahí que los ejercicios que los profesionales realicen se basen en los estímulos sensoriales. En concreto, ofrece un nuevo enfoque al modelo de prestación de servicios de salud mental, basado en la promoción de los derechos y orientado a la recuperación de los pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Falta de espacios adecuados y positivos para abordar el cuidado del paciente cuando está agitado y angustiado.
2. Falta de herramientas alternativas para los trabajadores que permitan sustituir los distintos tipos de contención por buenas prácticas.
3. Falta de estrategias institucionales que permitan al usuario afrontar de manera saludable el estrés.

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. Asimilación lenta del concepto "ambiente terapéutico" y diferentes dimensiones (recursos físicos, humanos y organizativos) en los centros sanitarios.
2. Cambio de paradigma en la atención al usuario con Trastorno Mental Grave que pone al descubierto la falta de formación y se herramientas de los trabajadores en medidas alternativas a la contención.
3. Se ha constatado la necesidad de que los usuarios se comprometan activamente con su proceso de recuperación y que las instituciones proporcionen espacios y herramientas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### OBJETIVO GENERAL:

Crear un espacio diseñado para humanizar el cuidado del paciente en situación de crisis, reduciendo al mínimo la aplicación de medidas coercitivas.

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Favorecer el desarrollo de actitudes positivas y de espacios saludables.
- Reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y la restricción de la libertad.
- Dotar a los profesionales de herramientas alternativas que disminuyen las prácticas coercitivas en salud mental.
- Proporcionar al usuario un espacio seguro para afrontar de manera saludable el estrés y disminuir sus conductas agresivas sin necesidad de utilizar la contención física o el aislamiento.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#244

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LOS ESPACIOS TERAPEUTICOS EN SALUD MENTAL: CREACION DE UNA SALA DE CONFORT SENSORIAL

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de un grupo de trabajo con representación de todas las áreas y categorías profesionales del CRP.  
Fecha inicio: 27/06/2022  
Fecha final.: 11/07/2022  
Responsable.: Marta Elboj Saso
2. Revisión bibliográfica con intercambio de documentos de diferentes nacionalidades, un trabajo de campo que incluye encuentros con los profesionales cuyo dispositivos cuentan con un espacio de estas c  
Fecha inicio: 15/07/2022  
Fecha final.: 15/08/2022  
Responsable.: José Manuel Lalana Cuenca
3. Diseño de la sala, elección de elementos y materiales físicos sensoriales con la participación del usuario.  
Fecha inicio: 19/09/2022  
Fecha final.: 01/11/2022  
Responsable.: Concepción Gracia Bercero
4. Se hará el seguimiento de las actividades acordadas y la implantación de nuevas actividades y se plantearán las incidencias relacionadas con las infraestructuras.  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/02/2023  
Responsable.: Gema Felipe Lanuza
5. Elaborado de una guía para que cualquier profesional sepa utilizar la sala correctamente.  
Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 01/04/2023  
Responsable.: Cristina Lalaguna
6. Formación de los trabajadores en el uso de la sala en situaciones de crisis  
Fecha inicio: 01/05/2023  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Bárbara Moles Arcos
7. Puesta en marcha de actividades en la sala teniendo en cuenta las modificaciones estructurales y las necesidades de recursos humanos.  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.:  
Responsable.: José Carlos Azón Belarre
8. Memoria y evaluación del proyecto  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 01/12/2023  
Responsable.: Cristina Lalaguna Lopez De Medrano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Usuarios que usan la sala con criterio de uso

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº usuarios que han hecho uso de la sala  
Denominador .....: Nº total de usuarios candidatos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro uso de la sala  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. Usuarios que han disminuido su nivel de ansiedad

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nª de usuarios que hacen uso de la sala  
Denominador .....: Nª pacientes que se objetiva disminución de la ansiedad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de enfermería  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#244

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LOS ESPACIOS TERAPEUTICOS EN SALUD MENTAL: CREACION DE UNA SALA DE CONFORT SENSORIAL

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#742

### 1. TÍTULO

#### APARTAMENTO TERAPEUTICO COMO ENTRENAMIENTO PREVIO A TRASLADO A RECURSO COMUNITARIO

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#742 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE

Título  
APARTAMENTO TERAPEUTICO COMO ENTRENAMIENTO PREVIO A TRASLADO A RECURSO COMUNITARIO

Colaboradores/as:  
BEJAR MARIN ENRIQUE  
CARRERO BACIGALUPE MARIA ITZIAR  
ELBOJ SASO M. MARTA  
FAU MARTINEZ JUANA MARIA  
GARCIA CALVO LAURA  
MOLES ARCOS YIPSIS BARBARA  
MOREU MAZA MARIA DESIREE

Ubicación principal del proyecto.: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

Servicio/Unidad principal .....: UME, ULE Y PSICOGERIATRÍA STO. CRISTO DE LOS MILAGROS

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se considera importante reubicar a pacientes en la comunidad, dispositivos comunitarios o en su propia vivienda, con el entrenamiento suficiente que garantice su autonomía en la medida que las normas y necesidades sociales le exigen para llevar una vida normalizada en su entorno, por lo que consideramos necesario la creación de espacios de entrenamiento que garanticen los objetivos planteados y buscando en el paciente una nueva oportunidad en sus circunstancias personales que le permita esta integración comunitaria, por eso planteamos el piso terapéutico como un medio y un fin en la recuperación psicosocial.

Un piso terapéutico tiene unas nuevas implicaciones: nos pone a los profesionales y a los usuarios en una posición más activa, evidentemente conllevando nuevos riesgos como son la sobre implicación y el criticismo. A su vez, debemos recordar que el proceso terapéutico debe seguir en activo, implicando actividades que van más allá de la simple adecuación de las tareas de la vida cotidiana y la inserción comunitaria. También hace referencia a que se realiza un tratamiento en lugar de resignarnos a asistir- proteger una enfermedad cronicada.

Si el proceso de recuperación pasa por retomar el proyecto de vida y la identidad que la psicosis fracturó, pensamos que esto requiere de un proceso psicoterapéutico mucho más intensivo que la del simple seguimiento y control de los síntomas positivos de una enfermedad crónica. Se trata de buscar oportunidades dentro del proceso de recuperación que facilite llegar al objetivo, teniendo en cuenta que en edificio ULE- Psicogeriatría existen 2 apartamentos, se pretende adecuar uno de ellos, apto para 4 personas, que sirva como experiencia piloto para pisos terapéuticos, lo creemos de gran importancia para dar un nuevo giro en el trabajo en red comunitario

#### ÁREAS DE MEJORA

El objetivo principal es potenciar la integración del paciente en su contexto socio-comunitario de la manera más normalizada posible, es decir, proporcionarle herramientas necesarias para que pueda vivir de forma independiente en la comunidad y pueda tener acceso a un empleo y relaciones sociales y familiares satisfactorias. En definitiva, se trata de que estas personas puedan recuperar su proyecto vital, después de la aparición de la enfermedad. El piso terapéutico será un recurso de transición como entrenamiento al alta y externalizable a la comunidad. En este punto es donde cobra importancia la rehabilitación psicosocial, ya que, es necesario contar con apoyos que faciliten el paso que supondrá la recuperación. Este proceso se lleva a cabo con procedimientos de aprendizaje y provisión de soporte social, que sirve de medio para el desarrollo de habilidades personales en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve la persona.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Se trabajarán hábitos que engloban aspectos fundamentales en el desarrollo cotidiano de los individuos para conseguir mayor autonomía y normalización de la vida, teniendo en cuenta la opinión, deseo y necesidad desde la perspectiva del paciente. Se pretende la recuperación, desarrollo y mantenimiento de habilidades en autonomía personal y social necesaria para mayor independencia e integración comunitaria, lo que supone un cambio cualitativo hacia una mejor calidad de vida y como para avanzar de modo coherente en la rehabilitación psicosocial.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Los objetivos específicos del equipo de trabajo son:
    - Elaboración de documento con normativa, actividades terapéuticas, contrato terapéutico y protocolo de funcionamiento a llevar a cabo por el equipo de seguimiento.
    - Apertura y puesta en marcha de apartamento terapéutico con 4 camas para el uso de pacientes ingresados en CRP.
- Los objetivos que se trabajan en EL PISO TERAPEUTICO son:

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#742

### 1. TÍTULO

#### APARTAMENTO TERAPEUTICO COMO ENTRENAMIENTO PREVIO A TRASLADO A RECURSO COMUNITARIO

- Apoyar, entrenar y supervisar a los usuarios en la realización de las tareas domésticas, actividades y AVDs, fomentando su autonomía.  
-Evaluar la competencia para paso a comunidad a corto plazo, un máximo de 3 meses mediante objetivos realistas planteados en el plan individualizado con el fin de cumplir el plan o proyecto de externalización a la comunidad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creacion del equipo de trabajo y seleccion componentes.

Fecha inicio: 30/05/2022  
Fecha final.: 05/06/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Jose Sancho

2. Elaboracion proyecto apartamento terapeutico(objetivos, criterios inclusion y exclusion, normas basicas de funcionamiento.)

Fecha inicio: 06/06/2022  
Fecha final.: 02/10/2022  
Responsable.: equipo trabajo

3. Desarrollo contrato terapeutico y derechos y deberes de los participantes

Fecha inicio: 06/06/2022  
Fecha final.: 02/10/2022  
Responsable.: Equipo trabajo

4. Adecuacion de apartamento e incorporacion de usuarios al apartamento para entrenamiento.

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 09/10/2022  
Responsable.: Mantenimiento

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Presentacion ficha de datos y propuesta de inclusión.
- Revisión cumplimiento criterios inclusion y aceptacion/propuesta fecha de incorporación y fecha límite salida del recurso.
- Entrevista y evaluación usuario y establecer Plan individualizado objetivos.
- Acogida en piso y organización traslado pertenencias en la fecha acordada, firma de contrato y entrega de llaves. Formación básica funcionamiento del piso y uso del mismo.
- Reunión semanal con el usuario y supervisión del plan pactado según lo acordado(3 veces por semana) y disminuyendo progresivamente la intervención según necesidad del usuario.
- Actividades de entrenamiento planificadas según plan individualizado para conseguir objetivos previstos.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº USUARIOS EN PROGRAMA ENTRENAMIENTO

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº USUARIOS EN PROGRAMA ENTRENAMIENTO APARTAMENTO  
Denominador .....: Nº USUARIOS CANDIDATOS AL PROGRAMA  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Registro usuarios del programa  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Nº USUARIOS QUE SE HAN INCORPORADO A RECURSO COMUNITARIO

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº USUARIOS QUE SE HAN INCORPORADO A RECURSO COMUNITARIO  
Denominador .....: Nº TOTAL USUARIOS QUE HAN PARTICIPADO EN PROGRAMA ENTRENAMIENTO  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Registro participantes y altas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#742

### 1. TÍTULO

#### APARTAMENTO TERAPEUTICO COMO ENTRENAMIENTO PREVIO A TRASLADO A RECURSO COMUNITARIO

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#33

### 1. TÍTULO

#### DEL PAPEL A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA: IMPLEMENTACION DE LA HCE EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Fecha de entrada: 01/06/2022

Nº de registro: 2022#33 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MOMPRADE CASASIN SUSANA

Título  
DEL PAPEL A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA: IMPLEMENTACION DE LA HCE EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Colaboradores/as:  
ALLUE SIERRA LETICIA  
ESCOLANO EZQUERRA SILVIA  
GRACIA ALAGON MARIA PILAR  
GUINDAS LIZANO SUSANA  
HERRERIAS VELILLA CARLOTA  
JAL DOMINGUEZ M. YOLANDA  
LOPEZ FONCILLAS NURIA

Ubicación principal del proyecto.: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La utilización de HCE en el hospital ya no se pone en duda, pero se mantiene la combinación de documentos en papel con electrónicos lo que puede dar lugar a eventos de riesgo y errores que repercutan en la calidad de la asistencia que se presta. Combinar registros de papel con registros electrónicos dificulta la comunicación entre profesionales. Es necesario evitar prolongados e incluso indefinidos periodos de adaptación en los que se trabaje tanto con registros de papel como con registros electrónicos. Para obtener un buen uso de la HCE es necesario unificar criterios de cumplimentación y disminuir la variabilidad en los cuidados y la asistencia que se presta, mejorando la comunicación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales.

#### ÁREAS DE MEJORA

Comunicación mejorable entre servicios (geriatría / Rhb / Rx / AP / Consulta...)

#### ANALISIS DE CAUSAS

Información en papel, no siempre accesible para todos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la formación acerca del uso de HCE

Mejorar la accesibilidad a la información referida al paciente que aumentará la calidad de la asistencia que se le presta

Mejorar la comunicación entre servicios / Unidades / niveles asistenciales

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación grupo de mejora y reparto de responsabilidades

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Todo el grupo

2. Talleres de formación de uso de HCE

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Responsable HCE Servicios centrales

3. Elaboración Procedimiento documentado de trabajo con HCE

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/05/2022

Responsable.: Grupo de mejora y supervisoras de planta

4. Registro de los cambios y/ o información de interés por parte de Servicio de RHB (fisio/logopeda/terapeuta ocupacional)

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Profesionales servicio RHB

5. Registro para mejorar seguimiento transversal de Heridas crónicas en hospitalización, consultas específicas y AP

Fecha inicio: 01/05/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#33

### 1. TÍTULO

#### DEL PAPEL A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA: IMPLEMENTACION DE LA HCE EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Profesionales implicados

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Talleres de formación realizados sobre los planificados

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° talleres de formación realizados  
Denominador .....: N° talleres de formación planificados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Información propia del centro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

2. % pacientes en cuya HCE se recoge escalas de valoración geriátrica (MNA, Barthel, Dowton, Norton)

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° pacientes ingresados en cuya HCE figuran escalas de valoración  
Denominador .....: N° pacientes ingresados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

3. % pacientes ingresados en los que consta en HCE informe de continuidad de cuidados (excluidos exitus)

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° pacientes ingresados en cuya HCE consta informe de continuidad de cuidados  
Denominador .....: N° pacientes ingresados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

4. % pacientes ingresados en HCE se registra curso clínico diario por parte del médico (sin festivos)

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° pacientes ingresados en cuya HCE consta el curso clínico diario  
Denominador .....: N° pacientes ingresados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. % pacientes que en HCE queda registrado seguimiento de heridas

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° pacientes ingresados en cuya HCE se registra transversalmente seguimiento y evolución de heridas  
Denominador .....: n° pacientes ingresados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Síndromes geriátricos



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#33

### 1. TÍTULO

**DEL PAPEL A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA: IMPLEMENTACION DE LA HCE EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS**

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#420

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ADECUACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS EN EL PACIENTE ANCIANO CON CANCER. VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#420 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
UBIS DIEZ ELENA

Título  
MEJORA DE LA ADECUACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS EN EL PACIENTE ANCIANO CON CANCER. VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

Colaboradores/as:  
ALVAREZ CORTES MARINA  
CALDERERO ARAGON VERONICA  
GIMENO PELEGRIN JOAQUIN  
LATORRE TOMEY RAUL  
QUILEZ PINA RAQUEL MARIA  
RODRIGUEZ HERRERO RAQUEL  
VIAL ESCOLANO RAQUEL

Ubicación principal del proyecto.: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El envejecimiento de la población se asocia con un mayor número de personas mayores con cáncer. Gracias a los avances en el tratamiento, no sólo hay más adultos mayores diagnosticados con cáncer, también hay más sobrevivientes de cáncer mayores. Dada la heterogeneidad del envejecimiento, el manejo de pacientes anciano con cáncer plantea un desafío importante, en el que la colaboración del Servicio de Geriatria con otros servicios implicados puede suponer un gran apoyo para la preparación a la cirugía, recomendaciones sobre el tratamiento de comorbilidades y síndromes geriátricos, interacciones farmacológicas y toxicidades (incluidas las de los agentes antineoplásicos)

#### ÁREAS DE MEJORA

La heterogeneidad de los ancianos que dificulta la toma de decisiones en anciano oncológico

#### ANALISIS DE CAUSAS

ausencia de VGI en al anciano oncológico y dificultad para la aplicación de protocolos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivo general:

Mejorar la asistencia del paciente anciano oncológico, detectando mediante la Valoración Geriátrica Integral (VGI) la presencia o no de fragilidad para una adecuada toma de decisiones, mediante la optimización del tratamiento, la prevención y abordaje precoz de complicaciones, el mantenimiento de la función, y la gestión del caso.

##### Objetivos específicos:

Evitar variabilidad en el manejo detectando fragilidad en el paciente anciano con patología oncológica digestiva  
Evitar variabilidad en el manejo del paciente anciano con cáncer de próstata avanzado subsidiario de tratamiento de segunda línea detectando fragilidad

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Inclusión en comité de tumores urológicos de un geriatría

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Raquel Vial

2. Constituir grupo de mejora multidisciplinar

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Elena Ubis Diez

3. Elaborar protocolo de valoración integral del paciente anciano con cáncer que va a ser sometido a tratamiento oncológico en colaboración con servicio de oncología

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Elena Ubis Diez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#420

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ADECUACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS EN EL PACIENTE ANCIANO CON CANCER. VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. indicador ca digestivo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % PACIENTES > 85 AÑOS SUBSIDIARIOS DE TRATAMIENTO ONCOLOGICO DIGESITVO VALORADOS POR SERV. GERIATRÍA

Denominador .....: TOTAL DE ANCIANOS >85 AÑOS CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO DIGESTIVO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: COMITE TUMORES DIGESTIVOS

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. indicador ca prostata 2 linea tto

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: % PACIENTES > 85 AÑOS CON DIAGNÓSTICO NEOPLASIA DE PROSTATA AVANZADA SUBSIDIARIOS DE SEGUNDA LINEA DE TRATAMIE TO VALORADOS POR SERV. GERIATRÍA

Denominador .....: TOTAL DE >85AÑOS CON NEOPLASIA DE PROSTATA SUBSIDIARIOS DE SEGUNDA LINEA DE TRATAMIENTO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: COMITE TUMORES UROLOGICOS

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#893

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HSCJ:ALTA RESOLUCION

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#893 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BALLABRIGA ESCUER MARIA SOLEDAD

Título  
MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HSCJ:ALTA RESOLUCION

Colaboradores/as:  
ARNAL GALINDO AZAHARA  
COSCOJUELA SANTALIESTRA M CARMEN  
GARCIA MALINIS ANA JULIA  
PUEYO ARTIEDA MARIA ALMUDENA

Ubicación principal del proyecto.: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la Unidad de enfermería de heridas crónicas se necesita en ocasiones consultar con el Servicio de Dermatología para valorar algunas lesiones y realizar procedimientos más invasivos como biopsias. Hasta ahora, el paciente pide hora en AP, es valorado por su médico y enviado a la consulta de Dermatología en AE, con las consiguientes esperas y redundancia en las visitas. Se pretende protocolizar esta derivación para conseguir resolver la consulta en el mismo día y lugar consiguiendo beneficios para el paciente y mejorando la eficiencia del sistema. De la misma manera, desde la Consulta de Dermatología, se podría requerir la colaboración de la Unidad de heridas crónicas, sin necesidad de la intervención a través de Atención Primaria, lo que agiliza la gestión de la herida y mejora la continuidad asistencial.

#### ÁREAS DE MEJORA

El paciente con heridas crónicas tarda en ser visto en Dermatología o es visto de manera informal. Los pacientes valorados en consulta de dermatología y que se beneficiarían del tto en la Unidad de heridas crónicas, deben pasar por el médico de AP

#### ANALISIS DE CAUSAS

Desde la unidad de heridas se precisa hasta ahora enviar a su médico de AP, para que este a su vez valore la derivación a Dermatología, con la consiguiente aumento de demora y pérdida de continuidad asistencial. El dermatólogo que cree necesario derivar a la Unidad de heridas tiene que derivar a su MAP.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Agilizar la interconsulta bidireccional entre Unidad Heridas Crónica y la consulta de Dermatología.
- Crear un circuito de alta resolución, con objeto de mantener la continuidad asistencial del paciente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Constitución del grupo de mejora formado por enfermeras de Unidad de Heridas Crónicas y Dermatología

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Soledad Ballabriga Escuer

2. - Elaboración Procedimiento de derivación entre las dos unidades

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Grupo del proyecto

3. - Valoración provisional de resultados a los 6 meses

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Grupo del proyecto

4. - Valoración final

Fecha inicio: 30/06/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Grupo del proyecto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#893

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA UNIDAD DE HERIDAS CRONICAS DEL HSCJ:ALTA RESOLUCION

1. Elaboración del procedimiento de Consulta de Alta resolución de heridas crónicas (Consulta de enfermería)  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Procedimiento elaborado  
Denominador .....: Procedimiento planificado  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Registro grupo de mejora  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. % paciente vistos en alta resolución / total de pacientes enviados a Dermatología desde la consulta  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes valorados en alta resolución.  
Denominador .....: Pacientes derivados a Dermatología desde la Unidad de Heridas  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#983

### 1. TÍTULO

#### DEFINICION DEL PERFIL DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#983 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALAYETO GASTON MARIA ANGELES

Título  
DEFINICION DEL PERFIL DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Colaboradores/as:  
CARNICER QUILEZ MARIA ANTONIA  
FUSTER RAMON MARIA BEGOÑA  
GALAN LATORRE LETICIA  
LAGRABA MIGUEL CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

Servicio/Unidad principal .....: HOSPITAL DE DIA SALUD MENTAL

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Nos encontramos con un cambio notable en el perfil de pacientes que ingresan en Hospital de Día de Psiquiatría. Si hace unos años primaban las derivaciones de pacientes con diagnósticos de lo que se viene denominando "Trastorno Mental Grave" (trastornos psicóticos y trastornos afectivos graves) en estos momentos y desde hace unos años se observa que una buena parte de los pacientes que ingresan en nuestro recurso adolece de características propias de un "Trastorno de la Personalidad". Suelen ser personas cuyo diagnóstico a la derivación es la presencia de cuadros graves de índole afectiva, que parecen asociados a diferentes acontecimientos vitales complicados. Se constata que la mayoría de estas personas arrastran importantes dificultades a nivel de relación social, autoimagen y ajuste social. Esto es concordante con la definición y diagnóstico de un "Trastorno de la Personalidad". Es un cambio de perfil de pacientes que incide y condiciona de forma importante la forma de trabajar de todos los profesionales de Hospital de Día. Muchos de estos pacientes presentan particularidades (como riesgo autolítico, la escasa tolerancia a la frustración, locus de control externo y dificultades en el ajuste interpersonal) que dificultan las dinámicas de las actividades en grupo, haciéndose imprescindible una adaptación de las mismas.

Con el objetivo de ajustar el funcionamiento de nuestro recurso a los pacientes con "Trastorno de la Personalidad" proponemos realizar una evaluación sistemática de la personalidad a través del "Inventario Clínico Multiaxial de Millon IV". Conoceremos así el grado de adaptación al que someter el funcionamiento global de Hospital de Día y por otro lado podremos intervenir de forma específica sobre los problemas comunes de este grupo de pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Discriminar los diagnósticos de "Trastorno de la personalidad" entre los pacientes que ingresan en hospital de Día nos permitirá adaptar el funcionamiento de nuestro recurso e intervenir de forma específica sobre los problemas comunes de este grupo de pacientes.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Estimamos varias las causas en el cambio que se ha producido en el perfil de los pacientes que son derivados a Hospital de Día. Por un lado debido a los cambios sociales (crisis económicas, desempleo) y culturales, así como la pandemia covid 19 más recientemente, habría un incremento en las dificultades y ajuste socioemocional de personas con personalidad vulnerable, lo que hace que se saturen los recursos de salud mental, requiriendo estas personas de una atención especializada a medio-largo plazo. Por otro lado parece los pacientes con diagnóstico de "Trastorno Mental Grave" tendrían un seguimiento más continuado por parte de los recursos de Salud Mental, ya que disponen de recursos (rehabilitadores y comunitarios) que fomentan la contención de la enfermedad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Identificar trastornos de la personalidad entre los pacientes de Hospital de Día.
- Establecer los perfiles de personalidad de estos pacientes.
- Adaptar el funcionamiento de Hospital de Día a esta nueva realidad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisar Manual del Inventario Clínico Multiaxial de Millon IV y teoría de Millon sobre Personalidad

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 30/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#983

### 1. TÍTULO

#### DEFINICION DEL PERFIL DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Responsable.: MARIANALAYETO GASTON

2. Actividad formativa interna sobre Trastornos de Personalidad

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: MARIAN ALAYETO GASTON, LETICIA GALAN LATORRE, ANA BELEN SIESO SEVIL

3. Puesta en marcha de las evaluaciones

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: MARIAN ALAYETO GASTON

4. Revisión bibliográfica sobre la intervención grupal y ocupacional en "Trastornos de la Personalidad" (unidades de Trastornos de la Personalidad y en HD para pacientes con trastorno)

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: MARIAN ALAYETO GASTON, LETICIA GALAN LATORRE, ANA BELEN SIESO SEVIL

5. Adaptación del funcionamiento de HD

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: EQUIPO HOSPITAL DE DIA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de evaluaciones previstas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes evaluados

Denominador .....: Pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro evaluaciones realizadas

registro pacientes ingresados

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. Porcentaje de pacientes ingresados con "Trastorno de la Personalidad"

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de Positivos en test de personalidad

Denominador .....: nº de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro resultado de Evaluaciones realizadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

3. Porcentaje de pacientes con "trastorno de Personalidad" "cluster A"

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes positivos Cluster A

Denominador .....: Nº de positivos en test de Personalidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro resultado de Evaluaciones realizadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

4. Porcentaje de pacientes con "trastorno de Personalidad" "cluster B"

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes positivos Cluster B

Denominador .....: nº de pacientes positivos test de Personalidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro resultado de Evaluaciones realizadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 55.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#983

### 1. TÍTULO

#### DEFINICION DEL PERFIL DE PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

5. Porcentaje de pacientes con "trastorno de Personalidad" "cluster C"  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de pacientes Positivos Cluster C  
Denominador .....: n° de pacientes positivos test de Personalidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro resultado de Evaluaciones realizadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

6. Porcentaje de pacientes con "Trastorno de la Personalidad" a los que adaptar el tratamiento  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes con intervención adaptada  
Denominador .....: n° de pacientes Positivos test de Personalidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro resultado de Evaluaciones realizadas  
registro de pacientes en grupo adaptado  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1043

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE ACTUALIZACION DEL FUNCIONAMIENTO DE HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA AL PERFIL DIFERENCIAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1043 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GALAN LATORRE LETICIA

Título  
PROGRAMA DE ACTUALIZACION DEL FUNCIONAMIENTO DE HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA AL PERFIL DIFERENCIAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS

Colaboradores/as:  
ALAYETO GASTON MARIA ANGELES  
CARNICER QUILEZ MARIA ANTONIA  
FUSTER RAMON MARIA BEGOÑA  
LAGRABA MIGUEL CARMEN  
LOPEZ POZO ADRIAN  
SIESO SEVIL ANA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

Servicio/Unidad principal .....: HOSPITAL DE DIA SALUD MENTAL

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dada la variación importante de las derivaciones a este recurso ha surgido a lo largo del tiempo la necesidad de adaptarnos a ella en nuestro funcionamiento. Nos parece necesario darle una estructura formal a esta evolución como soporte y encuadre de nuestras actuaciones terapéuticas.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Funcionamiento más adaptado a los grupos según su diagnóstico.
- Optimización de los recursos para dar cobertura a la nueva realidad
- Establecimiento de un patrón por el que guiarnos al hacer frente a esta diversidad

#### ANALISIS DE CAUSAS

- El importante cambio observado en las derivaciones realizadas a nuestro servicio provoca la creación de nuevos protocolos de actuación, ya que el funcionamiento anterior se demuestra poco operativo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Adaptar el funcionamiento de Hospital de Día y las intervenciones a los tres tipos de demanda existentes.
- Monitorizar los resultados con el fin de continuar la actualización comenzada.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Diseño e inicio del programa para los pacientes con Trastorno Mental Grave

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 02/10/2023

Responsable.: Leticia Galán Latorre

2. Diseño e inicio del programa para pacientes con Trastorno de la Personalidad

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 02/10/2023

Responsable.: Leticia Galán Latorre

3. Diseño e inicio del programa para pacientes de Seguimiento al alta ( para pacientes con vulnerabilidad extrema que lo soliciten)

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 02/10/2023

Responsable.: Leticia Galán Latorre

4. Monitorización de los resultados del grupo Seguimiento de pacientes al alta

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 02/10/2023

Responsable.: Leticia Galán Latorre

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1043

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE ACTUALIZACION DEL FUNCIONAMIENTO DE HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA AL PERFIL DIFERENCIAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1196

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL USO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA EN EL HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1196 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SIESO SEVIL ANA ISABEL

Título  
IMPLEMENTACION DEL USO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA EN EL HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA

Colaboradores/as:  
LOPEZ POZO ADRIAN

Ubicación principal del proyecto.: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

Servicio/Unidad principal .....: HOSPITAL DE DIA SALUD MENTAL

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se observa la necesidad de registrar la información referida a los pacientes ingresados en Hospital de Día de Psiquiatría de Huesca en la Historia Clínica Electrónica (HCE). Muchas de las unidades de salud mental tienen implementado su uso desde hace algunos años y resulta evidente su utilidad clínica. Hasta ahora el registro de la información se hace de forma interna, sin que otros profesionales tengan acceso directo. Todavía el uso de la HCE no se ha implementado en todos Hospitales de Día de Aragón; sin embargo dado que su uso comienza a ser generalizado en la red de Salud Mental consideramos es momento de hacerlo, siendo de utilidad para nosotros, para el Servicio de psiquiatría y también para otros Servicios. Podremos así compartir de forma sistemática la información que puede ser de utilidad para todos, mejorando la coordinación de recursos y mejorando la asistencia a los pacientes. También este registro facilitaría el desarrollo de futuros trabajos de investigación.

#### ÁREAS DE MEJORA

Coordinación con el resto de recursos de la red asistencial de Salud Mental  
Registro de la información generada a lo largo del proceso asistencial del paciente en el Hospital de Día de Psiquiatría

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Imposibilidad de acceso a la información asistencial de los pacientes ingresados en el Hospital de Día de Psiquiatría por el resto de los recursos de la red de salud mental.  
Déficit de registro en HCE del proceso asistencial de los pacientes ingresados en el Hospital de Día de Psiquiatría por parte de los profesionales que integran el equipo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la coordinación, la comunicación y la complementariedad con otros profesionales.  
Disponer de información relevante que mejore la asistencia del paciente a lo largo del tiempo.  
Registrar la información y documentación clínica generada a lo largo del proceso asistencial en nuestra unidad

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación acerca del registro de información y de las posibilidades de uso de la HCE

Fecha inicio: 29/08/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Ana Isabel Sieso Sevil

Adrián López Pozo

2. Registro de las valoraciones de enfermería, terapia ocupacional y trabajo social

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final: 31/05/2023

Responsable.: Ana Isabel Sieso Sevil

Adrián López Pozo

3. Registro de informes de alta de los pacientes.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final: 31/05/2023

Responsable.: Ana Isabel Sieso Sevil

Adrián López Pozo

4. Registro de solicitudes de derivación a otras unidades.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final: 31/05/2023

Responsable.: Ana Isabel Sieso Sevil

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1196

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL USO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA EN EL HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA

Adrián López Pozo

5. Registro de pruebas de interés practicadas.

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Ana Isabel Sieso Sevil  
Adrián López Pozo

6. Evolución semanal de los pacientes ingresados

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Ana Isabel Sieso Sevil  
Adrián López Pozo

7. Registro del seguimiento de pacientes dados de alta que demandan asistencia puntual.

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Ana Isabel Sieso Sevil  
Adrián López Pozo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes dados de alta con registro de informe de alta

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Pacientes dados de alta de Hospital de Día de Psiquiatría con informe de alta en HCE  
Denominador .....: Total de pacientes dados de alta de Hospital de Día de Psiquiatría  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de pacientes ingresados con registro de seguimiento semanal.

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Pacientes ingresados en Hospital de Día de Psiquiatría con registro semanal de seguimiento en HCE  
Denominador .....: Total de pacientes ingresados en Hospital de Día de Psiquiatría  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de pacientes ingresados con registro de valoración inicial y continuada de T.Ocupacional

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Pacientes ingresados en Hospital de Día de Psiquiatría a los que se les realiza valoración inicial y continuada de T.Ocupacional  
Denominador .....: Total de pacientes ingresados en Hospital de Día de Psiquiatría  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Porcentaje de pacientes ingresados con registro de valoración inicial de enfermería

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Pacientes ingresados en Hospital de Día de Psiquiatría a los que se le realiza valoración de enfermería  
Denominador .....: Total de pacientes ingresados en Hospital de Día de Psiquiatría  
x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1196

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL USO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA EN EL HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#157

### 1. TÍTULO

#### **: PROTOCOLO DE EXPLORACION DE HOMBRO CON RADIOLOGÍA SIMPLE PARA EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DE HSCJ (HUESCA)**

Fecha de entrada: 17/06/2022

Nº de registro: 2022#157 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MONGE OTAL SILVIA

Título  
: PROTOCOLO DE EXPLORACION DE HOMBRO CON RADIOLOGÍA SIMPLE PARA EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DE HSCJ (HUESCA)

Colaboradores/as:  
LANASPA BENITEZ ROCIO  
LOPEZ GRACIA SIMEON

Ubicación principal del proyecto.: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se considera necesario establecer un protocolo de actuación dirigido a la optimización de los recursos de cara a una mayor calidad diagnóstica, en la que se incluyen la reducción de tiempos, la disminución de dosis y la disminución de la variabilidad a la hora de solicitar pruebas radiológicas por parte del facultativo. Se ha elegido la región anatómica del hombro por su complejidad y la frecuencia en que se solicita esta exploración.

#### ÁREAS DE MEJORA

Calidad diagnóstica, dosis a pacientes, tiempos de exploración, variabilidad en la solicitud de pruebas

#### ANALISIS DE CAUSAS

No hay uniformidad o especificidad desde la solicitud de las pruebas, lo cual lleva a realización de serie s de radiografías que pueden no ser las adecuadas para cada caso, lo cual repercute en un mayor número de exploraciones añadidas para la mejora diagnóstica, con el consiguiente aumento de dosis de radiación y el mayor consumo de tiempo por cada paciente. Un protocolo diseñado a medida para cada tipo de lesión mejoraría todos los aspectos anteriormente señalados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Llegar a porcentaje 0-5% de pacientes a los que se realizan proyecciones adicionales , no incluidas en el protocolo.  
Llegar a porcentaje 0-5% de pacientes a los que se aplica el protocolo y se repite la exploración con efecto de disminución de dosis.  
Llegar a porcentaje 0-5% de pacientes a los que se aplica el protocolo y se repite la exploración con efecto de disminución de tiempo.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Investigación por parte del equipo que integra el proyecto de las técnicas que pueden aplicarse para los distintos tipos de lesiones con una mayor precisión diagnóstica  
Elaboración de protocolo

Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 30/12/2022  
Responsable.: Grupo de mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Repetición de proyecciones adicionales.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº de pacientes a los que se le se realizan proyecciones adicionales  
Denominador .....: Nº de pacientes a los que se les realiza una exploración radiológica de hombro  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.50

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#157

### 1. TÍTULO

#### **: PROTOCOLO DE EXPLORACION DE HOMBRO CON RADIOLOGÍA SIMPLE PARA EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DE HSCJ (HUESCA)**

##### 2. Eliminación de dosis.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de pacientes a los que se les repite la exploración con el consiguiente aumento de dosis de radiación.

Denominador .....: N° de pacientes a los que se les realiza una exploración radiológica de hombro

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.50

##### 3. Disminución de tiempo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de pacientes a los que se les repite la exploración con el consiguiente aumento de tiempo.

Denominador .....: N° de pacientes a los que se les realiza una exploración radiológica de hombro

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.50

##### 4. Porcentaje de pacientes a los que se aplica el protocolo

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de pacientes a los que se les aplica el protocolo.

Denominador .....: N° de pacientes a los que se les realiza una exploración radiológica de hombro

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.50

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#83

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DEL PROGRAMA DE EJERCICIOS TERAPEUTICOS EN EL PROCESO DE REHABILITACION DE LAS ALGIAS DE RAQUIS EN POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS

Fecha de entrada: 10/06/2022

Nº de registro: 2022#83      \*\* Mejora de la Práctica Clínica      \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CAMPO FALGUERAS LETICIA

Título  
ESTANDARIZACION DEL PROGRAMA DE EJERCICIOS TERAPEUTICOS EN EL PROCESO DE REHABILITACION DE LAS ALGIAS DE RAQUIS EN POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS

Colaboradores/as:  
ROMEO IGLESIAS ANA PILAR  
ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA  
SOUTO AYERBE CLARA

Ubicación principal del proyecto.: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Este proyecto surge de la necesidad de protocolarizar y unificar criterios ante un aumento de la incidencia de las algias del raquis y una mayor demanda de los tratamientos de higiene postural y de enseñanza de ejercicios, dentro de los tratamientos de fisioterapia.

Durante el año 2019 se hicieron un total de 562 consultas de rehabilitación por algia de raquis, lo que supone un 25,28% del total de consultas realizadas en dicho servicio. La prevalencia es del 0,25. De estos pacientes, 39 fueron derivados a fisioterapia para aprendizaje de ejercicios e higiene postural.

A lo largo del año 2020 se hicieron 293 consultas por el mismo motivo (hay que tener en cuenta la suspensión de muchas consultas debido a la pandemia), lo que supone un 23,18% del total de consultas realizadas en el servicio de rehabilitación. La prevalencia es del 0,23. De estos pacientes, 49 fueron derivados a fisioterapia para aprendizaje de ejercicios e higiene postural.

Todos estos datos nos indican que es una de las patologías con mayor incidencia en el servicio. Consideramos importante dar soporte escrito y visual para facilitar la comprensión, favorecer la adhesión al tratamiento y fidelizar al paciente, puesto que el perfil de nuestros usuarios precisa una mayor accesibilidad a los tratamientos. De esta manera daríamos una respuesta más eficaz a su demanda.

Aumentamos la eficiencia del tratamiento, ya que, con este método, se pretende reducir el número de sesiones presenciales necesarias para conseguir el efecto deseado (es decir, el aprendizaje del programa de ejercicios). Con este proyecto pretendemos mejorar la calidad del servicio aportando un continuo de evaluación por parte de los profesionales hacia los pacientes y fomentando la educación para la salud.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Necesidad de unificar criterios entre profesionales.
2. Necesidad de aportar mayor información a los pacientes.
3. necesidad de disminuir el número de sesiones necesarias para el aprendizaje.

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. Gran variedad de ejercicios terapéuticos para un mismo objetivo.
2. Características especiales de nuestros pacientes (mayores de 65 años).
3. Gran cantidad de pacientes por el mismo motivo de consulta.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Proporcionar calidad al servicio, estandarizando el proceso asistencial.
- Establecer un protocolo de ejercicios para unificar criterios entre los profesionales.
- Facilitar la comprensión y aprendizaje de los ejercicios.
- Disminuir la recurrencia de segundos tratamientos por el mismo motivo.
- Aumentar la satisfacción del paciente al aportar material gráfico habitualmente demandado.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Crear base de datos con los pacientes que salgan de la consulta de rehabilitación y que cumplan los criterios de inclusión de este programa.

Fecha inicio: 01/01/2021

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Leticia Campo Falgueras

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El proyecto ha tenido una duración mayor de lo esperado debido a la pandemia, ya que durante unos meses no podíamos hacer grupos de pacientes y tuvimos que adaptarnos a la nueva situación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#83

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DEL PROGRAMA DE EJERCICIOS TERAPEUTICOS EN EL PROCESO DE REHABILITACION DE LAS ALGIAS DE RAQUIS EN POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS

1ª y 2ª memoria)

2. Estandarizar el proceso y establecer protocolo

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes diagnosticados algia raquis en los qu se utiliza el protocolo

Denominador .....: pacientes con algias de raquis

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: base de datos propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Mejora de la adhesión al tto

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: pacientes que continuan con tto en domicilio al mes y a los 4 meses

Denominador .....: pacientes del protocolo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: base datos propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Facilitar la comprensión

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: pacientes que afirmar que el documento facilita la comprensión

Denominador .....: pacientes del protocolo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: base de datos propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. Disminuir la recurrencia de segundas visitas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: pacientes con dos visitas por el mismo motivo en 1 año

Denominador .....: total de pacientes en protocolo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: base de datos propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

6. Aumento satisfacción del paciente

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: pacientes satisfechos con el tto recibido

Denominador .....: Total de pacientes en protocolo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: base de datos propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología del aparato locomotor: algias de raquis.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1272

### 1. TÍTULO

#### "ABORDAJE FISIOTERAPICO TRAS INFILTRACION DE TOXINA BOTULÍNICA EN LUMBALGIAS MIOFASCIALES"

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1272 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RODRIGUEZ ESCUDERO PALOMA

Título  
"ABORDAJE FISIOTERAPICO TRAS INFILTRACION DE TOXINA BOTULÍNICA EN LUMBALGIAS MIOFASCIALES"

Colaboradores/as:  
ASENJO LOSTAO MARIA ANGELES  
FERNANDEZ FERNANDEZ MARIA SALOME  
ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA

Ubicación principal del proyecto.: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

- El Síndrome Miofascial de origen lumbar es un trastorno de la modulación del dolor que se caracteriza por dolor musculoesquelético regional y puntos dolorosos a la compresión, siendo la incidencia poblacional muy elevada (de prevalencia en mujeres) y suponiendo un alto índice de bajas laborales con la consiguiente carga económica que ello determina (importante problema de salud pública).
- En la actualidad, las derivaciones a la Unidad del Dolor y a los Servicios de Rehabilitación del HUSJ y HSCJ se han incrementado notablemente por ese motivo, de allí la necesidad de plantear un enfoque multidisciplinar en el abordaje de dicha patología, que permita una mayor diligencia en el proceso.
- La evidencia científica corrobora que un abordaje de fisioterapia basado en un programa estructurado de estiramientos de la musculatura subsidiaria, puede potenciar los efectos beneficiosos de la toxina botulínica e incluso ese beneficios se mantienen y maximizan más allá en el tiempo.
- Describimos un programa efectivo, sencillo y seguro que permite mejorar la función motora y funcional de los pacientes tras inoculación de toxina botulínica, medidas en términos de aumento de rango articular, reeducación de la marcha o mejora en el manejo de las AVD, entre otros, que permitiría una pronta reincorporación a la actividad y un aumento de la calidad de vida de aquellos.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Se pretende el abordaje rehabilitador de inmediatez tras el tratamiento invasivo con el fin de optimizar con las máximas garantías los resultados satisfactorios en términos de mejoría clínica del paciente.
- El empoderamiento del paciente en el propio proceso es una herramienta fundamental, incrementando a su vez el grado de satisfacción del mismo.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Los periodos de demora, tanto por aumento de la carga asistencial como los propios del circuito de derivación entre especialidades, determinan que de forma habitual el abordaje del paciente no se realice de forma adecuada en términos de tiempo.
- De igual modo se pretende disminuir la variabilidad clínica entre profesionales en este tipo de tratamiento, unificando criterios de trabajo, gracias a un único documento.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Proporcionar al paciente un tríptico informativo autoadministrado, con enlaces a soportes audiovisuales donde encontrará claras explicaciones del proceso, del programa de ejercicios y consideraciones de ayuda al manejo.
- Asesoramiento personalizado en caso de necesidad en sala/consulta.
- El proyecto supone de este modo un acompañamiento al paciente desde el comienzo del proceso, constituyéndose como un procedimiento bien tolerado, efectivo y seguro sobre todo para el manejo del dolor musculoesquelético en muchos casos crónico, permitiendo controlar satisfactoriamente ese dolor, disminuir las crisis y reducir el consumo de farmacología de forma considerable.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración y Diseño de Tríptico Informativo. Hoja de Recogida de Datos. Planteamiento de tiempos de trabajo.

Fecha inicio: 10/08/2022

Fecha final: 10/10/2022

Responsable.: Paloma Rodríguez Escudero

2. Implantación del proyecto: Entrega de documentación en consulta

Fecha inicio: 11/10/2022

Fecha final: 30/06/2023

Responsable.: M Angeles Asenjo Lostao

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1272

### 1. TÍTULO

#### "ABORDAJE FISIOTERAPICO TRAS INFILTRACION DE TOXINA BOTULÍNICA EN LUMBALGIAS MIOFASIALES"

3. Asesoramiento, soporte y ayuda al paciente en sala/consulta.

Fecha inicio: 11/10/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Salome Fernández Fernández

4. Evaluación de resultados: reunión de equipo, puesta en común (fortalezas y debilidades), reconducción de objetivos, modificaciones y redacción de memoria final.

Fecha inicio: 01/07/2023

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Componentes del proyecto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Se realizará un registro tanto de entrega de trípticos como de pacientes asesorados en sala/consulta.

- Dentro de estos últimos se testará el grado de satisfacción/mejora en el proceso.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. - Porcentaje de pacientes inoculados con toxina botulínica que reciben el tríptico informativo.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: - Porcentaje de pacientes inoculados con TB en HUSJ que reciben el tríptico informativo.

Denominador .....: - Porcentaje total de pacientes inoculados con TB

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de pacientes infiltrados con TB en HUSJ.

Hoja de registro de entrega de trípticos.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. - Grado de satisfacción del paciente

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: - Número de pacientes que puntúan su grado de satisfacción con una EVA igual o superior a 7.

Denominador .....: - Número de pacientes testados con escala de satisfacción.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Número de encuestas realizadas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. - Porcentaje de pacientes que acuden para asesoramiento en sala/consulta.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: - Número de pacientes asesorados en sala/consulta.

Denominador .....: - Número de pacientes que reciben el tríptico en consulta.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de registro de pacientes que pasan por asesoramiento individualizado.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#93

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA

Fecha de entrada: 13/06/2022

Nº de registro: 2022#93 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BORRUEL MOREU MARIA CARMEN

Título  
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA

Colaboradores/as:  
CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES  
LATRE MUZAS BARBARA  
MILLAN BARRIO MARIA LUISA

Ubicación principal del proyecto.: CS ABIEGO

Servicio/Unidad principal .....: EAP ABIEGO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los niños tienen más probabilidad de sufrir lesiones involuntarias que de padecer cualquier otra patología grave. La prevención, es la mejor arma para hacerles frente. Aunque la mortalidad es baja en esta etapa de la vida, los accidentes son la primera causa de fallecimiento y los responsables de una elevada morbilidad. También es necesario adiestrar a la población desde la infancia sobre técnicas básicas en primeros auxilios mediante contenidos adaptados a cada edad y a cada curso, para que ellos mismos cuenten con las herramientas necesarias para llevarlas a cabo. La muerte súbita cardiaca es una de las causas de mortalidad mas frecuentes en el mundo industrializado y por otra parte, los atragantamientos son la segunda causa de muerte accidental en España por detrás de las caídas. Una actuación diligente y precoz puede salvar una vida.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se pretende dotar a los escolares de suficiente autonomía para saber actuar en caso de lesiones menores (traumatismos, heridas, quemaduras..) y en casos de emergencias vitales en los que puedan encontrarse sin el asesoramiento de un adulto como son los atragantamientos y las paradas cardiorespiratorias. Se quiere dar a conocer dónde y porqué ocurren los accidentes infantiles e incidir en cómo la adopción de ciertos hábitos sencillos, puede contribuir a reducirlos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En estas edades la capacidad de retención de conocimientos es muy grande si despertamos su interés. Les mostraremos que ellos son capaces de protegerse a si mismos y a los demás, como si fuesen unos superhéroes a los que también podemos pedir ayuda.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Proporcionar a los alumnos de primaria conocimientos sobre prevención de accidentes y primeros auxilios. Reconocer situaciones de peligro mas comunes y aprender a evitarlas. Llevar la protección adecuada para cada actividad. Pautas básicas de actuación en heridas y quemaduras. Reconocer una situación de emergencia, solicitar la ayuda de un adulto y llamar al 112. Instruir al alumnado sobre:  
-Posición lateral de seguridad.  
-RCP básica y maniobra de Heimlich.  
-Localización y manejo del desfibrilador semiautomático con el que cuenta el colegio.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se impartirá la citada actividad en todos los colegios de educación primaria la zona: Adahuesca, Bierge, Alquézar y Abiego. Previa reunión con el personal docente para su adecuada organización.

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 16/09/2022

Responsable.: Bárbara Latre, M<sup>a</sup> Ángeles Castells, M<sup>a</sup> Luisa Millan, M<sup>a</sup> Carmen Borruel

2. Elaboración de un contenido divertido y adecuado, específico a las edades del alumnado.

Fecha inicio: 04/07/2022

Fecha final.: 15/07/2022

Responsable.: Bárbara Latre, M<sup>a</sup> Ángeles Castells, M<sup>a</sup> Luisa Millan, M<sup>a</sup> Carmen Borruel

3. Taller teórico-dinámico de unos 35 minutos con dibujos y diapositivas

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 03/06/2023

Responsable.: Bárbara Latre, M<sup>a</sup> Ángeles Castells, M<sup>a</sup> Luisa Millan, M<sup>a</sup> Carmen Borruel

4. Taller práctico de 60min sobre:

Para qué sirve lo que hay en mi botiquín.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#93

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA

Simulación de una emergencia, petición de ayuda, ABC, PLS, RCP básica.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 03/06/2023

Responsable.: Bárbara Latre, M<sup>a</sup>Ángeles Castells, M<sup>a</sup> Luisa Millan, M<sup>a</sup>Carmen BorrueI

5. Para la RCP nos ayudaremos de unos maniqués y practicaremos con una canción en la que se les ayudará a recordar los pasos a seguir.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 03/06/2023

Responsable.: Bárbara Latre, M<sup>a</sup>Ángeles Castells, M<sup>a</sup> Luisa Millan, M<sup>a</sup>Carmen BorrueI

6. Vamos a buscar y colocar un DESA

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 03/06/2023

Responsable.: Bárbara Latre, M<sup>a</sup>Ángeles Castells, M<sup>a</sup> Luisa Millan, M<sup>a</sup>Carmen BorrueI

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Conocimientos básicos adquiridos en el taller.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de caso prácticos superados posteriores al taller

Denominador .....: Número de casos prácticos totales posteriores al taller

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pequeños casos prácticos superados con éxito.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

2. Se valora el grado de aceptación de los asistentes

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de alumnos que asisten al taller

Denominador .....: Número de alumnos totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Se contabiliza en número de asistentes en base al listado total del alumnado

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#126

### 1. TÍTULO

#### HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ADULTA

Fecha de entrada: 15/06/2022

Nº de registro: 2022#126 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LATRE MUZAS BARBARA

Título  
HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ADULTA

Colaboradores/as:  
CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES  
MILLAN BARRIO MARIA LUISA

Ubicación principal del proyecto.: CS ABIEGO

Servicio/Unidad principal .....: EAP ABIEGO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La importancia de este proyecto es dar a conocer unos hábitos saludables a la población adulta para que los incorporen en su vida diaria, ya que está demostrado que adquirir unos buenos hábitos repercute en una mejor calidad de vida.

#### ÁREAS DE MEJORA

Lucha contra el sedentarismo y tabaquismo  
Psicología positiva  
comida saludable  
Buenos hábitos de descanso

#### ANALISIS DE CAUSAS

Detección en consulta de malos hábitos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Conocer y aumentar los conocimientos de la población adulta sobre hábitos saludables

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Encuesta inicial para valorar los conocimientos y su grado de adherencia.

Fecha inicio: 12/09/2022  
Fecha final.: 16/09/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Luisa Millán, M<sup>a</sup> Angeles Castells y Bárbara Latre

2. Charla taller-coloquio en Alquezar, Abiego, Adahuesca y Bierge  
Fecha inicio: 26/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Luisa Millán, M<sup>a</sup> Angeles Castells y Bárbara Latre

3. Taller de recetas saludables, forma de cocinar. Iniciación a la pirámide de alimentación mediterránea  
Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 21/10/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Luisa Millán, M<sup>a</sup> Angeles Castells y Bárbara Latre

4. Encuesta final para valorar aprendizaje  
Fecha inicio: 07/11/2022  
Fecha final.: 11/11/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Luisa Millán, M<sup>a</sup> Angeles Castells y Bárbara Latre

5. Encuesta de satisfacción  
Fecha inicio: 07/11/2022  
Fecha final.: 11/11/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Luisa Millán, M<sup>a</sup> Angeles Castells y Bárbara Latre

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de participantes del total de personas invitadas  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Personas que han acudido a las charlas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#126

### 1. TÍTULO

#### HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ADULTA

Denominador .....: Número total de personas en cartera  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Contaje  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Evaluar conocimientos antes de la encuesta y después  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de personas que han hecho la encuesta  
Denominador .....: Número de respuestas correctas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Grado de satisfacción sobre los temas tratados  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Numero de personas que han hecho la encuesta  
Denominador .....: Valorar la puntuación alcanzada  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología crónica

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#2

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE CONSULTA CARE EN CENTRO DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 09/05/2022

Nº de registro: 2022#2      \*\* --Otras--      \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CASTRO ROJAS MARINA

Título  
IMPLANTACION DE CONSULTA CARE EN CENTRO DE SALUD RURAL

Colaboradores/as:  
ACIN PUEYO GUILLERMO  
ARNAL PEREZ ELBA  
JORDAN DE URRIES MUR MARIA JOSE  
LOPEZ CALZON PATRICIA  
MALLOR VICENTE NATALIA  
PERA FERRAZ CARMEN  
ZAPATERO CASEDAS ANA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: CS AINSA

Servicio/Unidad principal .....: EAP AINSA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Responder a las necesidades de la población en zonas rurales teniendo en cuenta las características de la zona en cuestión.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la calidad, accesibilidad, equidad en cuidados y sobretodo la capacidad asistencial del Centro de salud de Ainsa. Teniendo en cuenta características que hacen del centro de salud de Ainsa una zona de atención primaria rural especial. Algunas de estas características serían; la orografía montañosa, el auge del turismo rural que congestiona la atención sanitaria, la gran dispersión geográfica, la distancia al hospital más cercano o las limitaciones del transporte público entre otros.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La sociedad española se encuentra en continuo estado de cambio y este es un momento en el que como profesionales de la salud debemos reflexionar qué tipo de asistencia prestamos. Muchas de las consultas del centro de salud de Ainsa, ya se completan diariamente con la atención al paciente crónico y muchas jornadas se terminan congestionando con la atención a patologías agudas. Por tanto, debemos plantearnos ¿Prestamos asistencia sanitaria de calidad? ¿Nuestra asistencia sanitaria es accesible a toda la población cumpliendo unos mínimos requisitos de tiempo, seguridad y equidad? En definitiva, ante el reto de mejorar nuestro centro de salud rural, el acuerdo de la implantación de la Consulta de Alta Resolución de Enfermería es un sinónimo de cumplir con el objetivo de aumentar la eficiencia y sostenibilidad del sistema. Abordando un conjunto de patologías comunes de manera autónoma o conjunta con el médico de familia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Implantar la Consulta de Alta Resolución de Enfermería en el Centro de Salud de Ainsa como respuesta de mejora para la accesibilidad, descongestión y sobretodo calidad en la asistencia sanitaria del sistema. Se ha desarrollado una guía de protocolos de la consulta CARE en la que se describe detalladamente los problemas de salud identificados y que podrán ser atendidos de forma autónoma por los profesionales de enfermería, y cuando las necesidades para su resolución lo requieran, las intervenciones serán compartidas con otros profesionales del equipo de AP.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Identificar las patologías de riesgo y etiología más frecuente con los procesos específicos que se atiende, la clínica asociada, la gestión de la demanda y los cuidados posteriores.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 30/09/2029

Responsable.: MARINA CASTRO ROJAS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Patologías más frecuentes incluidas en consulta CARE:

- Afta bucal
- Anticoncepción de emergencia
- Cólico del lactante
- Cuidados del ombligo
- Dermatitis atópica
- Dermatitis del pañal no complicada
- Diarrea aguda
- Epistaxis
- Heridas agudas



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#2

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE CONSULTA CARE EN CENTRO DE SALUD RURAL

-Molestias en la micción  
-Orzuelo  
-Paroniquia  
-Quemaduras

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes atendidos en consulta CARE

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de pacientes atendidos en consulta CARE

Denominador .....: Numero total de pacientes que acuden al centro de salud de Ainsa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.45

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.85

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.45

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.78

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Recogida de información a partir de datos obtenidos de OMI-AP en colaboración con la actividad administrativa del centro de salud de Ainsa

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Problemas agudos de complejidad leve que precisan una atención indemorale

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#170

### 1. TÍTULO

#### CRIANZA COMPARTIDA

Fecha de entrada: 18/06/2022

Nº de registro: 2022#170 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ARCAS LALIENA ALBA

Título  
CRIANZA COMPARTIDA

Colaboradores/as:  
SORO CARMONA SERGIO  
BAGÜES CASAS SONIA  
BESCOS GARCIA ELISA  
GONZALEZ GONZALEZ RICHARD SEGUNDO  
LACAMARA ORMAECHEA NEREA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS AINSA

Servicio/Unidad principal .....: EAP AINSA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Nuestro Centro de atención primaria abarca un territorio extenso y envejecido, por este motivo queremos que la población joven con hijos en edad escolar que se asienta en nuestra zona, se sienta apoyada y segura ante los retos que supone la época de crianza

#### ÁREAS DE MEJORA

Actuación ante situaciones básicas y urgentes de salud en la infancia

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Cada día se reciben mas demanda por parte de las familias y ayuda en determinadas cuestiones de salud

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Queremos conseguir hacer llegar a la mayor población posible formación básica en primeros auxilios, RCP, OVACE...para que supieran como afrontarlos en el caso de que se produjeran dichas situaciones

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se va a proceder a realizar varias charlas/talleres sobre RCP pediátrico y primeros auxilios para familias (tanto padres, como madres, abuelos....)  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Alba Arcas Laliena

2. También queremos hacer algún taller, charla, mesa redonda sobre dudas generales (lactancia, nutrición, enfermedades...) que puedan ayudar durante la crianza  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Sonia Bagües Casas

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Las primeras charlas/talleres tendrán una duración de 3h y se impartirán el 29 de Junio y el 30 de Junio, con un aforo de 20 personas cada día y el tema a tratar serán primeros auxilios, RCP, OVACE y DESA. Se nos ha demandado también desde AMPAS, colegios, centros educativos y guarderías la realización del taller, tanto para trabajadores, como para familias y alumnos, así que se va a proceder a buscar fechas para la realización.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Numero de personas apuntadas a los talleres/cursos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: -

Denominador .....: -

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Listas con las personas apuntadas en cada taller

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1000.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1000.00

2. Encuesta de satisfacción/expectativa y realidad de los talleres impartidos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#170

### 1. TÍTULO

#### CRIANZA COMPARTIDA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: -  
Denominador .....: -  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas a los asistentes  
Est.Mín.1ª Mem ..: 8.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 8.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Nuestro mayor objetivo es llegar a la mayor población posible, que se sientan seguros en determinadas situaciones y que podamos crear un ambiente de confianza y despejar dudas que puedan surgir.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Prevención y promoción y actuación en cuestiones de salud en población pediátrica

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#245

### 1. TÍTULO

#### LIMPIANDO EL PULMON DEL SOBRARBE

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#245 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BAGÜES CASAS SONIA

Título  
LIMPIANDO EL PULMON DEL SOBRARBE

Colaboradores/as:  
ARCAS LALIENA ALBA  
ARNAL PEREZ ELBA  
CASTRO ROJAS MARINA  
ESCANILLA PALLAS PILAR  
JORDAN DE URRIES MUR MARIA JOSE  
ULLATE JIMENEZ ISABEL MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS AINSA

Servicio/Unidad principal .....: EAP AINSA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El abuso de consumo de tabaco deriva en un gran gasto económico y personal al sistema de salud, además de ser un factor de riesgo muy importante para la salud del individuo y la comunidad. Tras detectar un índice bajo de detección de consumo en nuestro centro, lo que conlleva a una baja intervención y además la formación actual en la materia de parte del equipo, se plantea la necesidad de intervención.

Con este proyecto se plantea un cambio para realizar una búsqueda activa, a partir de la cual poder realizar intervenciones individuales y colectivas, a la vez de emprender medidas de concienciación en la población general.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Detección de consumo de tabaco
- Intervención tabaco
- Educación comunitaria sobre factor de Riesgo importante

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Pandemia

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Alcanzar un 35% en el indicador de detección de consumo y con ello ir aumentando en el de la intervención  
Concienciar a la población general de las consecuencias del consumo a corto y larga plazo

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación de "implantación de consulta hábito tabaquico" para miembros del equipo

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: sonia bagues casas

2. búsqueda activa de población diana

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: sonia bagues casas

3. ESTABLECER PAUTA DE ACTUACIÓN Y POSIBLES ACTIVIDADES SEGUN LOS DATOS ENCONTRADOS

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: sonia bagues casa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. INTERVENCIÓN TABACO

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: NUMERO DE CASOS INTERVENIDOS  
Denominador .....: POBLACION DIANA  
x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#245

### 1. TÍTULO

#### LIMPIANDO EL PULMON DEL SOBRARBE

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 19.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 19.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#141

### 1. TÍTULO

#### REESTRUCTURACION ARCHIVO EXITUS CS ALBALATE DE CINCA

Fecha de entrada: 16/06/2022

Nº de registro: 2022#141 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SORINAS FORNIES SILVIA

Título  
REESTRUCTURACION ARCHIVO EXITUS CS ALBALATE DE CINCA

Colaboradores/as:  
ALASTRUEY FOJ MARTA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALBALATE DE CINCA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALBALATE DE CINCA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Tras la última auditoría de calidad, y la apertura de una no conformidad por la colocación de las historias de los éxitus, creemos permitiente reorganizar dichas historias, para facilitar el posible expurgo (cuando se autorice desde dirección, así como las nuevas llegadas de historias. Actualmente, las historias estaban archivadas alfabéticamente y en archivadores metálicos, lo que provocaba que hubiera muchos movimientos en los archivos cuando recibíamos historias nuevas. Al estar ordenadas por fecha de fallecimiento, el incremento de historias será siempre en una dirección, debiendo intercalar pocas historias. Vamos a enviar un listado con los fallecidos en los últimos 15 años a todos los consultorios, para que realicen un expurgo de sus archivos. Una vez aquí todas las historias, anotaremos la fecha de fallecimiento (tanto en las que nos traigan como en las que tenemos ya, muchas de las cuales no tienen ese dato) y las ordenaremos por años de fallecimiento, y dentro de cada año, alfabéticamente.

#### ÁREAS DE MEJORA

-Anotar las historias de los fallecimientos.  
-Reducir el espacio que ocupan actualmente las historias, facilitando el futuro archivo.  
-Preparar las historias para el expurgo o traslado a otro archivo, cuando se nos autorice

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de espacio en el archivo, así como los problemas al intentar intercalar historias nuevas, ya que había que dejar un espacio libre al final de cada letra, lo que reducía el espacio libre al estar éste disperso. Por otro lado, la auditoría realizada puso de manifiesto un fallo en el archivo de estas historias.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Tener ordenadas por fechas de fallecimiento, todas las historias de los éxitus, para facilitar su localización, archivo y expurgo cuando sea posible.  
Depurar los archivos de los consultorios locales, sacando todas las historias que estén en ellos de pacientes ya fallecidos.  
Facilitar la colocación de nuevas historias conforma vayan llegando.  
Maximizar el espacio disponible (actualmente había que dejar hueco libre al final de cada letra, por si llegaban muchas historias)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sacar un listado con los pacientes de cada localidad, ordenado según el sistema de archivo seguido en ese consultorio local. Se entregarán a los miembros del EAP de esos consultorios.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/09/2022

Responsable.: SILVIA SORINAS FORNIES

2. Una vez nos hayan traído al Centro de Salud las historias correspondientes, las ordenaremos por fechas de fallecimiento y, posteriormente, dentro de cada año, de forma alfabética.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: SILVIA SORINAS FORNIES

3. Archivo en el almacén administrativo, en los archivadores metálicos de que disponemos.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 11/11/2022

Responsable.: SILVIA SORINAS FORNIES

4. Ordenación alfabética de las historias del archivo de los Cambios de Domicilio, comprobar si están fallecidos y cambiar al archivo correspondiente si es el caso.

Fecha inicio: 14/11/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#141

### 1. TÍTULO

#### REESTRUCTURACION ARCHIVO EXITUS CS ALBALATE DE CINCA

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: SILVIA SORINAS FORNIES

5. Etiquetado correspondiente de los cajones de los archivadores (indicando su contenido, y las fechas que abarca cada uno).

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 17/12/2022

Responsable.: SILVIA SORINAS FORNIES

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % consultorios locales que nos han traído las historias clínicas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de consultorios locales que nos han traído las historias clínicas

Denominador .....: Número de consultorios de la ZBS (7)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: SERVICIO DE ADMISIÓN

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de historias de pacientes recibidas de cada consultorio según el listado entregado

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de historias recibidas de cada consultorio según el listado entregado

Denominador .....: Número de historias solicitadas a cada consultorio según el listado entregado.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: SERVICIO DE ADMISIÓN

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de archivadores disponibles habilitados para ese uso

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de archivadores utilizados

Denominador .....: Total de archivadores disponibles para ese uso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: SERVICIO DE ADMISIÓN

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % de archivadores disponibles en cada consultorio local para uso diario

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de archivadores usados en cada consultorio local

Denominador .....: Total de archivadores disponibles en cada consultorio local

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: CONSULTORIOS RESPECTIVOS

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#143

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS USUARIOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBALATE DE CINCA MEDIANTE EL USO DE PICTOGRAMAS

Fecha de entrada: 16/06/2022

Nº de registro: 2022#143 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALASTRUEY FOJ MARTA

Título  
MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS USUARIOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBALATE DE CINCA MEDIANTE EL USO DE PICTOGRAMAS

Colaboradores/as:  
SORINAS FORNIES SILVIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALBALATE DE CINCA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALBALATE DE CINCA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Centro de Salud de Albalate de Cinca, con una población de alrededor de 5000 habitantes, recibe durante la campaña agrícola alrededor de 3000-4000 temporeros, muchos de ellos con dificultades para expresarse en castellano.

Debido a la estacionalidad de dicho incremento de pacientes, y los problemas de comunicación, desde el CS Albalate de Cinca creemos que se podrían establecer unas guías y/o instrucciones, mediante el uso de pictogramas, que les ayude a explicarnos sus dolencias y a nosotros los tratamientos prescritos, por ejemplo, así como los ámbitos de seguridad e higiene (colocación del termómetro, toma de analgésicos y antitérmicos, etc.)

#### ÁREAS DE MEJORA

-Atención a usuarios con dificultades de comunicación (médica y administrativa)  
-Incrementar la educación sanitaria en la zona de salud

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

-Alta temporalidad (pacientes/usuarios de otros países, con bajos conocimientos del castellano).  
-Patologías recurrentes

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la comunicación entre el usuario/paciente y los profesionales sanitarios o administrativos.  
-Conseguir una mejora en el estado de salud de los pacientes, mediante ilustraciones con indicaciones claras sobre autocuidados para la prevención de problemas de salud.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Poner en conocimiento del EAP el inicio del proyecto, solicitándoles que nos comuniquen los problemas más frecuentes que han tenido con los pacientes/usuarios.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/07/2022

Responsable.: MARTA ALASTRUEY FOJ

2. Buscar pictogramas e ilustraciones procedentes de fuentes fiables como: OMS, Mº de Sanidad, SALUD, etc

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/07/2022

Responsable.: MARTA ALASTRUEY FOJ

3. Decidir cuáles son las patologías o problemas más usuales en el Centro de Salud, y colocar las imágenes más pertinentes en un lugar visible para los pacientes/usuarios

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final.: 22/07/2022

Responsable.: MARTA ALASTRUEY FOJ

4. Se irán añadiendo pictogramas y carteles, en función de su utilidad y de las necesidades reales que vayan surgiendo.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: MARTA ALASTRUEY FOJ

5. Revisión la posible estacionalidad de los problemas que van surgiendo

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 10/06/2023

Responsable.: MARTA ALASTRUEY FOJ



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#143

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS USUARIOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBALATE DE CINCA MEDIANTE EL USO DE PICTOGRAMAS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de profesionales implicados en el proyecto

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de profesionales que nos comunican sus problemas mas habituales

Denominador .....: nº profesionales del EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: COMPAÑEROS EAP

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de patologías reflejadas en los pictogramas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de patologías mas habituales entre las puestas en común por el EAP

Denominador .....: nº total de patologías sugeridas por los miembros del equipo para incluir en folleto explicativo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: COMPAÑEROS DEL EAP

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de problemas no solucionados a pesar del uso de los pictogramas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de problemas de comunicación no solucionados utilizando los pictogramas

Denominador .....: nº total de problemas de comunicacion surgidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: COMPAÑEROS DEL EAP

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Solicitudes de información/asistencia sanitaria/documentación en el Centro de Salud

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#472

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON DIABETES

Fecha de entrada: 05/07/2022

Nº de registro: 2022#472 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PALACIN ELTORO BEATRIZ MARIA

Título  
EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON DIABETES

Colaboradores/as:  
DEFIOR SANTAMARIA SARA  
FORNIES LACOSTA PILAR  
MUZAS BERGES MARIA PAZ

Ubicación principal del proyecto.: CS ALBALATE DE CINCA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALBALATE DE CINCA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La diabetes mellitus es una enfermedad con una gran prevalencia y alta tasa de morbilidad que ocasiona grandes gastos económicos y complicaciones en los pacientes a corto y largo plazo. La educación sanitaria hace que los pacientes sean más conscientes de su enfermedad y participen de forma activa en su cuidado personal

#### ÁREAS DE MEJORA

Los pacientes con largos años de evolución de la enfermedad siguen teniendo muchas dudas sobre su enfermedad, especialmente en el tema relacionado con la comida.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Los tratamientos en cuanto a esta patología han ido evolucionando y algunos pacientes se han quedado con la información que se les dió al diagnosticarla. Muchos de ellos no son los que cocinan y los que lo hacen desconocen los cuidados/precauciones que deben tener.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Disminuir un 5% el peso del paciente en un período de 3 meses
- Disminuir un 10% la hemoglobina glicada en un plazo de 6 meses
- Promover el autocuidado con respecto a la diabetes mellitus

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se realizarán 5 sesiones en Albalate de Cinca de educación grupal por miembros del C.S. Cada sesión estará apoyada por un power point y cada día habrá un tema diferente relacionado con diabetes.

Fecha inicio: 25/10/2022

Fecha final.: 22/11/2022

Responsable.: Dependerá de la temática a dar ese día

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Antes de iniciar el proyecto se realizará una reunión en la que nos juntaremos todo el personal sanitario del centro para evaluar y encontrar a los pacientes que podrán beneficiarse de esta educación (entotal 10-12 pacientes). Los criterios para que puedan entrar serán:  
- tener una hemoglobina glicada reciente (menos de 3 meses al inicio del curso)  
- ser diabético de más de un año de evolución

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % Disminución de peso

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes que han disminuido al menos un 5% de peso

Denominador .....: Pacientes totales que han acudido al curso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 12.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 12.00

2. % Disminución de las cifras de hemoglobina glicosilada

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes que han disminuido al menos un 10% la hemoglobina

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#472

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON DIABETES

glicosilada

Denominador .....: Pacientes totales que han acudido al curso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 12.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 12.00

3. % Promoción del autocuidado

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes que han mejorado sus hábitos de autocuidado

Denominador .....: Pacientes totales que han acudido al curso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas autoadministradas al inicio y al final del curso

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 12.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 12.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#674

### 1. TÍTULO

#### MINICONULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA PARA EL MEJOR CONTROL DE ESTA PATOLOGÍA REALIZADA EN EL CS DE ALBALATE DE CINCA

Fecha de entrada: 17/07/2022

Nº de registro: 2022#674 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER

Título  
MINICONULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA PARA EL MEJOR CONTROL DE ESTA PATOLOGÍA REALIZADA EN EL CS DE ALBALATE DE CINCA

Colaboradores/as:  
LOPEZ ESPOLO MARTA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALBALATE DE CINCA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALBALATE DE CINCA

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Atención integral en la insuficiencia cardiaca:

Los datos sobre la prevalencia e incidencia de la insuficiencia cardiaca en España son dispares en función de los estudios. El dato de prevalencia se sitúa entre el 1% y el 2% de la población adulta en los países desarrollados, alcanzando los 770.000 pacientes en España. La incidencia oscila entre los 2 y los 4 casos por cada 1.000 personas y año, pudiendo llegar hasta los 154.000 nuevos casos en nuestro país.

#### ÁREAS DE MEJORA

Potenciar la atención a la insuficiencia cardiaca en red entre las unidades comunitarias, especializadas, avanzadas, rehabilitación cardiaca, enfermería y Atención Primaria.

Unificar estructuras que dependen de distintos servicios: Cardiología, Medicina Interna, Geriátrica.

Fomentar los hospitales, la atención primaria y la hospitalización domiciliaria.

Desarrollar la figura de coordinador/gestor de transiciones.

Mejorar y unificar los planes formativos de los profesionales dedicados a la insuficiencia cardiaca.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Tendemos a describir a la Insuficiencia cardiaca (IC) como una enfermedad muy gravosa para un país. En España, la IC ocasiona más de 100.000 ingresos hospitalarios al año, el 2% de las visitas a urgencias y una mortalidad anual del 10%. Los costes asociados alcanzan los 2.500 millones de Euros anuales, hasta el 2% del gasto sanitario total. Sin embargo, todo esto, con ser mucho, sólo es la parte más visible de un problema más intrincado y complejo. Hemos de tener en cuenta que se trata de una enfermedad de personas de edad avanzada y que lo más habitual es que se acompañe de otras muchas patologías, hasta 5,3 de promedio. Por eso, la mayoría de estos pacientes son pluri-patológicos, con descompensaciones frecuentes, múltiples reingresos y visitas a diferentes profesionales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Este proyecto se busca mejorar el abordaje de los pacientes con insuficiencia cardiaca incluyendo la prevención, la detección precoz, el diagnóstico, el tratamiento y la calidad de vida. De carácter innovador, integrador y multidisciplinar, el objetivo principal es un mayor seguimiento del paciente para buscar sus optimización y atención que necesitan los pacientes con insuficiencia cardiaca.

La metodología que se va a utilizar es para conocer las situación actual de estos pacientes, identificar todas las áreas de mejora y la búsqueda de reducción de eventos graves que sufren estos pacientes.

De forma secundaria, podría contribuir a mejorar las listas de espera, la saturación de las agendas de los profesionales sanitarios y una necesidad de reducir los desplazamientos de los pacientes al centro hospitalario.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de una consulta específica para los pacientes con insuficiencia cardiaca para la revisión de todos los pacientes pertenecientes a este centro de salud con insuficiencia cardiaca

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: JESÚS JAVIER AGUAVIVA BASCUÑANA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se valora en cada consulta:

El estado actual del paciente y programación del seguimiento futuro del paciente. Analíticas (nt-proBNP, Filtrado glomerular, potasio).

Cuestionario ICberg.

Síntomas y signos. (Control de peso, Tensión, Edemas, Disnea, Test de calidad, Hábitos no farmacológicos).

Pruebas funcionales existentes, pendientes y actualizarlas las necesarias. Realización de ecocardiografía.

Hábitos existentes.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#674

### 1. TÍTULO

#### MINICONULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA PARA EL MEJOR CONTROL DE ESTA PATOLOGÍA REALIZADA EN EL CS DE ALBALATE DE CINCA

Revisión alta hospitalaria.  
Evolución. Seguimiento atendiendo a todas sus patologías.  
Estabilización de descompensaciones.  
Adherencia a tratamientos y recomendaciones.  
Derivaciones en ICAs descompensada de una forma coordinada.  
Visita domiciliaria en pacientes moderados graves tras el alta en menos de 7 días si es preciso tras alta de hospital.  
Historia clínica compartida entre los profesionales sanitarios para agilizar la visibilidad.  
Recomendaciones de comportamiento para el paciente.  
Formación de control y seguimiento autónomo para el paciente o cuidador  
Conciliación farmacológica en fase aguda y crónica.  
Acceso rápido al cardiólogo. Con un circuito ágil.  
Derivación en ICAs descompensadas.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. COBERTURA

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes incluidos en el programa  
Denominador .....: Número de pacientes identificados para ingresar al programa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica OMI/HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.20  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.40

#### 2. CONTINUIDAD

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de pacientes que han consultado en el último mes al programa  
Denominador .....: Número total de pacientes del programa desde su inicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica OMI/HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.20  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.40

#### 3. DESCOMPENSACIONES

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes del programa que han presentado descompensación  
Denominador .....: Número total de pacientes del programa desde su inicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica OMI/HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.20  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.40

#### 4. CONSULTA A URGENCIAS

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que asisten al servicio de urgencias por descompensación de patología que controla el programa  
Denominador .....: Número total de pacientes del programa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica OMI/HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.20  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.40

#### 5. MORTALIDAD

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes del programa que mueren  
Denominador .....: Número total de pacientes del programa desde su inicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica OMI/HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.01  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.02

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#674

### 1. TÍTULO

#### MINICONULTA DE INSUFICIENCIA CARDIACA PARA EL MEJOR CONTROL DE ESTA PATOLOGÍA REALIZADA EN EL CS DE ALBALATE DE CINCA

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#675

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL CONTROL Y PUESTA AL DÍA DEL CARRO DE SOPORTE VITAL Y DE LOS MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA

Fecha de entrada: 17/07/2022

Nº de registro: 2022#675 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOPEZ ESPOLIO MARTA

Título  
MEJORA EN EL CONTROL Y PUESTA AL DÍA DEL CARRO DE SOPORTE VITAL Y DE LOS MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA

Colaboradores/as:  
AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: CS ALBALATE DE CINCA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALBALATE DE CINCA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Unificar criterios sobre el material que debe haber en todo momento en el carro y en los maletines, de acuerdo con el grado de aptitud del personal del centro. Ficha de identidad del fármaco con dosis y características del mismo. Constituye una ayuda a una asistencia urgente segura e inmediata.

#### ÁREAS DE MEJORA

Conocer farmacología disponible, ubicación y características de los fármacos

#### ANALISIS DE CAUSAS

Se precisa reciclaje del personal

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Garantizar una asistencia de calidad al paciente que solicita la atención urgente  
Mejorar la eficiencia en la asistencia urgente  
Mejorar la funcionalidad global del servicio

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Constitución de un equipo, y su responsable, y establecer un plan de trabajo encaminado a la consecución de los objetivos.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: MARTA LÓPEZ ESPOLIO

2. Establecer un modelo adaptado a nuestro centro, de hoja de registro.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: MARTA LÓPEZ ESPOLIO

3. Reunión con el EAP para presentar proyecto.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: MARTA LÓPEZ ESPOLIO

4. Reunión trimestral para solucionar posibles incidencias.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: MARTA LÓPEZ ESPOLIO

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Charla sobre farmacología; principio activo, indicación, dosis, advertencias y precauciones. Posibilidad de editar nuestro "medimecum" de urgencias. (Dr Jesús J Aguaviva Bascuñana)

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. CUMPLIMENTACIÓN

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de hojas/registro de incidencias cumplimentadas adecuadamente  
Denominador .....: Número total de hojas de incidencias registradas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hojas cumplimentadas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#675

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL CONTROL Y PUESTA AL DÍA DEL CARRO DE SOPORTE VITAL Y DE LOS MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.03  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.01  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.02

#### 2. STOCK

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Incidencias trimestrales sobre un stok mínimo  
Denominador .....: Total de incidencias  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hojas cumplimentadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.03  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.01  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.02

#### 3. CADUCIDAD

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de incidencias por caducidad de los fármacos  
Denominador .....: Número total de incidencias  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hojas cumplimentadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.03  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.01  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.02

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Encuesta de satisfacción del personal al inicio y al final del presente proyecto. Valoración en escala cuantitativa del 1 al 10.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#677

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SANITARIA A LOS ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA DEL IES CINCA-ALCANADRE SOBRE ACTUACION ANTE UN ATRAGANTAMIENTO

Fecha de entrada: 17/07/2022

Nº de registro: 2022#677 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SIERRA MARTIN BEATRIZ

Título  
EDUCACION SANITARIA A LOS ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA DEL IES CINCA-ALCANADRE SOBRE ACTUACION ANTE UN ATRAGANTAMIENTO

Colaboradores/as:  
ARNAL CALVO BLANCA  
LAVEDAN SANTAMARIA RAQUEL

Ubicación principal del proyecto.: CS ALBALATE DE CINCA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALBALATE DE CINCA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el año 2020 los atragantamientos accidentales han ocasionado 2.511 muertes, 1.375 mujeres y 1.136 hombres. Con esta cifra los atragantamientos y sofocación accidental son la segunda causa de muerte accidental en España por detrás de las caídas. La importancia de este proyecto radica en intentar evitar o disminuir la mortalidad asociada a esta afección.

#### ÁREAS DE MEJORA

Reducir o evitar la mortalidad asociada a los atragantamientos accidentales.  
Dotar a los adolescentes de herramientas para poder actuar si presencian un caso de atragantamiento.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Se observa que la mayor parte de las muertes se corresponde con el atragantamiento por la ingestión de alimentos (11%) y por la obstrucción respiratoria de otros objetos (83%) que suelen producirse en el ámbito doméstico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El proyecto servirá para dotar a la población diana de los conocimientos necesarios para actuar ante una situación de atragantamiento y disminuir o evitar la mortalidad que este problema ocasiona.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Charlas de educación sanitaria en el IES Cinca-Alcanadre

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Beatriz Sierra Martín

2. Prácticas con muñecos para enseñar la técnica

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Blanca Arnal Calvo

3. Evaluación mediante cuestionario tipo test de los conocimientos adquiridos

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Raquel Lavedan Santamaría

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % alumnos de alumnos de Educación Secundaria del IES Cinca-Alcanadre que reciben el taller

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % alumnos de Educación Secundaria del IES Cinca-Alcanadre que reciben el taller

Denominador .....: % alumnos de Educación Secundaria del IES Cinca-Alcanadre

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Número de alumnos en base de datos del centro

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#677

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SANITARIA A LOS ALUMNOS DE EDUCACION SECUNDARIA DEL IES CINCA-ALCANADRE SOBRE ACTUACION ANTE UN ATRAGANTAMIENTO

2. % alumnos que superan el cuestionario tipo test de conocimientos  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: % alumnos que superan el cuestionario tipo test de conocimientos  
Denominador .....: % alumnos que han realizado el test  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionario tipo test  
Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#855

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL A PACIENTES EPOC

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#855 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FORNIES LACOSTA PILAR

Título  
EDUCACION GRUPAL A PACIENTES EPOC

Colaboradores/as:  
ALPIZAR BARRIOS ANA YUSIMI  
DEFIOR SANTAMARIA SARA  
PALACIN ELTORO BEATRIZ MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALBALATE DE CINCA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALBALATE DE CINCA

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El EPOC es una enfermedad que conlleva gran carga de morbimortalidad y puede suponer para el paciente una limitación importante en su vida diaria. Además frecuentes visitas medicas de control, seguimiento y visitas a urgencias hospitalarias. Por ello hemos considerado la implantación de un programa de educación grupal a pacientes diagnosticados de EPOC, para lograr que participen pacientes y familia, que favoreciera el autocuidado, conocimiento de su enfermedad y prevención de las reagudizaciones. Este proyecto no exime al paciente de acudir a sus revisiones periodicas con su MAP Y EAP, que servirán para incrementar la información, revisar uso correcto del tratamiento y vigilar el cumplimiento terapeutico, y solucionar problemas que pudieran surgir.

#### ÁREAS DE MEJORA

Autocuidado, manejo de inhaladores, mejorar conocimientos de pacientes diagnosticados con EPOC en CS ALBALATE. Mejorar resultados y disminuir riesgos derivados de la atención sanitaria. Mejorar la utilización de los recursos sanitarios y garantizar los derechos de los usuarios con EPOC.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Pacientes con EPOC realizan mal uso de inhaladores.  
Paciente con EPOC realizan mal uso de los servicios sanitarios.  
Iatrogenia en la atención sanitaria

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar conocimientos y autocuidado de pacientes con EPOC en nuestro área de atención.  
Aumentar conocimientos y habilidades para prevenir las reagudizaciones de su enfermedad y saber como actuar ante ellas.  
Lograr la correcta utilización y manejo de inhaladores y accesorios y ademas lograr una fisioterapia respiratoria efectiva.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

- 1- Captación pacientes EPOC.
  - 2-Hacer cuestionario de valoración inicial antes de comenzar el programa.
  - 3- Sesiones grupales semanales de 90'
  - 4- Sesiones individuales a las 2 semanas de las grupales
- Fecha inicio: 07/11/2022  
Fecha final: 07/11/2023  
Responsable.: Pilar Fornies Lacosta

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Mejorar la adhesión al tratamiento y el uso de inhaladores tras la sesión grupal.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes que mejoran el uso de inhaladores tras la educación grupal.

Denominador .....: Nº total de pacientes incluidos en el programa.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes diagnosticados de EPOC que constan en OMI de CS Albalate

Est.Mín.1ª Mem ..: -50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#855

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL A PACIENTES EPOC

---

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1085

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL PACIENTES CON HTA... DIETA SALUDABLE

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1085 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALPIZAR BARRIOS ANA YUSIMI

Título  
EDUCACION GRUPAL PACIENTES CON HTA... DIETA SALUDABLE

Colaboradores/as:  
MUZAS BERGES MARIA PAZ  
SALINAS GISTAU ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALBALATE DE CINCA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALBALATE DE CINCA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

LA HTA ES UNA ENFERMEDAD CON UNA GRAN PREVALENCIA Y ALTA TASA DE MORBIMORTALIDAD QUE OCASIONA FRECUENTES VISITAS MÉDICAS DE CONTROL, SEGUIMIENTO Y VISITAS A URGENCIAS HOSPITALARIAS OCASIONANDO GRANDES GASTOS ECONÓMICOS Y COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES A CORTO Y LARGO PLAZO EMPEORANDO LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES. HEMOS CONSIDERADO QUE LA EDUCACIÓN SANITARIA HACE QUE LOS PACIENTES Y LA FAMILIA SEAN MÁS CONSCIENTES DE SU PATOLOGÍA Y QUE PARTICIPEN DE FORMA ACTIVA EN LA PREVENCIÓN, AUTOCUIDADO Y CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD DE FORMA ACTIVA.

#### ÁREAS DE MEJORA

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS Y GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES CON HTA. MEJORAR RESULTADOS DE SALUD Y DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DEL DESCONOCIMIENTO DEL USO CORRECTO DEL TRATAMIENTO. GENERALMENTE LOS PACIENTES TIENEN DUDAS SOBRE LA HTA ESPECIALMENTE EN LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO (MÉDICO Y DIETÉTICO), ACTIVIDAD FÍSICA.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

PACIENTE CON HTA QUE REALIZAN MAL USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS. LOS TRATAMIENTOS HAN IDO EVOLUCIONANDO DESDE DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA ENFERMEDAD. PACIENTE CON HTA Y DIETA INCORRECTA PARA EL CONTROL ADECUADO DE LAS CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL POR EL DESCONOCIMIENTO DE UN ADECUADO BALANCE NUTRICIONAL.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

MEJORAR CONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN NUESTRO CENTRO DE SALUD. PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADO CON RESPECTO A LA DIETA, ACTIVIDAD FÍSICA Y PESO CORPORAL. AUMENTAR CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES PARA PREVENIR COMPLICACIONES DE LA HTA DE MANERA GENERAL.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. SE REALIZARÁN 6 SESIONES EN CENTRO DE EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD GRUPAL POR LOS MIEMBROS DEL EQUIPO. CADA SESIÓN ESTARÁ APOYADA POR VIDEOS TEMÁTICOS Y CADA DÍA SE ABORDARÁ UN TEMA DE INTERÉS.

Fecha inicio: 10/10/2022

Fecha final.: 10/04/2023

Responsable.: DEPENDERÁ DEL TEMA A IMPARTIR.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

REUNIÓN CON EL PERSONAL SANITARIO DEL CS PARA ENCONTRAR A LOS PACIENTES QUE PODRÁN BENEFICIARSE DE ESTE PROYECTO EN TOTAL 20.

CRITERIOS QUE SE TENDRÁN EN CUENTA: DIAGNÓSTICO DE HTA DE MÁS DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN.

ANALÍTICA DE CONTROL RECIENTE (MENOS DE 6 MESES)

CLASIFICAR A LOS PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % DE DISMINUCIÓN DE LAS CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº DE PACIENTES QUE HAN DISMINUIDO LAS CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL EN 10 %.

Denominador .....: TOTAL DE PACIENTES DEL PROYECTO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 12.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1085

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL PACIENTES CON HTA... DIETA SALUDABLE

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

#### 2. % DE DISMINUCIÓN DEL PESO CORPORAL.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° DE PACIENTES QUE HAN DISMINUIDO AL MENOR % EL PESO

Denominador .....: TOTAL DE PACIENTE DEL PROYECTO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 12.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

#### 3. % MODIFICACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° DE PACIENTES QUE HAN MODIFICADO HÁBITOS SALUDABLES.

Denominador .....: TOTAL DE PACIENTE DEL PROYECTO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ENCUESTA

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 12.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

#### 4. % DE PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADO.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° DE PACIENTES QUE HAN MEJORADO HÁBITOS DE AUTOCUIDADO.

Denominador .....: TOTAL DE PACIENTE DEL PROYECTO.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ENCUESTA

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 12.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1116

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION EN EL ANCIANO FRAGIL

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1116 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAVEDAN SANTAMARIA RAQUEL

Título  
OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION EN EL ANCIANO FRAGIL

Colaboradores/as:  
ARNAL CALVO BLANCA  
SIERRA MARTIN BEATRIZ

Ubicación principal del proyecto.: CS ALBALATE DE CINCA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALBALATE DE CINCA

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La adecuación de la prescripción es importante sobretodo en pacientes frágiles, con frecuencia polimedicados y con mayor riesgo de interacciones y efectos adversos.

Con este proyecto se pretende recordar tanto a personal de medicina como de enfermería distintos conocimientos que permitan optimizar la prescripción, fomentar la deprescripción en los casos en los que sea posible, disminuir la inercia terapéutica y detectar y disminuir la prescripción en cascada en ancianos frágiles

#### ÁREAS DE MEJORA

Uso racional del medicamento

#### ANALISIS DE CAUSAS

Escaso tiempo disponible por paciente  
Inercia terapeutica

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Optimizar la prescripción en ancianos frágiles del CS de Albalate de Cinca  
Fomentar la deprescripción en ancianos frágiles del CS de Albalate de Cinca  
Disminuir la inercia terapéutica en ancianos frágiles del CS de Albalate de Cinca  
Detectar y disminuir la prescripción en cascada en ancianos frágiles del CS de Albalate de Cinca  
Disminuir efectos adversos en ancianos frágiles del CS de Albalate de Cinca.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se programan sesiones formativas dirigidas al personal de medicina y enfermería, con periodicidad mensual, a lo largo del periodo de realización del proyecto.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Raquel Lavedán Santamaría

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. participación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº asistentes/sesión

Denominador .....: nº total de asistentes posibles a los que va dirigido

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. adecuación del contenido

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: adecuación del contenido

Denominador .....: 10

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1116

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION EN EL ANCIANO FRAGIL

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> anciano fragil

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#147

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO (2022)

Fecha de entrada: 16/06/2022

Nº de registro: 2022#147 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TORRES CLEMENTE ELISA

Título  
IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO (2022)

Colaboradores/as:  
BON RIBERA JAVIER SANTIAGO  
LABARTA BELLOSTAS MARIA  
LORES CASANOVA SOLEDAD  
RODRIGUEZ GONZALEZ MARIA DEL ROCIO  
SANZ PUERTOLAS PATRICIA

Ubicación principal del proyecto.: CS BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP BARBASTRO

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La ecografía se define como un medio diagnóstico médico basado en las imágenes obtenidas en tiempo real. Es una prueba segura, rápida, fiable, inocua y no invasiva, bien tolerada por el paciente y de relativo bajo coste. Permite reducir el diagnóstico diferencial que se establece tras la anamnesis y la exploración física, ayudando a la toma de decisiones. El desarrollo de esta herramienta en AP, contribuye al aumento de la capacidad de resolución de los profesionales de AP, disminuye el retraso en el diagnóstico, ayuda a la toma de decisiones, favorece la coordinación con los especialistas de segundo nivel, y evita derivaciones innecesarias a atención especializada. Desde el 2009 se están realizando ecografías en AP. En nuestro sector hay consultas monográficas de ecografías en varios CS similares al nuestro.

#### ÁREAS DE MEJORA

Aumentar la resolución en la toma de decisiones en Atención Primaria y mejorar la demora.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En el CS Barbastro se solicitan aproximadamente 800 ecografías/año, con una tasa de 3601/105 hab. La demora en el servicio de Radiología del Hospital de Barbastro es de 1 mes para las ecografías preferentes y de 10 meses para las ecografías ordinarias. En este contexto sería un campo de mejora la implementación de una consulta monográfica de ECO en el CS Barbastro, puesto que ya se dispone de profesionales con formación específica en ecografías.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Aumentar la capacidad de Resolución y Diagnóstica de Atención Primaria.
- Reducir el tiempo de espera para el diagnóstico.
- Aumentar la satisfacción de los pacientes.
- Mejorar la formación continuada de los profesionales.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Solicitud de Ecógrafo y consenso de ubicación de la consulta ECO y profesionales que realizarán la prueba.

Fecha inicio: 02/11/2022  
Fecha final.: 01/03/2023  
Responsable.: Maria Labarta Bellostas

2. Realización flujograma consulta ECO (Anexo I).

Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Elisa Torres Clemente

3. Creación inicial de agenda específica de dos días a la semana con dos huecos de 30 minutos por paciente, que supondría 16 pacientes al mes y 190 ecografías/año. De forma progresiva se irá incrementa

Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Elisa Torres Clemente

4. Realización de Protocolo de Derivación (Anexo II).

Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: María del Rocío Rodríguez González

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#147

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO (2022)

5. Formación Continuada del Personal de AP con rotaciones por consultas especializadas. Sesión divulgativa del protocolo y flujograma de consulta en el CS Barbastro.

Fecha inicio: 03/04/2023  
Fecha final.: 28/04/2023  
Responsable.: María del Rocío Rodríguez González

6. Realización de Cronograma con responsables (Anexo III).  
Realización de Encuesta de Satisfacción al Usuario (Anexo IV).

Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: María del Rocío Rodríguez González

7. En una segunda fase, se analizará la calidad en la realización y en el diagnóstico de las ecografías.

Fecha inicio: 02/11/2023  
Fecha final.:

Responsable.: Elisa Torres Clemente

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El servicio de admisión proporcionará la hoja de instrucciones de preparación al paciente.

El resultado de los informes de ecografía, se informarán en la HCE OMI en el episodio, así como en la petición.

Se pasará encuesta de satisfacción al paciente, tras la realización de la prueba.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de ecografías realizadas al año. Objetivo en el primer año: 150 ecografías/año.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 150 ecografías realizadas en consulta ECO AP

Denominador .....: 800 ecografías solicitadas en el CS de Barbastro

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Número de ecografías que se solicitan en un año en el centro de salud son 800

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 300.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 150.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 300.00

2. Días transcurridos entre la petición y la realización de la ecografía.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Preferente: 15 días y Ordinaria: 30 días.

Denominador .....: Preferente en HB: 30 días y Ordinaria en HB: 300 días.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Días transcurridos entre la petición y la realización de la ecografía.

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 35.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

3. Todas las exploraciones ecográficas tienen que estar informadas.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Objetivo 100%

Denominador .....: Objetivo 100%

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro en OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Porcentajes de pacientes satisfechos con la realización de la prueba.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Objetivo: satisfacción del 80%

Denominador .....: Objetivo: satisfacción del 80%

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro en hoja de Atención al Usuario.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. Realización de un curso de formación anual por parte del profesional de AP.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#147

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO (2022)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Realización de un curso de formación anual por parte del profesional de AP.  
Denominador .....: Realización de un curso de formación anual por parte del profesional de AP.  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Realización de un curso de formación anual por parte del profesional de AP.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Duración del proyecto durante 2 años.  
Los indicadores se evaluarán semestralmente.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Según protocolo de Derivación ECO AP (Anexo II)

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#344

### 1. TÍTULO

#### ROMPIENDO LA BRECHA DIGITAL CON LA APP SALUD INFORMA

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#344 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ARNAL TORRES ANA MARIA

Título  
ROMPIENDO LA BRECHA DIGITAL CON LA APP SALUD INFORMA

Colaboradores/as:  
CUARTERO GUTIERREZ MARIA ISABEL  
GRACIA MONTOLIU ALICIA  
LUEZA LAMPURLANES CRISTINA  
MIR CORTES MARIA DEL PILAR  
PUY BARON ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP BARBASTRO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La población de Barbastro resulta una de las más envejecidas de Aragón, y en concreto, las zonas rurales sufren aún más este problema. La pandemia ha visualizado las carencias que tienen las personas mayores en el uso de las TICs, por lo tanto han tenido menos oportunidades de comunicación con el Servicio Aragonés de Salud, bien por el desconocimiento y/o funcionalidad de la aplicación SALUD Informa. La saturación de las líneas telefónicas para concertar una cita con su profesional sanitario de referencia, y el no manejar la aplicación del SALUD, ha acentuado la gran brecha digital intergeneracional dentro del sector sanitario de Atención Primaria, que ha llevado a que las personas mayores se sientan aisladas de la sociedad y de la vida cotidiana. Por todo ello se ha planteado la necesidad de dar respuesta a este colectivo mediante la realización de talleres para informarles sobre el manejo y funcionamiento de la aplicación Salud Informa.

#### ÁREAS DE MEJORA

Formar a las personas mayores en el uso de las TICs del Salud, para mejorar la accesibilidad a sus profesionales sanitarios de referencia, y facilitar la consulta de su HCE.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desconocimiento de una gran parte de las personas mayores del funcionamiento y utilización de las TICs.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Impartir talleres en el uso de las TICs del Salud, dirigidos a los mayores de la Zona Básica de Salud de Barbastro.
2. Capacitar a las personas mayores para que sepan acceder al sistema sanitario a través de la red integrándose de forma activa.
3. Aumentar la satisfacción de los mayores de la Zona Básica de Salud de Barbastro con el uso de la APP Salud Informa.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Búsqueda activa de participantes mayores de 65 años interesados en los talleres formativos, a través de los profesionales sanitarios y el servicio de admisión del Centro de Salud de Barbastro.

Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Ana Arnal Torres

2. Presentación del proyecto "Rompiendo la brecha digital con la app Salud Informa" al Consejo de Salud de Barbastro.  
Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 02/05/2022  
Responsable.: Cristina Lueza Lampurlanes

3. Divulgación a través de los medios de comunicación locales, del proyecto y realización de dichos talleres.  
Fecha inicio: 06/06/2022  
Fecha final.: 06/06/2022  
Responsable.: Isabel Cuartero Gutierrez

4. Realización de cartelería informativa de los talleres a realizar y solicitud de inscripción.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#344

### 1. TÍTULO

#### ROMPIENDO LA BRECHA DIGITAL CON LA APP SALUD INFORMA

Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Pilar Mir Cortes

5. Realización de la Hoja de inscripción.  
Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Ana Puy Baron

6. Elaboración de materiales formativos para la exposición del taller.  
Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Alica Gracia Montoliu

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Futuras actividades a desarrollar sería la impartición del taller: formador de formadores en el funcionamiento y utilización de las TICs en Salud.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cobertura alcanzada en los municipios pertenecientes al Centro de Salud de Barbastro.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número cabeceras de cupo en las que se ha impartido la formación.

Denominador .....: Número de cabeceras de cupo de la Zona Básica de Salud de Barbastro.

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro de municipios de la Zona Básica de Salud de Barbastro, en el Manual de Acogida de dicho centro de salud.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Proporción de personas mayores de 65 años que realizan el taller.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número personas > 65 años de la ZBS Barbastro que se han formado en la aplicación Salud Informa.

Denominador .....: Número de personas >65 años ZBS Barbastro

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas de los asistentes/ B.D.U mayores de 65 años.

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

3. Satisfacción de los usuarios.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de asistentes con alto grado de satisfacción.

Denominador .....: Número total de encuestas realizadas.

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción realizadas a los asistentes al taller.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Utilidad práctica del taller.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de citas realizadas por la aplicación Salud Informa en un periodo de tres meses siguientes al taller formativo en ese municipio.

Denominador .....: Número de citas totales en el mismo periodo en dicho municipio.

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro de citas a través de OMI-AP.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#344

### 1. TÍTULO

#### ROMPIENDO LA BRECHA DIGITAL CON LA APP SALUD INFORMA

Edad: Ancianos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Mayores de 65 años

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#691

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ASISTENCIA SANITARIA DE LAS RESIDENCIAS GERIATRICAS DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 18/07/2022

Nº de registro: 2022#691 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LABARTA BELLOSTAS MARIA

Título  
MEJORA EN LA ASISTENCIA SANITARIA DE LAS RESIDENCIAS GERIATRICAS DE BARBASTRO

Colaboradores/as:  
ALAMAN GALLEGO LUCIA  
BON RIBERA JAVIER SANTIAGO  
CASTAÑO DOSTE GUILLERMO MARIA  
LORES CASANOVA SOLEDAD  
NOGUERO PUEYO MARTA  
SANZ PUERTOLAS PATRICIA  
SARABIA MARTINEZ CARLOTA

Ubicación principal del proyecto.: CS BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP BARBASTRO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En Barbastro tenemos 5 residencias (Casa Amparo, Somontano, Las Huertas, Las Hermanitas y Valentia) ubicada cada una en diferente zona de Barbastro y con mayor o menor distancia al centro de salud y los residentes están repartidos entre los diferentes cupos de dicho centro. Las residencias carecen de acceso a OMI (el programa informático que utilizamos para acceder a las historias de los pacientes...). Hace años se intentó esta informatización pero no se consiguió

#### ÁREAS DE MEJORA

Repartir las residencias entre los equipos médico - enfermero del centro de salud de Barbastro para minimizar los desplazamientos y ser más eficientes.  
Informatizar estas residencias para tener acceso a la historia clínica del paciente, mejorando así la calidad de la asistencia y pudiendo registrar los actos médicos / enfermeros en el momento de la actuación.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Hasta ahora en cada cupo hay pacientes de todas ellas lo que supone que puede haber avisos a domicilio de cualquiera de ellas, teniendo en ocasiones que desplazarse un mismo médico a varias residencias el mismo día con el consiguiente tiempo que demora en dicho traslado.  
Además en casi ninguna de estas residencias se cuenta con ordenador con acceso a OMI.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Reparto eficiente de los pacientes de las residencias entre los cupos del centro de Salud de Barbastro  
- Mejora de la asistencia a través de la informatización de las residencias

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reparto de las residencias entre los diferentes equipos médico - enfermero del centro de salud

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 28/02/2022

Responsable.: María Labarta Bellostas

2. Asignar a cada médico 1 día para acudir a la residencia a valorar a los pacientes que precisan consulta de demanda no urgente

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: Patricia Sanz Puértolas

3. Solicitud de ordenadores a las residencias

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Soledad Lorés Casanova

4. Solicitud de acceso a OMI desde las residencias al servicio de informática

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: María Labarta Bellostas

5. Encuesta de satisfacción del profesional

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#691

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ASISTENCIA SANITARIA DE LAS RESIDENCIAS GERIATRICAS DE BARBASTRO

Responsable.: Javier Santiago Bon Rivera

6. Análisis de incidencias en el sistema informático

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Marta Noguero Pueyo

7. Registro de incidencias

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Carlota Sarabia Martinez

8. Difusión en el EAP

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Guillermo Maria Castaño Doste

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Que en cada residencia haya al menos 1 médico por cada 33 pacientes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de profesionales que llevan más de 33 pacientes

Denominador .....: Número de profesionales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes asignados a cada profesional

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Que todas las residencias esten informatizadas con acceso a omi

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de residencias informatizadas

Denominador .....: Número de residencias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: La residencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Número de profesionales satisfechos

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de profesionales satisfechos

Denominador .....: Número de profesionales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Número de profesionales que han usado OMI en la residencia

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de profesionales que han usado OMI

Denominador .....: Número total de profesionales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta a los profesionales

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos

Sexo: Ambo sexos



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#691

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ASISTENCIA SANITARIA DE LAS RESIDENCIAS GERIATRICAS DE BARBASTRO

Tipo de patología: --Otros--> Todas las patologías que podemos encontrar en la asistencia a personas mayores

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#692

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA MONOGRAFICA DE INFILTRACIONES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 18/07/2022

Nº de registro: 2022#692 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LUEZA LAMPURLANES CRISTINA

Título  
CONSULTA MONOGRAFICA DE INFILTRACIONES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Colaboradores/as:  
ARNAL TORRES ANA MARIA  
CALVO CANCER MARIA LOURDES  
FABREGAS CANALES DOLORES  
FERNANDO VINUES PABLO JOSE  
PEREZ AMAYA DOLORES  
SARABIA MARTINEZ CARLOTA

Ubicación principal del proyecto.: CS BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP BARBASTRO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las enfermedades que afectan al aparato locomotor representan uno de los motivos principales de consulta a los médicos de atención primaria, cursando con importante dolor e impotencia funcional y generando una elevada morbilidad en la población general. Así, se ha estimado que constituyen un 10-35% de la demanda asistencial en estas consultas, según diversos autores. De todos estos procesos la artrosis, la afección articular y periarticular del hombro y las lumbalgias son las causas más frecuentes.

Desde hace 40 años aproximadamente los médicos de atención especializada en enfermedades del aparato locomotor (traumatólogos y reumatólogos, principalmente) vienen utilizando las infiltraciones locales con corticoides como terapia de la patología articular y periarticular con mucho éxito y de una manera habitual.

Sin embargo, los médicos de atención primaria lo vienen haciendo desde hace menos tiempo (10-15 años); no es una práctica lo suficientemente generalizada a pesar de los beneficios que con ésta se consiguen como la disminución del dolor la recuperación de la funcionalidad, que conlleva a una menor demanda de atención sanitaria en otros niveles, por estos procesos.

La técnica de la infiltración consiste, muy esquemáticamente, en la inyección local a nivel intrarticular o periarticular de un fármaco (glucocorticoide, anestésico local o ambos), con el fin de romper el círculo de dolor, inmovilidad y pérdida funcional. Es un tratamiento sintomático que por sí mismo, y complementándose con otras herramientas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, intenta recuperar la funcionalidad de la un dad articular afectada en el menor tiempo posible.

#### ÁREAS DE MEJORA

Implicar a más profesionales en la consulta/taller de infiltraciones.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Pérdida de habilidades y técnica para realizar infiltraciones

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la asistencia precoz de la patología osteoarticular tributaria de beneficiarse de la técnica de la infiltración.

Fomentar el aprendizaje de los médicos de familia en estas técnicas.

Diminuir o demorar la necesidad de derivar a los pacientes por estas patologías a la consulta de atención especializada.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Presentación del proyecto al resto de los profesionales

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final: 30/06/2022

Responsable.: Cristina Lueza Lampurlanes

2. Captación en la consulta del medico de familia, pacientes que presenten patología a nivel de: Hombro , Codo, Carpo y Mano, Cadera , Rodilla y Pie

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Médicos de familia de Centro de Salud de Barbastro

3. Citar al paciente en la consulta monográfica el tercer jueves de cada mes en la agenda creada para tal fin de reumatología -taller de infiltraciones que se encuentra en OMI-AP

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Médicos de familia de Centro de Salud

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#692

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA MONOGRAFICA DE INFILTRACIONES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

4. Realizar la infiltración en una consulta bajo la supervisión de la Reumatología por el médico de familia

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Dolores Fábregas Canales

5. evaluar el dolor antes/ despues. al 28º día , mediante escala E.V.A.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Médicos de Familia de Centro de Salud

6. evaluar las complicaciones a las 24h. y al 7º día mediante consulta telefonica . y al 28ª de manera presencial

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Ana Arnal Torres

7. evaluar la satisfacción mediante encuesta a las 4 semanas

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Dolores Perez Amaya

8. Sesión de Formación en el Centro de Salud por parte e la Reumatóloga

Fecha inicio: 27/10/2022

Fecha final.: 27/10/2022

Responsable.: Dolores Fábregas Canales

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN:

1.º ;Está usted satisfecho/a con la atención recibida?Sí. /No

2.º ;Qué es lo que más valora?

1. Atención personal

2. Técnica del tratamiento

3. Tiempo de espera

4. Otros factores:

3.º Si lo precisase, ¿repetiría el

tratamiento? Si/No

Complicaciones a evaluar:

Dolor post infiltración. Artropatía esteroidea. Infección articular

Rotura tendinosa. Atrofia cutánea.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Cobertura del taller

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes que se realiza la infiltración.

Que sea mayor del 80%

Denominador .....: Nº de huecos en la agenda.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agenda de OMI-ap. reumatología -infiltraciones dispone de 4 huecos

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 2. Consultas evitadas por esa patología a especializada

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....:

Nº de pacientes infiltrados derivados a especialista(por esa misma patología) en los 6 meses siguientes a la infiltración.

Denominador .....: Nº de pacientes infiltrados.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Interconsultas realizadas a esos pacientes, segun OMI -AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

#### 3. participacion en el taller por los profesionales

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nºde profesionales que realizan infiltraciones.

Denominador .....: Profesionales del centro de salud.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#692

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA MONOGRAFICA DE INFILTRACIONES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: listados de profesionales que trabajan en el centro de salud  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

4. satisfaccion de los usuarios  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes con alto grado de satisfacción.  
Denominador .....: N° Total de pacientes infiltrados.

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: encuesta de satisfacción : mirar las respuestas afirmativas de la pregunta 1 y 3  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. Utilidad del taller de infiltraciones  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes con dolor leve - moderado tras infiltración.  
Denominador .....: N° de pacientes con dolor moderado e intenso  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: escala de valoracion el dolor antes / despues medianet E.V.A  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

6. seguridad del taller de infiltraciones  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes con alguna complicación post infiltración.

Denominador .....: N° Total pacientes infiltrados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de complicaiones tras infiltracion en OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
los indicadores se refieren a la zona básica de salud.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#828

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA Y VISITA PARA VIAJES INTERNACIONALES

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#828 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
JANER SUBIAS ELENA

Título  
ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA Y VISITA PARA VIAJES INTERNACIONALES

Colaboradores/as:  
ABIZANDA GUILLEN ANA MARIA  
BLECUA PORTA CARMEN  
CONDE BARREIRO SANTIAGO  
LASCORZ CORTINA PILAR  
VISTUE TORNIL BEATRIZ

Ubicación principal del proyecto.: CS BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP BARBASTRO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde nuestras consultas de Atención Primaria estamos objetivando un aumento de los viajes internacionales en los últimos meses. Como consecuencia, las consultas de Vacunación Internacional de referencia se ven saturadas, con demoras en las citas de más de 1.5 mes.  
A su vez, la mayoría de los viajeros suelen avisarnos con menos de un mes de antelación al viaje.  
Con este proyecto, queremos asegurar la vacunación en personas viajeras y aumentar la información acerca de la prevención de patología frecuente en viajeros, como malaria o procesos gastrointestinales, para evitar complicaciones posteriores.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Sobrecarga de los centros de Vacunación Internacional.
2. Prevención de la principal patología del viajero.
3. Existencia de regiones donde se practica la Mutilación Genital Femenina (MGF).

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Aumento de los viajes internacionales tras la pandemia.
2. Picaduras de mosquitos como principal vector de transmisión. Contaminación de las aguas.
3. Niñas a las que se les practica la MGF en sus viajes de visita a familiares en regiones de riesgo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Asegurar la vacunación a personas viajeras.
2. Aportar información para la prevención de la principal patología del viajero: consejos generales, diarrea del viajero (consumo de agua embotellada/tratada, tratamiento inicial de la diarrea...), enfermedades transmitidas por mosquitos (repelentes adecuados, barreras, tratamiento oral antipalúdico...).
3. Asegurar la prevención de la MGF.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de una hoja informativa para aquellas personas que van a viajar a destinos de riesgo (Sudamérica, Norte de África, India...).

Fecha inicio: 26/07/2022

Fecha final.: 31/08/2023

Responsable.: Pediatra

2. Visita a familias que muestran su intención de viajar a zonas de riesgo para:

- revisión de la vacunación previa al viaje.  
- vacunación previa al viaje, en caso necesario.

Fecha inicio: 26/07/2022

Fecha final.: 31/08/2023

Responsable.: Enfermera

3. Visita a familias de riesgo para:

- Entrega y explicación de la hoja informativa para prevención de patología del viajero.  
- Entrega y firma de la hoja de compromiso de prevención de la MGF.

Fecha inicio: 26/07/2022

Fecha final.: 31/08/2023

Responsable.: Pediatra

4. Registro en Excel de hojas informativas entregadas.

Fecha inicio: 26/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#828

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE HOJA INFORMATIVA Y VISITA PARA VIAJES INTERNACIONALES

Responsable.: Pediatra

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Población diana

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº pacientes captados

Denominador .....: Nº estimado de población inmigrante(11.28% según el INE)  
x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: INE (Instituto Nacional de Estadística)

Excel (donde registramos las hojas entregadas a familias de riesgo).

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 115.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 115.00

##### 2. Población diana

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº pacientes captados

Denominador .....: Nº estimado de población inmigrante(11.28% según el INE)  
x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: INE (Instituto Nacional de Estadística)

Excel (donde registramos las hojas entregadas a familias de riesgo).

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 115.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 115.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#883

### 1. TÍTULO

#### 12 MESES, 1 OBJETIVO: PROMOCION DE LA SALUD EN BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#883 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
JUEZ JIMENEZ MIGUEL

Título  
12 MESES, 1 OBJETIVO: PROMOCION DE LA SALUD EN BARBASTRO

Colaboradores/as:  
CARDIL FONZ EVA  
CORONAS FUMANAL CONCEPCION  
DELGADO SEVILLA DAVID  
ESCUDEYER CENTELLES ANGEL FRANCISCO  
MIRANDA OLIVAR TRINIDAD  
NOGUERO PUEYO MARTA  
ZARAGOZA BUJ ANGEL

Ubicación principal del proyecto.: CS BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP BARBASTRO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Actualmente y después de 2 años centrados en el diagnóstico, tratamiento y contención de la pandemia covid-19, en los centros de salud y en general en la atención comunitaria debemos continuar el camino que llevábamos en promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la comunidad.

En la actualidad se producen en España más de 125.000 muertes y más de 5 millones de estancias hospitalarias por enfermedades cardiovasculares (ECV) al año.

Es por esto, que nuestra intención desde el Centro de Salud de Barbastro, es reiniciar los proyectos comunitarios de educación y promoción de la salud, para prevenir e intervenir en los hábitos insanos y las enfermedades crónicas más prevalentes, para así, darle a nuestra población herramientas para auto gestionar de manera saludable su propia salud y de esta manera aumentar su tiempo libre de enfermedad y en definitiva mejorar su calidad de vida.

#### ÁREAS DE MEJORA

Pacientes con enfermedades crónicas o hábitos insanos que no tienen la información, los conocimientos o la motivación para mejorar su situación de salud.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Muchos pacientes no acuden al centro de salud o si lo hacen, es para conseguir solucionar un problema (dolor/solución al dolor) y si acuden a otro tipo de instituciones (centros de día, hogar del jubilado, amas de casa, asociaciones vecinales...), en las cuales podemos aprovechar para realizarles actividades para la salud en la comunidad.

Otra causa, es el parón que hemos tenido en cuando a educación, promoción y participación comunitaria por la pandemia

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Enseñar a la población de Barbastro la relación entre los hábitos insanos y sus comorbilidades.

Educar a la población de Barbastro en salud, aportando estrategias y herramientas para reducir las complicaciones de sus enfermedades crónicas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Puesta en común con el personal del centro de salud para explicar y exponer el proyecto, así como, las actividades e intervenciones ligadas a éste.

Fecha inicio: 08/09/2022

Fecha final: 08/09/2022

Responsable.: Miguel Juez

2. Educación y promoción de la salud, mediante educación individual y grupal tanto en el centro de salud como fuera de éste (Centros de día, hogar del jubilado, asociaciones vecinales...)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/09/2023

Responsable.: Miguel Juez

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El proyecto estará formado por 12 partes, 12 meses, cada uno de ellos pertenece a una patología o hábito en el que influiremos: Hipertensión arterial, nutrición y obesidad, ejercicio físico/sedentarismo, hipercolesterolemia/triglicemia, diabetes tipo I, diabetes tipo II, tabaco y alcohol, menopausia, bienestar emocional/gestión de estrés, EPOC, enfermedades cardiovasculares, adherencia al tratamiento.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#883

### 1. TÍTULO

#### 12 MESES, 1 OBJETIVO: PROMOCION DE LA SALUD EN BARBASTRO

Cada mes se trabajarán los temas anteriormente descritos, se expondrá en el centro las intervenciones y estrategias de cada tema para más tarde repartirse el trabajo. Se difundirá la educación para la salud del mes en el que estemos a través de infografías y posters por el centro. También se hará educación grupal (centros de día, hogar del jubilado, amas de casa, cruz roja...) en las cuales hablaremos de porqué aparecen estas enfermedades o que consecuencia tiene el no realizar buenos hábitos en salud y también les daremos información práctica y herramientas para poder realizar una autogestión de su salud (valores de referencia, sintomatología de alarma, ejercicios de rehabilitación o prevención, correcta medicación, dietoterapia adecuada, uso de activos en salud...). Por último, en el día a día se enfatizará en estos contenidos con los pacientes en las consultas, aprovechando que acudan por ese motivo u otros (Por ejemplo: si un paciente acude para curarse una quemadura o por dolor en un pie y es el mes del tabaco, se realizará una intervención breve). Para finalizar, se intentará promover esta educación de la salud también de manera telemática a través de redes sociales (compartiendo infografías sobre patogenia, factores de riesgo, tratamientos, buenos hábitos, falsos mitos...), para poder llegar a todos los perfiles de la población, pero para ello necesitaremos la aprobación desde la institución, el Salud.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Satisfacción con la información recibida

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Encuestas de evaluación y satisfacción tras educación grupal con puntuaciones mayores o iguales a 3

Denominador .....: Número total de valoraciones de 1 a 5

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Las encuestas se valorarán con una escala tipo Likert

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Actividades realizadas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número total de patologías/hábitos abordados

Denominador .....: Número total (12)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: -

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Infografías

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número total absoluto de infografías aportadas en el centro

Denominador .....: -

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: -

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

#### 4. Asistencia de profesionales

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de profesionales que acuden a las sesiones del centro

Denominador .....: Número total de profesionales en el centro

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Control de firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#949

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION DE BENZODIACEPINAS Y DERIVADOS EN PACIENTES CON INSOMNIO DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#949 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CORONAS FUMANAL CONCEPCION

Título  
OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION DE BENZODIACEPINAS Y DERIVADOS EN PACIENTES CON INSOMNIO DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE BARBASTRO

Colaboradores/as:  
BOHORQUEZ BATLLE SOLANGELINA MONTSERRAT  
CASTAÑO DOSTE GUILLERMO MARIA  
CORDOVA MATUTE PAULA  
DELGADO SEVILLA DAVID  
FERNANDO VINUES PABLO JOSE  
MIR CORTES MARIA DEL PILAR  
PUEYO ENRIQUE CONCEPCION

Ubicación principal del proyecto.: CS BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP BARBASTRO

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El sueño es una de las principales funciones fisiológicas del organismo, a través del cual la persona realiza multitud de procesos biológicos, relacionados con la conservación de la energía, eliminación de productos de desecho y regulación metabólica, entre otros.  
La prevalencia estimada de insomnio presenta una gran variabilidad, estableciéndose un rango que abarca del 1% al 48%. Etiológicamente, los factores individuales, sociodemográficos y los hábitos de vida determinan estas cifras de prevalencia y generan una relación estrecha para el desarrollo de síntomas y trastornos relacionados con el sueño.  
No alcanzar un sueño reparador genera un impacto negativo en la vida del paciente, aunque, a priori, la propia persona, los profesionales y la sociedad tienden a banalizar y aceptar los síntomas que de ello se derivan. Una de las principales líneas de tratamiento para el insomnio es la terapia farmacológica liderada por la prescripción de benzodiazepinas y derivados; la cual no está exenta de riesgos ni de complicaciones (dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia, riesgo de caídas o alteraciones cognitivas entre otras). Además, a menudo, esta prescripción no se acompaña de estrategias no farmacológicas.  
La educación para la salud en estrategias no farmacológicas debería constituir una línea prioritaria de tratamiento para el insomnio, lo que permitiría alcanzar una mayor optimización en el uso de benzodiazepinas y derivados.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Se ha objetivado una prescripción inadecuada de benzodiazepinas y derivados en los pacientes con insomnio de la Zona Básica de Salud de Barbastro.
2. Inexistencia de un programa de estrategias no farmacológicas para el tratamiento del insomnio en la Zona Básica de Salud de Barbastro.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de formación y concienciación por parte de los profesionales sanitarios en los hábitos de higiene del sueño y escaso desarrollo de estrategias no farmacológicas.  
Bajo seguimiento del tratamiento farmacológico de los pacientes con insomnio.  
Normalización del insomnio por parte del paciente y su entorno.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Optimizar la prescripción y el consumo de benzodiazepinas y derivados en pacientes con insomnio de la Zona Básica de Salud de Barbastro mediante el desarrollo de estrategias no farmacológicas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Actividad 1: Creación de base de datos y primera exploración de datos de pacientes con diagnóstico de insomnio y con tratamiento activo de benzodiazepinas y/o derivados.

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 15/08/2022  
Responsable.: Paula Córdova.

2. Actividad 2: Presentación del proyecto de calidad en sesión clínica para la optimización en la prescripción de benzodiazepinas a todo el equipo de Atención Primaria del Centro de Salud Barbastro.

Fecha inicio: 14/09/2022  
Fecha final.: 14/09/2022  
Responsable.: Guillermo Castaño y Paula Córdova

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#949

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION DE BENZODIACEPINAS Y DERIVADOS EN PACIENTES CON INSOMNIO DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE BARBASTRO

3. Actividad 3: Preparación y elaboración de material a impartir durante las sesiones sobre el sueño e insomnio dirigido a los pacientes. Planificación de calendario y contenido.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Concepción Coronas y Pilar Mir

4. Actividad 4: Campaña de difusión y captación de la población susceptible de beneficio de este programa. Elaboración de cartelería, trípticos informativos, RRSS y captación directa y activa en consulta

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: David Delgado, Guillermo Castaño, Sol Bohorquez y Conchi Pueyo

5. Actividad 5: Puesta en marcha del proyecto educativo.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Pablo Fernando y Sol Bohorquez

6. Actividad 6: Recogida de datos de la intervención educativa. Realización de 4 cortes transversales de toma de datos: al inicio, al finalizar, al mes y a los 3 meses tras actividad.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Pilar Mir y David Delgado

7. Actividad 7: Análisis de resultados y difusión de resultados obtenidos tras la realización del programa.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Paula Córdova y Concepción Pueyo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Deprescripción de benzodiazepinas en insomnio.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: pacientes incluidos que finalizan la intervención con retirada de prescripción de benzodiazepinas y/o derivados por insomnio.

Denominador .....: número total de pacientes que finalizan la intervención.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP y sistema de ayuda a la prescripción

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. Disminución de consumo de benzodiazepinas en el insomnio.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: pacientes incluidos en la intervención con disminución de consumo de benzodiazepinas y/o derivados por insomnio.

Denominador .....: número total de pacientes incluidos en la intervención.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Entrevista verbal al paciente y diario de consumo.

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Participación y seguimiento de pacientes durante el programa.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: pacientes que han finalizado la intervención no farmacológica para el tratamiento del insomnio.

Denominador .....: lista de asistencia al taller educativo.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Lista de asistencia al taller educativo.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Satisfacción de los pacientes tras la realización de la intervención.

Tipo de indicador: Alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#949

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION DE BENZODIACEPINAS Y DERIVADOS EN PACIENTES CON INSOMNIO DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE BARBASTRO

Numerador .....: número de pacientes incluidos en la intervención que han otorgado un valor superior o igual a 4 sobre escala Likert de 5 puntos.

Denominador .....: número total de pacientes que han finalizado la intervención.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro en papel al finalizar la intervención.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Mejora de la calidad del sueño.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: pacientes que han mejorado su calidad del sueño tras la intervención.

Denominador .....: número total de pacientes que han finalizado la intervención.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionario Oviedo de Calidad del Sueño (COS).

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1237

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 06/08/2022

Nº de registro: 2022#1237 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CITOLER PEREZ FCO. JAVIER

Título  
PROYECTO DE MEJORA EN DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Colaboradores/as:  
ACIN PUEYO INES  
ALQUEZAR LABAD MARIA LUISA  
CODINA MARCET M. ASUNCION  
DEL POZO RUIZ JUAN LUIS  
LATORRE AGUILAR IGNACIO  
NICOLAS ALBA MARIA JOSE  
PINILLA GARCIA LYDIA

Ubicación principal del proyecto.: CS BENABARRE

Servicio/Unidad principal .....: EAP BENEBARRE

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La prevalencia de la EPOC en nuestro país se estima en torno al 10% de la población > 40 años (22% en >70 años); de ellos, únicamente el 27% está diagnosticado (estudio EPI-SCAN). La situación de pandemia vivida en los 2 últimos años ha provocado brusco descenso de los indicadores utilizados para el seguimiento de esta patología ya de por sí históricamente bajos: Prevalencia registrada en nuestra zona inferior al 1% e indicadores de seguimiento de la EPOC muy bajos ("Control de síntomas respiratorios", "Higiene vías aéreas"...etc.). De igual forma el descenso en la realización de espirometrías, tanto en AP como en nivel hospitalario, por las limitaciones impuestas a esta técnica diagnóstica durante la pandemia, ha profundizado la herida provocando mayor infradiagnóstico y tasas de prevalencia registrada extraordinariamente bajas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se pretende restablecer la actividad de la consulta de espirometrías con especial atención a la realización de dicha exploración al mayor número posible de pacientes > de 40 años con episodio de tabaquismo en su historia clínica.

Incremento de conocimientos del personal sanitario en relación a la EPOC mediante la realización de sesiones clínicas. Incremento de habilidades en el uso de los distintos dispositivos prescritos a pacientes EPOC.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La situación de pandemia, y las limitaciones impuestas, ha propiciado sensible deterioro, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de estos pacientes que ahora pretendemos revertir.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Incrementar prevalencia registrada de EPOC en nuestra zona hasta un valor mínimo del 4% a finales 2023 (actual < al 1%). Actuación sobre población con edades entre 40 y 79 años, con episodio de tabaquismo en su historia o sintomatología compatible EPOC. Objetivo intermedio, indicador de alcance, 2% a finales de 2022.

Porcentaje mínimo del 90% de paciente EPOC mayores de 40 años con correcta valoración de "síntomas respiratorios" y seguimiento "higiene vías aéreas" a finales de 2023. Objetivo intermedio, indicador de alcance, 40% a finales 2022.

Mejorar habilidades en diagnóstico y tratamiento de los profesionales del centro de salud así como mejorar habilidades de utilización de dispositivos prescritos a pacientes EPOC.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reactivación postpandemia de la consulta de espirometrías.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Mireya Codina Marcet y Marisa Alquezar Labad

2. Una sesión clínica sobre formación en EPOC/ espirometría en 4º trimestre 2022

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: F Javier Citoler Perez

3. Dos sesiones clínicas de refresco sobre EPOC a lo largo del año 2023 para profesionales (una por semestre)

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Juan Luis del Pozo Ruiz

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1237

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

4. Tres sesiones grupales, para pacientes con diagnóstico de EPOC, al objeto de valorar uso correcto de inhaladores. Una en el cuarto trimestre 2022, dos a lo largo del 2023 (una por semestre).

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Ignacio Latorre, Ines Acin, M<sup>a</sup> José Nicolas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se pretende la implicación de todos los profesionales del centro de salud al objeto de lograr y superar los objetivos planteados.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Prevalencia EPOC

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico EPOC (R95) y algún registro en el periodo a evaluar

Denominador .....: Población (TIS) de la zona entre 40 y 79 años de edad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-CM

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 6.00

##### 2. EPOC-Sintomas respiratorios

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el denominador con al menos un registro en el DGP "CRESPER" en el periodo en evaluación.

Denominador .....: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R%) y algún registro en el periodo a evaluar

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-CM

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. EPOC\_Higiene de vías aéreas.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el denominador con al menos un registro en los DGP LIMPIEZA INEFICAZ VIAS AEREAS y MANEJO VIAS AEREAS en el periodo de evaluación

Denominador .....: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R 95) y algún registro en el periodo a evaluar

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-CM

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 4. Sesiones clínicas para profesionales

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Numero de profesionales en tareas asistenciales del centro de salud que acuden a las sesiones programadas

Denominador .....: Numero de profesionales en tareas asistenciales del centro de salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 5. Sesiones grupales para pacientes

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Numero de pacientes incluidos en el programa (con episodio EPOC en OMI) que mejoran habilidades de uso de dispositivo.

Denominador .....: Numero de pacientes incluidos en el programa (con episodio de EPOC en OMI)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro asistencia. Evaluación incremento conocimientos mediante test pre y post actividades grupales. Valoración errores cometidos en el uso de dispositivos por los pacientes.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1237

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

La población a la que se realiza el estudio es la población de la zona de salud de Benabarre (sector Barbastro) con la implicación de los profesionales del centro de salud.

Se pretende que, a la finalización del proyecto, al menos el 80% de los pacientes del programa hayan incrementado sus conocimientos y habilidades en el uso del dispositivo asignado: test de valoración de conocimientos pre y post formación grupal, número de errores cometidos en el uso del dispositivo prescrito antes de la primera sesión grupal y al finalizar las sesiones grupales ( a valorar por enfermería en consulta de seguimiento individual a las tres semanas y a los tres meses tras la ultima sesión grupal).

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#41

### 1. TÍTULO

#### CUIDATE PARA CUIDAR

Fecha de entrada: 03/06/2022

Nº de registro: 2022#41 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PASCUAL DENA SOFIA

Título  
CUIDATE PARA CUIDAR

Colaboradores/as:  
ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO  
CABREO CALVO MARIA CARMEN  
LAPLAZA ARA SONIA  
LOPEZ ALONSO M. ANGELES  
NICULAU OANA ADRIANA  
SALINAS GISTAU ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS BERBEGAL

Servicio/Unidad principal .....: EAP BERBEGAL

Línea estratégica: Atención Comunitaria

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
DEBIDO AL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION Y EL AUMENTO DE PACIENTES DEPENDIENTES, LOS CUALES REQUIEREN CUIDADOS Y UNA ATENCION INTEGRAL POR PARTE DE UN CUIDADOR SERIA NECESARIO REFORZAR LA EDUCACION SANITARIA PARA EL CUIDADOR.

ÁREAS DE MEJORA  
APORTAR UNA INFORMACION INTEGRAL PARA LOS CUIDADOS DEL PACIENTE DEPENDIENTE.

ANALISIS DE CAUSAS  
ATENDEMOS A UNA POBLACION ENVEJECIDA CON UNA GRAN DEPENDENCIA Y NECESIDAD DE CUIDADOS , Y LA MAYORIA DE ESTOS SE REALIZAN A CARGO DE UN CUIDADOR.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
CONOCER Y PREVENIR LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR.  
MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA.  
MEJORAR LA ATENCION A LOS PACIENTES DEPENDIENTES.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. REALIZAR UNA ENCUESTA EN LA CUAL LOS CUIDADORES NOS PUEDAN TRASMITIR SUS INQUIETUDES Y PROBLEMAS.

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: SOFIA PASCUAL DENA

2. REALIZAR UNA ENCUESTA PARA CONOCER EL GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: SOFIA PASCUAL DENA

3. ANALIZAR DICHAS ENCUESTAS Y CREAR UN TRIPTICO INFORMATIVO

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: SOFIA PASCUAL DENA

4. PROPORCIONAR INFORMACION DIRIGIDA Y PERSONALIZADA A CADA CUIDADOR

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: SOFIA PASCUAL DENA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. MEJORAR RESULTADO ESCALA ZARIT

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: PORCENTAJE DE ZARIT PATOLOGICO  
Denominador .....: PORCENTAJE TOTAL DE ZARIT REALIZADOS

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#41

### 1. TÍTULO

#### CUIDATE PARA CUIDAR

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: ENCUESTAS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 37.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 78.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> POBLACION CON BUENA CALIDAD DE VIDA QUE REALIZAN UN TRABAJO DE CUIDADOR

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#52

### 1. TÍTULO

#### CAMINANDO POR LA SALUD

Fecha de entrada: 06/06/2022

Nº de registro: 2022#52 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAPLAZA ARA SONIA

Título  
CAMINANDO POR LA SALUD

Colaboradores/as:  
ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO  
BORRUEL CALZADA TERESA  
BORRUEL MOREU MARIA CARMEN  
LOPEZ ALONSO M. ANGELES  
NICULAU OANA ADRIANA  
PASCUAL DENA SOFIA

Ubicación principal del proyecto.: CS BERBEGAL

Servicio/Unidad principal .....: EAP BERBEGAL

Línea estratégica: Atención Comunitaria

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
DEBIDO AL ENVEJECIMIENTO DE NUESTRA POBLACION , TRAS OBSERVAR EN CONSULTA Y SOBRETUDO TRAS ESTOS AÑOS DE PANDEMIA COVID, MUCHOS DE NUESTROS PACIENTES SE HAN AISLADO EN SU DOMICILIO Y HAN IDO PERDIENDO EL HABITO DE SALIR, REALIZAR EJERCICIO FISICO Y SOCIALIZAR. EL PROYECTO CONSISTIRA EN REALIZAR RUTAS CAMINANDO ALREDEDOR DE LOS PRINCIPALES PUEBLOS DE NUESTRA ZONA; EN SESIONES QUINCENALES DE 45-60 MIN DE DURACION.

#### ÁREAS DE MEJORA

- MEJORAR SU GRADO DE ACTIVIDAD FISICA Y HABITOS DE VIDA.
- PREVENCION DE AISLAMIENTO SOCIAL O POSIBLES DEPRESIONES.
- REDUCIR RIESGO CARDIOVASCULAR.

#### ANALISIS DE CAUSAS

DEBIDO AL ENVEJECIMIENTO Y A LA PANDEMIA, LOS PACIENTES MAYORES CADA VEZ SE HAN AISLADO MAS EN EL DOMICILIO Y ESTAN EN RIESGO DE AISLAMIENTO SOCIAL. TAMBIEN SE HA OBSERVADO UNA DISMINUCION DE LA ACTIVIDAD FISICA, AUMENTANDO LAS DEMANDAS EN CONSULTA POR VARIOS TIPOS DE DOLOR.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

LAS ACTIVIDADES VAN ENFOCADAS SOBRETUDO A PERSONAS MAYORES CON RIESGO DE AISLAMIENTO SOCIAL. DENTRO DEL GRUPO HABRA DOS RESPONSABLES DEL CENTRO DE SALUD QUE ACOMPAÑARAN A LOS VECINOS EN LAS CAMINATAS. SE INTENTARÁ MEJORAR LA FORMA FISICA Y LA SOCIALIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - SE REALIZA CAPTACION ACTIVA DESDE LOS CONSULTORIOS.

Fecha inicio: 15/06/2022  
Fecha final.: 01/07/2023  
Responsable.: SONIA LAPLAZA ARA

2. - INFORMAR DE LAS CAMINATAS MEDIANTE CARTELES Y PREGONES DESDE LOS AYUNTAMIENTOS.

Fecha inicio: 15/06/2022  
Fecha final.: 01/07/2023  
Responsable.: SONIA LAPLAZA ARA

3. - REALIZAR CAMINATAS DE FORMA QUINCENAL ,LOS MIERCOLES DE 8.30-9.30H

Fecha inicio: 06/07/2022  
Fecha final.: 01/10/2023  
Responsable.: SONIA LAPLAZA ARA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. - SE VALORA LA SATISFACCION DE LOS PACIENTES

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: NUMERO DE PERSONAS SATISFECHAS CON LA ACTIVIDAD  
Denominador .....: NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE HAN REALIZADO LAS CAMINATAS  
x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#52

### 1. TÍTULO

#### CAMINANDO POR LA SALUD

Fuentes de datos.: ENCUESTAS SATISFACCION Y DATOS OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

2. - SE VALORA LA DISMINUCION DE LA DEMANDA EN CONSULTA EN REFERENCIA AL GRADO DEL DOLOR  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: NUMERO DE PERSONAS SATISFECHAS CON LA ACTIVIDAD  
Denominador .....: NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE HAN REALIZADO LAS CAMINATAS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: ENCUESTAS SATISFACCION Y DATOS OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

3. - SE VALORA ESTADO FISICO, MEJORIA SUBJETIVA Y MEJORA DATOS CLINICOS (TA, PESO...)  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: NUMERO DE PERSONAS SATISFECHAS CON LA ACTIVIDAD  
Denominador .....: NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE HAN REALIZADO LAS CAMINATAS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: ENCUESTAS SATISFACCION Y DATOS OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> AISLAMIENTO SOCIAL Y SEDENTARISMO

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#243

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA A PROFESIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#243 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NADAL BLANCO BEGOÑA

Título  
ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA A PROFESIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR

Colaboradores/as:  
CASTILLO CORRALES MARIA DE LOS ANGELES  
GARCIA FERRER SARA  
GARCIA PERERA MARIA PILAR  
MORALES CUELLO ELSA  
TERUEL IBARZ ANA SONIA

Ubicación principal del proyecto.: CS BINEFAR

Servicio/Unidad principal .....: EAP BINEFAR

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el EAP del CS Binéfar se dispone de un manual de acogida desactualizado desde el año 2012. Los EAP son estructuras dinámicas con profesionales que se van trasladando. Esta movilidad del personal obliga a disponer de adecuados protocolos actualizados de acogida para orientarles en todo lo referente a equipación metodológica de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos y, en conclusión, acompañar al nuevo profesional, bien sea de plantilla, sustituto, residente o estudiante en prácticas; para que de este modo su trabajo redunde en prestar una óptima asistencia a pacientes y usuarios. En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan, la integración del personal de nueva incorporación contribuyendo a la satisfacción laboral, la integración en el equipo a la par que sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Adecuación de la acogida al centro a nuevas incorporaciones.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Manual del centro actual: 2012 (desactualizado)

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Lograr mayor conocimiento sobre estructura, procesos administrativos, asistenciales, así como funciones del equipo.

- Mejorar la calidad asistencial, disminuir la ansiedad del nuevo profesional y favorecer la función asistencial de cada profesional.
- Aportar mayor conocimiento sobre la consulta CARE: gestión a la demanda inmediata en la atención primaria.
- Proporcionar información específica sobre la consulta de pediatría y el programa del niño sano, reduciendo la inseguridad del personal sanitario.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Actualizar el manual de acogida, que aporta información detallada en todo lo referente a equipación, metodología de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos, estructura del equipo...

Fecha inicio: 27/06/2022

Fecha final.: 27/06/2023

Responsable.: SARA GARCIA

2. Idear un registro de entrada del manual a los profesionales que se han incorporado al EAP de Binéfar en el año 2022

por periodos de trabajo o formativos

Fecha inicio: 27/06/2022

Fecha final.: 27/06/2023

Responsable.: BEGOÑA NADAL

3. Designar unos responsables de referencia que se encarguen de dar el manual, encuestas y la información que

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#243

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA A PROFESIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR

le sea necesaria  
Fecha inicio: 27/06/2022  
Fecha final.: 27/06/2023  
Responsable.: ELSA MORALES

4. Establecer un cuestionario de satisfacción. La encuesta constara de un apartado de observaciones en el que nos puedan hacer sugerencias de mejora.  
Fecha inicio: 27/06/2022  
Fecha final.: 27/06/2023  
Responsable.: SONIA TERUEL

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de nuevos profesionales a los que se entrega el manual de acogida  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: (numero de profesionales a los que se ha proporcionado el protocolo de acogida/ con relación a los profesionales recién incorporados) por 100, resultado esperado de 95%.  
Denominador .....: (numero de profesionales a los que se ha proporcionado el protocolo de acogida/ con relación a los profesionales recién incorporados) por 100, resultado esperado de 95%.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Manuales anteriores y de otros centros.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. Porcentaje de nuevos profesionales que rellenen la encuesta  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: (número de profesionales a los que se ha proporcionado el protocolo de acogida/ con relación a los profesionales que han rellenado la encuesta) por 100, resultado esperado de 75%.  
Denominador .....: (número de profesionales a los que se ha proporcionado el protocolo de acogida/ con relación a los profesionales que han rellenado la encuesta) por 100, resultado esperado de 75%.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Manuales anteriores y de otros centros.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

3. Porcentaje de nuevos profesionales a los que el documento les ha resultado útil  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: (numero de profesionales a los que se ha proporcionado el protocolo de acogida/ con relación a los profesionales que les ha resultado útil) por 100, resultado esperado 70%  
Denominador .....: (numero de profesionales a los que se ha proporcionado el protocolo de acogida/ con relación a los profesionales que les ha resultado útil) por 100, resultado esperado 70%  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Manuales anteriores y de otros centros.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: --Otros--> No se relaciona con patologías.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#243

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA A PROFESIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1007

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE PROTOCOLO DE ATENCION AL PACIENTE INMIGRANTE NO FILIADO

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#1007 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ROMERO NEVADO FERMIN

Título  
CREACCION DE PROTOCOLO DE ATENCION AL PACIENTE INMIGRANTE NO FILIADO

Colaboradores/as:  
BAJEN LAZARO RAFAEL MARIA VICENTE  
CASTRO CUBERO ROSA MARIA  
GARCIA FERRER SARA  
GUTIERREZ MARTINEZ SANTIAGO JAVIER  
LORDAN IBARZ MARIA GORETTI  
NADAL BLANCO BEGOÑA  
PUYOL RAMI M.ESMERALDA

Ubicación principal del proyecto.: CS BINEFAR

Servicio/Unidad principal .....: EAP BINEFAR

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la ciudad de Binefar se ha producido un incremento exponencial de la población de origen inmigrante con la creación de nuevas industrias carnicas que precisan de un aporte de mano de obra suplementario . Muchos de estos pacientes son inmigrantes y desconocemos su estado de salud dado el rango de edad que poseen y la ausencia de patología evidente en los mismos. Realizar una búsqueda activa del estado de salud de aquellos pacientes que se dan de alta en nuestro centro de cara a mejorar la detección y prevención de posibles patologías derivadas gracias a la implementación, consensuada por el equipo de un protocolo de atención al paciente inmigrante en el que se integren estas detecciones en forma de ítems a completar dentro de su historia sanitaria. Hasta la fecha no ha sido ni realizado ni consensuado con lo que la participación y cumplimentación de dicho protocolo por parte del equipo estaría asegurada lo que conllevaría la mejora de la atención sanitaria a dicho colectivo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Infradiagnóstico y desconocimiento de presencia de enfermedades en fases asintomáticas dada la juventud y el no estudio previo sobre una población con escasa cobertura sanitaria previa, asintomática y cuya principal preocupación es trabajar para subsistir y conseguir una mejora del nivel de vida que hasta el momento poseían. Impedir la extensión de enfermedades en el caso de que puedan ser transmisibles.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Grupo de población cuyo estado de salud no está entre sus valores de mejora principales por lo que no demanda atención preventiva y solamente consulta en el momento de presentar sintomatología presentando estados avanzados de enfermedad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Detección de posibles enfermedades asintomáticas en pacientes inmigrantes no estudiados previamente. Evitar la aparición de sintomatología y progresión de la patología. Evitar la posible propagación de enfermedades transmisibles.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión del equipo Medicina-Enfermería para consensuar y elaborar un protocolo de actuación estudiando las posibilidades. Establecer un calendario de implementación del protocolo y cronograma.

Fecha inicio: 29/09/2022

Fecha final.: 06/10/2022

Responsable.: FERMIN ROMERO NEVADO

2. Reunión del equipo Asistencial-administración para elaborar agenda de citación de dichos pacientes.

Fecha inicio: 13/10/2022

Fecha final.: 20/10/2022

Responsable.: FERMIN ROMERO NEVADO

3. Reunión del equipo asistencial para valorar posibles fallos y correcciones de los mismos.

Fecha inicio: 08/12/2022

Fecha final.: 08/12/2022

Responsable.: FERMIN ROMERO NEVADO

4. Valoración de resultados y cobertura asistencial, cumplimentación.

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 15/06/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1007

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE PROTOCOLO DE ATENCION AL PACIENTE INMIGRANTE NO FILIADO

Responsable.: FERMIN ROMERO NEVADO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Numero de historias abiertas con protocolo relleno

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de historias con protocolo cumplimentado

Denominador .....: Numero de pacientes citados en agenda acogida inmigrante

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Historia clinica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. numero de pacientes derivados a consulta acogida al inmigrante

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: numero de pacientes derivados a consulta acogida al inmigrante

Denominador .....: Numero de nuevos inmigrantes dados de alta en el centro.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clinica

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1055

### 1. TÍTULO

#### CREACION DEL PROTOCOLO DE ATENCION AL NIÑO INMIGRANTE EN EL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1055 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MORALES CUELLO ELSA

Título  
CREACION DEL PROTOCOLO DE ATENCION AL NIÑO INMIGRANTE EN EL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR

Colaboradores/as:  
ALLUE GAVIN BLANCA  
CASTRO BARANGUAN MARIA LUISA  
GARCIA PERERA MARIA PILAR  
LORDAN IBARZ MARIA GORETTI  
ROMERO NEVADO FERMIN  
SALCAU SALCAU EMANUELA  
VICENTE COSTA SARA

Ubicación principal del proyecto.: CS BINEFAR

Servicio/Unidad principal .....: EAP BINEFAR

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la ciudad de Binéfar se ha producido un incremento exponencial de la población de origen inmigrante con la creación de nuevas industrias cárnicas que precisan de un aporte de mano de obra suplementario. Muchos de estas personas son inmigrantes que vienen acompañados de toda su familia y desconocemos su estado de salud dado el rango de edad que poseen y la ausencia de patología evidente en los mismos, por lo que es necesario la captación de los niños entre 0-14 años para actualizar su calendario vacunal e incluirlos en el programa del niño sano. Realizar una búsqueda activa del estado de salud de aquellos pacientes que se dan de alta en nuestro centro de cara a mejorar la detección y prevención de posibles patologías derivadas gracias a la implementación, consensuada por el equipo de un protocolo de atención al paciente inmigrante en el que se integren estas detecciones en forma de ítems a completar dentro de su historia sanitaria. Hasta la fecha no ha sido ni realizado ni consensuado con lo que la participación y cumplimentación de dicho protocolo por parte del equipo estaría asegurada lo que conllevaría la mejora de la atención sanitaria a dicho colectivo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Infradiagnóstico y desconocimiento de presencia de enfermedades en fases asintomáticas dada a la escasa cobertura sanitaria previa, y el desconocimiento de signos o síntomas por parte de los padres. Impedir la extensión de enfermedades en el caso de que puedan ser transmisibles. Actualización de calendario de vacunación y realización de revisiones del niño sano según la edad.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Ante la llegada de niños inmigrantes con una atención sanitaria deficitaria en su país de origen, consideramos muy importante captar a todos ellos para que tengan la misma asistencia sanitaria que los niños de aquí, lo que incluye actualización de calendario vacunal y revisiones del niño sano.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Detección de posibles enfermedades asintomáticas en pacientes inmigrantes no estudiados previamente. Evitar la aparición de sintomatología y progresión de la patología. Evitar la posible propagación enfermedades transmisibles. Actualización de calendario de vacunación y realización de revisiones del niño sano según la edad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión del equipo Medicina-Enfermería para consensuar y elaborar un protocolo de actuación estudiando las posibilidades. Establecer un calendario de implementación del protocolo y cronograma.

Fecha inicio: 29/09/22

Fecha final.: 06/10/22

Responsable.: Elsa Morales Cuello

2. Reunión de equipo asistencial - administración para elaborar agenda de citación de dichos pacientes.

Fecha inicio: 13/10/22

Fecha final.: 20/10/22

Responsable.: Elsa Morales Cuello

3. Reunión del equipo asistencial para valorar posibles fallos y correcciones de los mismos.

Fecha inicio: 08/12/22

Fecha final.: 08/12/22

Responsable.: Elsa Morales Cuello



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1055

### 1. TÍTULO

#### CREACION DEL PROTOCOLO DE ATENCION AL NIÑO INMIGRANTE EN EL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR

4. Valoración de resultados y cobertura asistencial, cumplimentación.

Fecha inicio: 01/06/23

Fecha final.: 15/06/23

Responsable.: Elsa Morales Cuello

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de historias abiertas con protocolo relleno

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de historias con protocolo cumplimentado

Denominador .....: Número de pacientes citados en agenda acogida inmigrante

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clinica

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Numero de pacientes derivados a consulta acogida al inmigrante

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de pacientes derivados a consulta de acogida al inmigrante

Denominador .....: Numero de nuevos inmigrantes dados de alta en el centro

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#123

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE RCP BASICA Y ATRAGANTAMIENTO PARA LOS ALUMNOS DEL COLEGIO DE PRIMARIA DE BENASQUE CURSOS 5º Y 6º Y COLEGIO FRANCES DE LUCHON

Fecha de entrada: 15/06/2022

Nº de registro: 2022#123 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA

Título  
TALLER DE RCP BASICA Y ATRAGANTAMIENTO PARA LOS ALUMNOS DEL COLEGIO DE PRIMARIA DE BENASQUE CURSOS 5º Y 6º Y COLEGIO FRANCES DE LUCHON

Colaboradores/as:  
ABADIA PUYUELO ALVARO  
CASAS AGUSTENCH NURIA  
FRANCO ANGUSTO MARIA REYES  
GARCIA SANJUAN MARIA GEMA  
GRACIA IBÁÑEZ ANA

Ubicación principal del proyecto.: CS CASTEJON DE SOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP CASTEJON DE SOS

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Motivados por el intercambio que se realiza anualmente con el colegio de Luchón en Francia, y aprovechando las jornadas de talleres del Colegio de Primaria de Benasque, solicitan desde el Colegio personal voluntario sanitario para impartir formación relacionada con la salud.

Este año, nos gustaría incluir además de los niños de Primaria al profesorado, junto con los niños franceses y su profesorado, añadiendo el jandicap del idioma, y asesorados y ayudados por la profesora de francés del Colegio de Benasque.

#### ÁREAS DE MEJORA

Durante las atenciones sanitarias, se objetiva continuamente el desconocimiento de actuación ante situaciones urgentes y/o que precisen atención.

Los alumnos de Primaria, son grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, por lo que es de gran importancia que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La Estadística en su último informe, sitúa a la enfermedad isquémica del corazón como primera causa de muerte en España. La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes cada año, y la mayoría se producen en ámbito extrahospitalario.

Nos encontramos en zonas rurales con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas puede resultar de vital importancia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Implicar a la población en los procesos asistenciales, tanto niños españoles como franceses llevando a cabo el taller de manera bilingüe.

Implicar a los distintos profesionales sanitarios y en especial al profesorado, consiguiendo una mayor satisfacción y seguridad de todos.

Proporcionar conocimientos y habilidades necesarias para cada caso.

Mejorar la calidad asistencial, consiguiendo actuaciones correctas desde el inicio.

Aumentar la seguridad del usuario previniendo accidentes propios de la infancia.

Aumentar los recursos y destrezas tanto individuales como grupales a través de los talleres.

Aumentar la satisfacción de alumnos y profesorado.

Dar a conocer al alumnado francés el trabajo realizado por los sanitarios.

Proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias para la atención de la parada cardíaca y primeros auxilios por parte de los alumnos y profesorado tanto francés como español.

Aumentar los recursos y destrezas tanto individuales como grupales a través de los talleres .

Familiarizarnos con las situaciones de los temas tratados disminuyendo el temor ante las mismas.

Aumentar supervivencia en caso de parada.

Asentar conocimientos básicos de primeros auxilios.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Designar responsables.

Formar grupo de trabajo para desarrollar los talleres.

Fecha inicio: 09/05/2022

Fecha final.: 09/05/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#123

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE RCP BASICA Y ATRAGANTAMIENTO PARA LOS ALUMNOS DEL COLEGIO DE PRIMARIA DE BENASQUE CURSOS 5º Y 6º Y COLEGIO FRANCÉS DE LUCHON

Responsable.: M<sup>a</sup> Eugenia Castillo

2. Comunicar en reunión del C. S. Castejón de Sos los talleres a desarrollar.

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 20/06/2022

Responsable.: Reyes Franco

3. Verificar la implicación tanto de sanitarios como de profesorado y alumnado.

Fecha inicio: 05/12/2022

Fecha final.: 05/12/2022

Responsable.: Gema García

4. Coordinar con profesorado y dirección del centro educativo para la impartición de los talleres.

Coordinar con Colegio francés los talleres a realizar.

Fecha inicio: 16/05/2022

Fecha final.: 16/05/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Eugenia Castillo

5.

Preparar temario adecuándolo a las distintas edades del alumnado de manera bilingüe, asesorados por profesorado de francés.

Fecha inicio: 05/12/2022

Fecha final.: 05/12/2022

Responsable.: Todos

6. Realizar preguntas al inicio del taller relacionadas con RCP y al finalizar para determinar conocimientos previos y post formación al terminar talleres para determinar el aprovechamiento de la actividad

Fecha inicio: 26/12/2022

Fecha final.: 26/12/2022

Responsable.: Responsable del taller

7. Realización de casos prácticos para valorar conocimientos.

Fecha inicio: 13/06/2022

Fecha final.:

Responsable.: Responsable del taller

8. Valorar la metodología utilizada en los distintos cursos.

Fecha inicio: 26/12/2022

Fecha final.: 26/12/2022

Responsable.: Alvaro Abadias

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Preguntas realizadas durante el caso clínico para valorar aprovechamiento taller

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° respuestas que demuestran qué han aprendido

Denominador .....: N° de preguntas total

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Caso clínico

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Talleres realizados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de talleres realizados

Denominador .....: N° talleres programados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Talleres realizados

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#123

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE RCP BASICA Y ATRAGANTAMIENTO PARA LOS ALUMNOS DEL COLEGIO DE PRIMARIA DE BENASQUE CURSOS 5º Y 6º Y COLEGIO FRANCÉS DE LUCHON

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#278

### 1. TÍTULO

#### RETOMANDO RETOS: COMPARTIENDO NUESTRO TIEMPO. FOMENTO DE LA INTERACCION ENTRE ANCIANOS RESIDENTES Y ESCOLARES, PROMOVRIENDO VALORES A TRAVES DE ACTIVIDADES CONJUNTAS PROGRAMADAS PERIODICAMENTE

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#278 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALONSO BERGES RAQUEL

Título  
RETOMANDO RETOS: COMPARTIENDO NUESTRO TIEMPO. FOMENTO DE LA INTERACCION ENTRE ANCIANOS RESIDENTES Y ESCOLARES, PROMOVRIENDO VALORES A TRAVES DE ACTIVIDADES CONJUNTAS PROGRAMADAS PERIODICAMENTE

Colaboradores/as:  
BERZAL DE GRACIA MARIA PILAR  
GARCIA SANJUAN MARIA GEMA  
GUILLEN PEREZ MONTSERRAT  
YSEBIE RONSE ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: CS CASTEJON DE SOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP CASTEJON DE SOS

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el año 2019 iniciamos un Proyecto Comunitario junto con Residencia de ancianos, Servicios sociales, Colegio, Instituto, Ayuntamiento, Centro de salud y Voluntarios. Nuestro Centro de Salud tiene una ubicación excepcional puesto que comparten espacios muy proximos y visibles entre ellos. La idea fué poner en valor la proximidad física de estos entornos para realizar actividades conjuntas de las que se beneficiarían mutuamente. El proyecto se desarrolló con muy buena acogida pero debido a la pandemia tuvo que paralizarse. Consideramos que este es un buen momento para volver a retomar el contacto y reactivar el proyecto.

#### ÁREAS DE MEJORA

Fomentar el bienestar físico y mental del los ancianos de la residencia de Castejon de sos. El proyecto va dirigido a personas especialmente vulnerables como son los residentes pero indirectamente se implica a jóvenes, escolares, adultos voluntarios y personal sociosanitario, docente y del ayuntamiento de la localidad.

#### ANALISIS DE CAUSAS

se partió de las necesidades sentidas de la residencia de ancianos. Los residentes disponen de mucho tiempo libre, muchos permanecen inactivos y puede acentuar su sentimiento de tristeza y soledad que repercute negativamente en su salud

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Aumentar y estimular la actividad física y agilidad ental de las personas mayores. Mejorar la calidad de vida y bienestar emocional. Fomentar en escolares y jovenes valores como el compromiso, respeto y empatia hacia los mayores. Colaboración en el proyecto del profesorado del colegio e instituto así como de otros profesionales y voluntarios creando vinculos positivos para todos. Realización de actividades conjuntas en un espacio con interacción mutua . El aprendizaje es bidireccional; los niños aprenden de la diversidad, los ancianos disfrutan con la presencia de los niños. Contribuir a que la residencia , el colegio y el instituto sea un entorno más saludable

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Búsqueda y recopilación de entidades que participaron inicialmente en el proyecto, nuevas agrupaciones o voluntarios para realizar grupo de trabajo.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 15/06/2022

Responsable.: RAQUEL ALONSO/ ISABEL YSEBIE

2. CONTACTO con los colaboradores creando un grupo de mail como estructura de comunicación interna . Listado de datos y telf de los componentes de grupo como via alternativade comunicacion efectiva.

Fecha inicio: 15/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: RAQUEL ALONSO/ MONTSE GUILLEN

3. Carta de invitación para un primer reencuentro para retomar actividad en septiembre 22. Designacion de interlocutores de cada entidad

Fecha inicio: 15/06/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: RAQUEL ALONSO/ISABEL YSEBIE

4. REORGANIZACION DEL PROGRAMA, pequeñas acciones y diseño del proyecto.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#278

### 1. TÍTULO

#### RETOMANDO RETOS: COMPARTIENDO NUESTRO TIEMPO. FOMENTO DE LA INTERACCION ENTRE ANCIANOS RESIDENTES Y ESCOLARES, PROMOVRIENDO VALORES A TRAVES DE ACTIVIDADES CONJUNTAS PROGRAMADAS PERIODICAMENTE

Comunicación al Consejo de Salud de la zona.

Fecha inicio: 15/06/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: ISABEL YSEBIE/ RAQUEL ALONSO/ PILAR BERZAL

5. Inicio de reuniones organizativas para CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: INTERLOCUTORES NOMBRADOS

6. DESARROLLO DEL PROGRAMA

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: INTERLOCUTORES NOMBRADOS

7. EVALUACION

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.:

Responsable.: ISABEL YSEBIE/RAQUEL ALONSO/PILAR BERZAL

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. IMPLICACION DE LOS RESIDENTES

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº RESIDENTES IMPLICADOS

Denominador .....: NUMERO TOTAL DE RESIDENTES

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: RESPONSABLE RESIDENCIA ANCIANOS

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. IMPLICACION DE LOS ESCOLARES

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº ESCOLARES IMPLICADOS

Denominador .....: NUMERO TOTAL DE ESCOLARES

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: INTERLOCUTOR NOMBRADO EN COLEGIO

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. IMPLICACION DE LOS ALUMNOS DE INSTITUTO

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº ALUMNOS DE INSTITUTO IMPLICADOS

Denominador .....: Nº TOTAL DE ALUMNOS DE INSTITUTO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: INTERLOCUTOR NOMBRADO EN EL INSTITUTO

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. BENEFICIOS EN LSO RESIDENTES. MEJORAS EN LA CALIDAD DE VIDA O EN LA SALUD

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: OBSERVACION DE LA PARTICIPACION Y/O EFECTOS DE LA ACTIVIDAD.

Denominador .....: INDICADOR SUBJETIVO.

SE OBSERVARA A ANCIANOS Y ESCOLARES

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: INTERLOCUTOR DE LA RESIDENCIA/JUNTO CON PROFESORADO

Est.Mín.1ª Mem ..: -50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#278

### 1. TÍTULO

**RETOMANDO RETOS: COMPARTIENDO NUESTRO TIEMPO. FOMENTO DE LA INTERACCION ENTRE ANCIANOS RESIDENTES Y ESCOLARES, PROMOVRIENDO VALORES A TRAVES DE ACTIVIDADES CONJUNTAS PROGRAMADAS PERIODICAMENTE**

#### 5. GRADO DE EJECUCION DE LAS ACCIONES PLANIFICADAS

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° ACTIVIDADES REALIZADAS  
Denominador .....: N° ACTIVIDADES PROPUESTAS  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: DATOS RECOGIDOS EN REUNION EQUIPO ORGANIZADOR  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> FOMENTO DE LA SALUD MENTAL

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#285

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL PARA PADRES E HIJOS

Fecha de entrada: 25/06/2022

Nº de registro: 2022#285 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SERRANO PELLUS NOEMI

Título  
TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL PARA PADRES E HIJOS

Colaboradores/as:  
LARDIES UTRILLA DAVID

Ubicación principal del proyecto.: CS FRAGA

Servicio/Unidad principal .....: EAP FRAGA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la unidad de salud bucodental de Fraga hemos detectado un gran número de niños en edades de 2 a 9 años con muchas caries, y que a los 6 años cuando empiezan a formar parte del programa bucodental (PABIJ), para algunos niños ya se llega tarde con la prevención ya que muchos presentan caries. Un factor importante a tener en cuenta es el porcentaje de población inmigrante. Los pacientes acuden directamente a la consulta o derivados de pediatría por el estado de la cavidad oral.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se pretende llegar a la prevención de las caries desde temprana edad, para ello es necesario empezar por lo más básico que es el aprendizaje del cepillado dental.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Causas en las que se incide es en correcto cepillado dental y también la ingesta de alimentos no cariogénicos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El aprendizaje comienza en los padres ya que son los primeros a los que debemos instruir para que sepan realizar un buen cepillado dental a sus hijos ya que son los encargados de realizarlo a éstas edades tan tempranas. Con el taller se pretende también informar y explicar la importancia de la dieta para la formación de las caries, y sobre todo que sean conocedores de los alimentos cariogénicos que deben intentar evitar en exceso su consumo. El objetivo es mejorar el cepillado dental para que no exista acumulación de placa que origine caries, gingivitis ...con el fin de lograr una buena salud bucodental empezando en las edades más tempranas en los padres con sus hijos, de manera que se cree el hábito y puedan acompañar de manera positiva reforzando el cepillado en su crecimiento hasta que sean capaces sobre los 9 años de hacerlo completamente autónomos. En el taller también revisaremos como va mejorando el niño su salud bucodental y va cogiendo destreza en el cepillado. La población diana sobre los que se va a actuar son niños de edades comprendidas de 2 a 9 años acompañados con sus padres. Se intentará con lo aprendido mejorar la higiene oral y disminuir o eliminar la acumulación de placa dental.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Enseñanza de técnica de cepillado padres con sus hijos.  
Revisión y supervisión al mes para ver evolución y control de placa dental, gingivitis, sangrado y caries.  
Reevaluar cada 2 meses

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: HIGIENISTA DENTAL

2. Charla informativa a los padres sobre la dieta no cariogénica y hábitos saludables para la salud bucal.  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: HIGIENISTA DENTAL

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Índice de placa  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de niños que presentan placa dental  
Denominador .....: Número de niños totales vistos en el taller



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#285

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL PARA PADRES E HIJOS

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Niños que acuden a la consulta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Sangrado de encias  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de niños que presentan sangrado de encias  
Denominador .....: Número de niños totales vistos en el taller  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Niños que acuden a la consulta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos  
Tipo de patología: --Otros--> Enfermedades bucales  
Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#462

### 1. TÍTULO

#### CAMINANDO DE LA MANO DEL SINTROM

Fecha de entrada: 04/07/2022

Nº de registro: 2022#462 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ARESTE ALBA NURIA

Título  
CAMINANDO DE LA MANO DEL SINTROM

Colaboradores/as:  
ALBAS MARTINEZ MARIA PILAR  
BITRIAN AISA PILAR  
BONED IBOR CARLOS BLAS  
LABRADOR GALLINAD ESTHER

Ubicación principal del proyecto.: CS FRAGA

Servicio/Unidad principal .....: EAP FRAGA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la actualidad el CS de Fraga atiende a una población de adultos, de los cuales 289 están en tratamiento con anticoagulante oral. Los diferentes estudios realizados muestran que una buena educación aumenta los conocimientos de estos pacientes en cuanto a los cuidados y las situaciones que interfieren con su tratamiento, lo que se traduce en que estos tengan un buen control del INR. Así mismo estudios en referencia a la importancia de que los cuidadores reciban la misma educación, muestran que los pacientes cuyos cuidadores la han recibido tienen un mejor control del INR

#### ÁREAS DE MEJORA

Aumentar o mantener el TRT en un 65%

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de conocimientos sobre tratamientos, alimentos que interfieren con el sintrom

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General: Aumentar el nivel de autocuidado en los pacientes en tratamiento con anticoagulante oral (TAO) mediante una intervención educativa.

Objetivos específicos:

- Aumentar los conocimientos relativos a los cuidados que requiere una persona con TAO en un 10%.
- Los pacientes aumentarán o mantendrán una TRT del 65%

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Búsqueda bibliográfica  
Fecha inicio: 08/03/2022  
Fecha final.: 15/06/2022  
Responsable.: NURIA ARESTE ALBA

2. Preparación material necesario para la intervención  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: PILAR BITRIAN AISA

3. Comunicación de la actividad al EAP de Fraga la captación de pacientes en las consultas de enfermería y medicina  
Fecha inicio: 02/01/2023  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: ESTHER LABRADOR Y PILAR ALBAS

4. Preparación hoja recogida de datos  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: CARLOS BONED IBOR

5. Intervención educativa  
Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 29/12/2023  
Responsable.: NURIA ARESTE ALBA Y PILAR BITRIAN AISA

6. Recogida datos  
Fecha inicio: 13/02/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#462

### 1. TÍTULO

#### CAMINANDO DE LA MANO DEL SINTROM

Fecha final.: 31/05/2024

Responsable.: CARLOS BONED Y ESTHER LABRADOR

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

INTERVENCIÓN EDUCATIVA: a 10-15 personas entre pacientes y cuidadores/as, constará de dos sesiones, de 90 minutos cada una. Se realizará test pre y post intervención.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. RESULTADO TEST CONOCIMIENTOS

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: SUMATORIO DE resultados test post-resultado test pre

Denominador .....: numero total de pacientes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: TEST DE CONOCIMIENTOS

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. RESULTADO TRT A LOS 6 MESES

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: SUMATORIO DE resultados TRT a los 6 meses

Denominador .....: numero total de pacientes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PROGRAMA TAO COAGUCHEK

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#569

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD DESDE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS: BLOG E INSTAGRAM DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#569 \*\* Continuidad asistencial: consulta no presencial \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CASAS SORO SILVIA

Título  
EDUCACION PARA LA SALUD DESDE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS: BLOG E INSTAGRAM DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA

Colaboradores/as:  
AYUDAN PEIRON BELEN  
PUYUELO GIMENEZ GABRIEL  
PUYUELO GIMENEZ JORGE  
SISCART TRESANCHEZ DOLORES  
VIDALLET RIOS SILVIA

Ubicación principal del proyecto.: CS FRAGA

Servicio/Unidad principal .....: EAP FRAGA

Línea estratégica: Continuidad asistencial: consulta no presencial

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La creación del Blog y del Instagram del Centro de Salud de Fraga, coincidió con el inicio del COVID 19. Desde entonces se ha mostrado como una herramienta clave para fomentar las medidas de control de la pandemia, potenciar la educación sanitaria y ofrecer información fiable y actualizada a la comunidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Déficit de información sanitaria.
- Aclaración de fake news a la población.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Aparición del Covid 19 y las dudas ante esta situación.
- Existencia de diversas informaciones erróneas o con poca evidencia científica.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- ? Poner a disposición de la población información sanitaria general y sobre la COVID 19 actualizada, fiable, relevante y accesible desde cualquier dispositivo digital con conexión a Internet.
- ? Promover la educación para la salud y los estilos de vida sanos en la comunidad.
- ? Crear un vínculo virtual entre el centro de salud y la comunidad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación del blog e instagram del centro de salud de Fraga con publicaciones 2 o 3 veces por semana.

Fecha inicio: 14/02/2020  
Fecha final.: 14/07/2023  
Responsable.: Silvia Casas Soro

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El blog e instagram del centro salud Fraga continua en activo ya que ha tenido muy buena acogida en la comunidad y actualmente cuenta con más de 41000 visitas.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de personas que consideran útil el blog e instagram.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de personas que consideran útil el blog e instagram.  
Denominador .....: N° de personas que realizan la encuesta.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Formulario google forms.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % del grado de satisfacción. Escala Likert 1-5.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de personas con una satisfacción igual o mayor a 3 puntos.  
Denominador .....: N° de personas que realizan la encuesta.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Formulario google forms.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#569

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD DESDE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS: BLOG E INSTAGRAM DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se va a pasar a través del blog e instagram del centro de salud de Fraga una encuesta para saber el grado de utilidad y de satisfacción con estas herramientas digitales.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Educación Sanitaria

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#689

### 1. TÍTULO

#### TALLER PRACTICO DE APP SALUD INFORMA EN POBLACION RURAL

Fecha de entrada: 26/08/2022

Nº de registro: 2022#689 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MATA BORDONABA MARIA ROSARIO

Título  
TALLER PRACTICO DE APP SALUD INFORMA EN POBLACION RURAL

Colaboradores/as:  
ALBAS MARTINEZ MARIA PILAR  
MORERA SERRA JOSE LUIS  
NOVELLA MENA ANA  
PARDO MIGUEL MARIA PILAR  
SENAR TENA MARIA ESTHER  
SIRERA RUS MARIA PILARA  
TORO CHORNET AZAHARA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS FRAGA

Servicio/Unidad principal .....: EAP FRAGA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Importancia y utilidad del proyecto: El proyecto es muy importante en el desarrollo de la citación de consulta en los consultorios locales en los que no hay personal administrativo, debiéndose citar a través del servicio telefónico del CS, todo ello conlleva un mejora la asistencia en general.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Problemas de citación sobre todo telefónica por sobreuso de este método de citación en las consultas.
- Mejorar el acceso de los usuarios al sistema mediante el uso de la Aplicación Salud informa.
- Empoderar al paciente.
- Disminuir las llamadas a los consultorios locales para citarse interrumpiendo la consulta de enfermería o medicina porque no hay administrativ@.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Sobreuso durante la pandemia de los sistemas de citación telefónica debido a la alta demanda.
- Dificultad para acudir al CS Fraga para solicitar cita por residir en otra localidad.
- Dificultad para las comunicaciones en las zonas rurales.
- Minoración de la formación en TIC en las zonas rurales.
- Dificultad para citarse de los pacientes de mayor edad que no conocen bien la aplicación de Salud Informa.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la citación telemática de los pacientes en los núcleos dependientes de CS Fraga.
- Aumentar el uso de la app Salud Informa en las zonas rurales que nos ocupan.
- Disminuir la demanda telefónica de citación del servicio de admisión de CS Fraga.
- Empoderar a los usuarios rurales con el uso de TIC, sobre todo a los de tercera edad en un principio aunque en función de los resultados puede seguirse con otros municipios y con otros colectivos.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Nos pondremos en comunicación con Asociaciones de Tercera Edad de los distintos municipios para colaborar con la actividad. Solicitud de PIN de cada inscrito en el taller.  
Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 05/09/2022  
Responsable.: Maria del Rosario Mata Bordonaba

2. Se realizarán cuatro talleres en cada una de las localidades que durarán 1 hora, en el local social de las asociaciones dotado de WIFI. Torrente de Cinca.  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Maria del Rosario Mata Bordonaba

3. Se realizarán cuatro talleres en cada una de las localidades que durarán 1 hora, en el local social de las asociaciones dotado de WIFI. Ballobar.  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: María Pilara Sirera Rus

4. Se realizarán cuatro talleres en cada una de las localidades que durarán 1 hora, en el local social de las asociaciones dotado de WIFI. Chalamera.  
Fecha inicio: 01/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#689

### 1. TÍTULO

#### TALLER PRACTICO DE APP SALUD INFORMA EN POBLACION RURAL

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: María Pilara Sirera Rus

5. Se realizarán cuatro talleres en cada una de las localidades que durarán 1 hora, en el local social de las asociaciones dotado de WIFI. Zaidin.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Maria del Rosario Mata Bordonaba

6. Se realizarán cuatro talleres en cada una de las localidades que durarán 1 hora, en el local social de las asociaciones dotado de WIFI. Velilla de Cinca.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Jose Luis Morera Serra

7. Se realizarán cuatro talleres en cada una de las localidades que durarán 1 hora, en el local social de las asociaciones dotado de WIFI. Miralsot.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Jose Luis Morera Serra

8. Recogida de datos de cada municipio. Reunión de coordinación final para ver la aceptación de los talleres.

Fecha inicio: 07/06/2023

Fecha final.: 14/06/2023

Responsable.: Maria del Rosario Mata Bordonaba

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Los usuarios tendrán que inscribirse previamente en la asociación que participa en la organización. Habrá 20 usuarios por taller. 4 Talleres anuales por municipio.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Uso de citación web: en relación a la previa. Al principio y al final del proyecto

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de usuarios citado por la web

Denominador .....: Numero total de citados

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Estadísticas de OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.10

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.25

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.20

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.50

2. Llamadas al consultorio para citarse antes y después de la realización del taller

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de llamadas para citación

Denominador .....: Numero total de citados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Estadísticas de OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

3. Acogida del taller

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de inscritos a los talleres

Denominador .....: Numero total de plazas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Estadísticas municipales y de OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Usuarios del Sistema Aragonés de Salud

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#689

### 1. TÍTULO

#### TALLER PRACTICO DE APP SALUD INFORMA EN POBLACION RURAL

---

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#788

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE CONSULTA MONOGRAFICA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA

Fecha de entrada: 24/07/2022

Nº de registro: 2022#788 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTIN CATALAN NURIA

Título  
IMPLEMENTACION DE CONSULTA MONOGRAFICA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA

Colaboradores/as:  
BARCO MARCELLAN MARIA SOFIA  
BONED IBOR CARLOS BLAS  
GARGIA MARTINEZ MARIA AYMARA  
NAVASA DE SUS MARIA INES  
PARDO MIGUEL MARIA PILAR  
SIRERA RUS MARIA PILARA

Ubicación principal del proyecto.: CS FRAGA

Servicio/Unidad principal .....: EAP FRAGA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Cirugía Menor (CM) se define como el conjunto de técnicas quirúrgicas, de corta duración, que se aplican generalmente sobre tejidos superficiales o fácilmente accesibles (piel, mucosas, anejos y tejido subcutáneo). Suele requerir la aplicación de anestesia local y su realización conlleva riesgo bajo, y mínimas complicaciones. La Atención Primaria (AP) es el ámbito asistencial más próximo al ciudadano. Las patologías que requieren CM como tratamiento son motivos de consulta frecuentes en AP por lo que son necesarios conocimientos y habilidades en CM para responder a estas demandas. La Cirugía Menor se encuentra incluida en España como prestación sanitaria del sistema nacional de Salud (SNS) en el ámbito de Atención Primaria desde 1995, apareciendo definida en la cartera de servicios de AP desde el año 2003. Esta práctica se encuentra regulada por el Real Decreto 1277-2003 del 10 de octubre por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. La Cirugía Menor constituye una de las áreas básicas en la formación del médico de familia, siendo considerada una habilidad fundamental en el programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

#### ÁREAS DE MEJORA

Es necesario disminuir las listas de espera de las especialidades de cirugía general y dermatología que muchas veces están saturadas de patologías que podrían ser tratadas en AP con el correspondiente ahorro en el coste sanitario. La accesibilidad a las consultas de AP evita que los pacientes tengan que realizar desplazamientos más largos y disminuye el número de visitas por paciente. El desarrollo de estas técnicas enriquece al centro de salud y complementa la actividad de los EAP aumentando la satisfacción de los profesionales y también la de los pacientes por la resolución del problema sin tantas complicaciones.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Listas de espera quirúrgicas de las especialidades de Cirugía General y Dermatología saturadas.  
Cumplimiento de la cartera de servicios del EAP.  
Enriquecimiento del EAP y mejora de su capacidad resolutoria.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

PRINCIPAL: Integrar procedimientos de Cirugía Menor Ambulatoria en la actividad médica habitual del Centro de Salud de Fraga mediante la creación de una Unidad de Cirugía Menor.

#### SECUNDARIOS:

Adecuación de recursos humanos, materiales y estructurales para el desarrollo de una consulta de CM así como establecimiento de una rutina preoperatoria.  
Mejorar la calidad de servicio al usuario con mayor accesibilidad a los procedimientos de CM.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de dos equipos de Cirugía Menor consistentes en un médico/a y un enfermero/a que pasarán consulta en la Unidad de Cirugía Menor una vez por semana. Será necesaria la presencia de una auxiliar

Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 04/09/2023  
Responsable.: EAP FRAGA

2. Revisión de los formularios de Consentimiento Informado, hoja de intervención y protocolos de actuación.

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 04/09/2022  
Responsable.: EAP FRAGA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#788

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE CONSULTA MONOGRAFICA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA

3. Tratamiento de las patologías incluidas en la cartera de servicios susceptibles de ser realizadas en Atención Primaria.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 04/09/2023

Responsable.: EAP FRAGA

4. Establecimiento de un circuito para envío de muestras a anatomía patológica, derivación a tele dermatología si procediera y creación de una agenda de CM.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 04/09/2022

Responsable.: EAP FRAGA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Tiempo medio de demora para realizar la intervención

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Suma de tiempos (días) de cada intervención.

Denominador .....: Nº de intervenciones realizadas

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Número de intervenciones anuales realizadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de intervenciones realizadas en un año

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Nº de pacientes a los que se les entrega CI / Nº total de paciente intervenidos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes a los que se les entrega CI

Denominador .....: Nº total de paciente intervenidos

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. Número de intervenciones realizadas en el año por tipo de lesión.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de intervenciones realizadas en el año por tipo de lesión

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

5. Número de pacientes intervenidos de cirugía menor que presentan complicaciones/ total de pacientes i

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes intervenidos de cirugía menor que presentan complicaciones

Denominador .....: Nº total de pacientes intervenidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#788

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE CONSULTA MONOGRAFICA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

6. Número de infecciones postquirúrgicas observadas /nº total de intervenciones realizadas  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de infecciones postquirúrgicas observadas  
Denominador .....: N° total de intervenciones realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#796

### 1. TÍTULO

#### PASEOS POR LA VIDA

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#796 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VIDALLET RIOS SILVIA

Título  
PASEOS POR LA VIDA

Colaboradores/as:  
AYUDAN PEIRON BELEN  
CASAS SORO SILVIA  
PUYUELO GIMENEZ GABRIEL  
PUYUELO GIMENEZ JORGE  
SISCART TRESANCHEZ DOLORES

Ubicación principal del proyecto.: CS FRAGA

Servicio/Unidad principal .....: EAP FRAGA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los paseos por la vida es un proyecto que nace junto con la AECC Bajo Cinca para crear un grupo e incentivar a la población Fragatina en la práctica de ejercicio físico e incidir en los beneficios que tiene éste para la salud. Está demostrado que el número de personas mayores con factores de riesgo cardiovascular se incrementa cada vez más, y que el envejecimiento activo es la clave para conseguir una población mayor sana. Así pues, la promoción de ejercicio físico regular es una de las principales estrategias no farmacológicas para envejecer de forma más saludable y mejorar la calidad de vida.

El envejecimiento activo lleva a las personas a incrementar su esperanza de vida y a disminuir los índices de morbilidad. La actividad física diaria tiene efecto protector cardiovascular y de síndrome metabólico, eficacia demostrada en la prevención de ciertos tipos de cáncer, incrementa la densidad mineral ósea, disminuye el dolor osteoarticular, reduce los niveles de colesterol y tensión arterial, y mejora la función cognitiva. Cabe mencionar los beneficios psicosociales que adquieren especial protagonismo, combatiendo el aislamiento, la depresión y la ansiedad y favoreciendo la autoestima, cohesión social y nuevos vínculos interpersonales. Por todo esto, con esta actividad se pretende concienciar a la población de la importancia de instaurar una rutina de ejercicios y actividad física diaria.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Sedentarismo en la población.
- Déficit de conocimientos acerca de los beneficios del ejercicio físico diario y su relación directa con algunas enfermedades crónicas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Alta incidencia de enfermedades cardiovasculares o con abundantes factores de riesgo.
- Desconocimiento de alternativas al tratamiento y "acomodación" al tratamiento farmacológico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Actividad dirigida a toda la población adulta en general, haciendo hincapié en aquellas personas con factores de riesgo cardiovascular.
- Fomentar la actividad física.
- Crear un hábito diario de ejercicio físico.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Promover un estilo de vida saludable.
- Disminuir el sedentarismo en la población.
- Favorecer vínculos afectivos interpersonales.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Reunión con responsable en Fraga de la AECC y comunicación de la actividad al EAP de Fraga para la captación de pacientes en las consultas de enfermería y medicina.

Fecha inicio: 04/12/2019

Fecha final.: 04/12/2019

Responsable.: Silvia Vidallet

2. -Difusión de la actividad: impresión de carteles, comunicación del proyecto al Hogar del Pensionista, publicación a través de la radio local, web y RRSS del ayto y en blog e instagram del CS Fraga.

Fecha inicio: 05/12/2019

Fecha final.: 14/01/2020

Responsable.: Silvia Vidallet - Silvia Casas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#796

### 1. TÍTULO

#### PASEOS POR LA VIDA

3. -Inicio de los paseos y suspensión temporal a causa de la pandemia.

Fecha inicio: 15/01/2020

Fecha final: 15/03/2020

Responsable.: S. Vidallet - S. Casas

4. -Nuevo inicio de los paseos: todos los miércoles a las 9:30h, duración aprox. 60 minutos, rutas por dentro de la población y por caminos cercanos al núcleo.

Fecha inicio: 20/10/2021

Fecha final: 22/06/2022

Responsable.: S. Vidallet- S.Casas - Dolors Siscart

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de personas que han realizado 15 sesiones o más durante todo el periodo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de personas que han realizado 15 sesiones o más

Denominador .....: nº total de personas que han realizado, al menos, una sesión

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % del grado de satisfacción de la actividad

(medida con escala nominal dicotómica)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de personas a las que les ha gustado la actividad

Denominador .....: nº total de personas que realizan la encuesta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de personas que han mejorado en sus controles con enfermería y/o analíticos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de personas que han mejorado en sus controles

Denominador .....: nº total de personas que realizan la encuesta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Enfermedades cardiovasculares, metabólicas, osteomusculares y problemas psicológicos.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#922

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL C.S DE FRAGA

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#922 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GUEVARA LOPEZ TERESA

Título  
IMPLANTACION DE CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL C.S DE FRAGA

Colaboradores/as:  
LORIENTE MARTINEZ CLARA  
MORERA SERRA JOSE LUIS

Ubicación principal del proyecto.: CS FRAGA

Servicio/Unidad principal .....: EAP FRAGA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Es primordial instaurar un programa de ecografía en AP, dada la idoneidad de la prueba en el primer nivel de atención, siendo de gran utilidad en diversas situaciones clínicas de la práctica habitual por aumento en la capacidad diagnóstica y resolutoria, acortamiento de atención y optimización de las derivaciones a atención especializada. Es un programa costo-efectivo que eleva el estándar de atención al usuario.

#### ÁREAS DE MEJORA

Reducir tiempos de espera para realización de pruebas diagnósticas  
Diagnóstico rápido y priorización en las derivaciones.

Formación médica continuada del profesional sanitario que forma parte del proyecto, derivada de la retroalimentación que implica el seguimiento de las patologías susceptibles de valorar en atención primaria.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Aumento de las listas de espera para pruebas diagnósticas y consultas por médicos especialistas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Diagnóstico precoz de patología hepato-renal, urinaria, tiroidea, muscular y de tejidos blandos más relevante y priorización en las derivaciones.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Valoración ecográfica de pacientes con alteraciones de hormonas tiroideas, valoración pacientes con sospecha de bocio y nódulo tiroideo.

Fecha inicio: 08/08/2022

Fecha final: 08/08/2023

Responsable.: MARIA TERESA GUEVARA LOPEZ

2. valoración ecográfica en pacientes con hipertransamilasemia, colestasis disociada. Valoración del paciente con cólico biliar. Seguimiento de lesiones hepáticas benignas.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final: 05/09/2023

Responsable.: MARIA TERESA GUEVARA LOPEZ

3. Valoración ecográfica en paciente con clínicas compatibles con cólico renal. Valoración del paciente con deterioro de la función renal. Valoración del paciente con hematuria.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final: 05/09/2023

Responsable.: MARIA TERESA GUEVARA LOPEZ

4. Valoración del paciente con dolor en hombro, sospecha tendinopatías, bursitis, rotura tendinosa.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final: 05/09/2023

Responsable.: MARIA TERESA GUEVARA LOPEZ

5. Valoración del paciente con sospecha de quiste de Baker en rodilla.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final: 05/09/2023

Responsable.: MARIA TERESA GUEVARA LOPEZ

6. Valoración del paciente con masa de tejido blando superficial.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final: 05/09/2023

Responsable.: MARIA TERESA GUEVARA LOPEZ

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#922

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL C.S DE FRAGA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se creará una agenda de ecografía en atención primaria, dos días a la semana (lunes y miércoles) con 4 huecos por día cada 20 minutos, a tener en cuenta la patología previamente comentada.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Numero de ecografias realizadas en AP al año

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de ecografias

Denominador .....: 365 dias

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: sistema OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1164

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN LOS COLEGIOS DE FRAGA

Fecha de entrada: 02/08/2022

Nº de registro: 2022#1164 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARIN ANDRES MARTA

Título  
EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN LOS COLEGIOS DE FRAGA

Colaboradores/as:  
ALASTUEY FLETA CONCEPCION  
BLANES FORNS SUSANA  
CABREJAS LALMOLDA ANA MARIA  
RANZ ANGULO ROSANA

Ubicación principal del proyecto.: CS FRAGA

Servicio/Unidad principal .....: EAP FRAGA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La enseñanza en primeros auxilios desde edades tempranas acorde a la edad de los niños e impartida en los colegios permite alcanzar a la población general. Tener una formación básica en primeros auxilios desde la infancia es fundamental para poder llevar a cabo la primera atención en situaciones inesperadas antes de la llegada de la asistencia sanitaria. Reconocer la existencia de una situación de emergencia y realizar una intervención rápida es esencial para prevenir secuelas y un desenlace fatal.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Concienciar a los alumnos de la importancia de aprender primeros auxilios en el ámbito escolar.
- Fomentar la autonomía de los alumnos para tomar decisiones ante situaciones inesperadas.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Carencia de formación
- Ausencia de herramientas

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Proporcionar a los alumnos de los centros educativos de Fraga conocimientos básicos para reconocer una situación de riesgo vital y activar a los sistemas de emergencia.  
Proporcionar formación a los escolares sobre la posición lateral de seguridad, reanimación cardiopulmonar básica y actuación ante una situación de atragantamiento.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión de equipo para asignación de tareas

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: Todos los miembros del equipo

2. Contactar con los equipos directivos de los colegios de Fraga para seleccionar a los colegios interesados en recibir formación.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Marta Marín Andrés

3. Preparación del temario y del material audiovisual sobre primeros auxilios.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Todos los miembros del equipo

4. Realización de talleres teórico-prácticos en colegios de Fraga.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Todos los miembros del equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Implicación de los colegios y personal sanitario en la realización de los talleres

Tipo de indicador: Alcance



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1164

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN LOS COLEGIOS DE FRAGA

Numerador .....: n° talleres realizados  
Denominador .....: n° talleres programados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro total de talleres realizados  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Encuesta de satisfacción  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: n° alumnos satisfechos  
Denominador .....: n° alumnos asistentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción al finalizar el taller  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1191

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL CONTENIDO DEL MALETÍN DE URGENCIAS PEDIATRICOS Y CARRO DE MEDICACION PARA URGENCIAS DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1191 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CABREJAS LALMOLDA ANA MARIA

Título  
OPTIMIZACION DEL CONTENIDO DEL MALETÍN DE URGENCIAS PEDIATRICOS Y CARRO DE MEDICACION PARA URGENCIAS DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA

Colaboradores/as:  
ALASTUEY FLETA CONCEPCION  
BLANES FORNS SUSANA  
MARIN ANDRES MARTA

Ubicación principal del proyecto.: CS FRAGA

Servicio/Unidad principal .....: EAP FRAGA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Garantizar una adecuada atención inicial de calidad en el ámbito de la Atención Primaria destinado a las urgencias vitales en el centro así como los posibles avisos domiciliarios que se puedan dar. Debido a la infrecuencia de estos motivos de consulta urgentes en pediatría consideramos adecuado actualizar y clasificar el contenido del material tanto del carro de medicación como del maletín de urgencias, para que sea fácilmente accesible y localizable en caso de urgencia así como revisar y renovar dicha medicación y material periódicamente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Minimizar la posibilidad de cometer errores en las actuaciones medicas y de enfermería que se desarrollen en la atención urgente al paciente pediátrico.

#### ANALISIS DE CAUSAS

.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la calidad asistencial de la población pediátrica en situaciones de urgencia, minimizando la posibilidad de cometer errores.

Establecer unos criterios mínimos en cuanto a la dotación del material integrante de un carro de urgencias pediátricas y de un maletín de urgencias para prestación de asistencia sanitaria en el exterior del centro.

Actualizar el material sanitario y los medicamentos disponibles periódicamente para asegurar siempre su disponibilidad inmediata en caso de urgencia, para ello establecer un sistema de revisión, mantenimiento y control de caducidades entre el equipo de pediatría del centro de salud.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

##### 1. Establecer un responsable

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Ana Cabrejas Lalmolda

##### 2. Informar a los profesionales del proyecto.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Ana Cabrejas Lalmolda

##### 3. Reunión de los integrantes del proyecto para unificar criterios y poner en común las necesidades de material

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 07/10/2022

Responsable.: todos los miembros del equipo

##### 4. Realizar un listado de medicamentos y material sanitario necesarios de acuerdo a las urgencias más frecuentes en pediatría, y solicitarlos mediante propuesta a nuestra gerencia de Atención primaria.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 21/10/2022

Responsable.: todos los miembros del equipo

##### 5. Definir la ubicación del equipamiento para que se encuentre disponible siempre que sea necesario

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 21/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1191

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL CONTENIDO DEL MALETÍN DE URGENCIAS PEDIÁTRICOS Y CARRO DE MEDICACION PARA URGENCIAS DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA

Responsable.: todos los miembros del equipo

6. Clasificar el material por apartados diferenciando por colores: aparato circulatorio (color rojo) y aparato respiratorio (color azul). Los fármacos deberán estar ordenados alfabéticamente

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 04/11/2022

Responsable.: todos los miembros del equipo

7. Establecer un turno rotatorio de revisión del material y medicaciones, con el fin de conseguir que todos los profesionales sanitarios se familiaricen con el mismo, lo cual facilitará la actuación.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 04/11/2022

Responsable.: todos los miembros del equipo

8. Envío de memoria final

Fecha inicio: 05/12/2022

Fecha final.: 09/12/2022

Responsable.: ana cabrejas Lalmolda

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1.

Implicación del personal sanitario mediante fórmula

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de registros de revisiones periódicas realizadas

Denominador .....: n° de registros de revisiones periódicas planificadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Grado de satisfacción de los profesionales sanitarios mediante encuesta, antes y después

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: .

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Edad: Población pediátrica incluida en el área sanitaria perteneciente al CS.Fraga

Sexo: Ambos sexos Tipo de pacientes: Urgencias y emergencias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1281

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA MONOGRAFICA DE TELEDERMATOLOGÍA EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1281 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NOVELLA MENA ANA

Título  
CONSULTA MONOGRAFICA DE TELEDERMATOLOGÍA EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA

Colaboradores/as:  
DOMINGO ARANDA ISABEL  
GUEVARA LOPEZ TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CS FRAGA

Servicio/Unidad principal .....: EAP FRAGA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Tras el periodo de la pandemia COVID19, se convierte en algo prioritario reiniciar las consultas monográficas de manera reglada y garantizando la accesibilidad a todos nuestros pacientes. En este proyecto queremos determinar el circuito de derivación a la consulta de tele dermatología adaptada a nuestros pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Mejorar la detección de lesiones sospechosas de malignidad y su derivación a medicina especializada.
- Optimizar el circuito de derivación, citación y valoración de la consulta de tele dermatología.
- Estudiar, dentro de la ubicación de la consulta y el material disponible, las posibilidades de mejora de los mismos.
- Garantizar la accesibilidad a los pacientes de los pueblos integrantes del Centro de Salud de Fraga.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La consulta de tele dermatología es una herramienta muy importante en la detección de las enfermedades dermatológicas sospechosas de malignidad. La dispersión geográfica de nuestro centro, la exposición solar de muchos de los oficios en el medio rural que éste acoge y el largo camino que queda todavía en la divulgación de la prevención del cáncer de piel, hacen necesario una consulta monográfica que facilite la detección precoz de dichas lesiones.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Establecer el circuito de citación, derivación y atención en la consulta monográfica de tele dermatología.
- Mejorar la detección de las lesiones sospechosas de malignidad dermatológica y su correcta derivación a especializada.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación del equipo y realización de un cronograma de trabajo para la realización detallada del mismo.

Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 05/09/2022  
Responsable.: Equipo Colaborador

2. Estudio observacional del 01/06/1 - 01/06/22 con: nº de consultas, diagnósticos pre/post consulta, derivación final a dermatología y nº de lesiones malignas detectadas (datos extraído de OMI).  
Fecha inicio: 12/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Ana Novella

3. Reunión con el Servicio de Dermatología del Hospital de Barbastro para trazar nuevas líneas de mejora de la consulta de tele dermatología.  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 17/10/2022  
Responsable.: Isabel Domingo

4. Realizar un inventario del material que disponemos así como la necesidad de mejorarlo para garantizar una unidad actualizada.  
Fecha inicio: 19/09/2022  
Fecha final.: 23/09/2022  
Responsable.: Teresa Guevara

5. Realizar un documento unificado del proceso asistencial: cómo citamos, criterios de inclusión/exclusión de derivación y cómo informamos a los pacientes de la respuesta a la tele consulta.  
Fecha inicio: 17/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1281

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA MONOGRAFICA DE TELEDERMATOLOGÍA EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA

Fecha final.: 21/10/2022

Responsable.: Ana Novella

6. Realizar una hoja de registro para la derivación a la consulta monográfica de teledermatología.

Fecha inicio: 24/10/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Equipo Colaborador

7. Elaboración de documento de la consulta monográfica de Teledermatología en el Centro de Salud de Fraga.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Equipo Colaborador

8. Presentación del documento en el Centro de Salud de Fraga para el conocimiento de los compañeros del mismo.

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Equipo Colaborador

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Se organizarán reuniones mensuales de equipo.

- Tras la puesta en marcha de las actualizaciones en la consulta de teledermatología, se realizará una revisión del funcionamiento de dichas actuaciones y propuestas de mejora.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Realización de reuniones grupo de trabajo Teledermatología Centro de Salud de Fraga

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de reuniones

Denominador .....: Número de meses

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Actas de reunión

Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 6.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 9.00

2. Realización de reuniones coordinadas con dermatología

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de reuniones

Denominador .....: Número de meses

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Actas de reunión

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

3. Evaluación de la actualización de la consulta

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de evaluaciones

Denominador .....: Número de meses

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Actas de reunión

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 3.00

4. Origen de las interconsultas a especialidad de dermatología

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de interconsultas virtuales a dermatología desde consulta de teledermatología

Denominador .....: Total de interconsultas a dermatología desde Atención Primaria de EAP Fraga

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Estadísticas de OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.15

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.25

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.25

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.35

5. Detección de lesiones premalignas y malignas desde consulta de teledermatología

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1281

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA MONOGRAFICA DE TELEDERMATOLOGÍA EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de lesiones premalignas y malignas detectadas en consulta de tele dermatología

Denominador .....: Total de lesiones dérmicas valoradas en consulta de tele dermatología

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Estadísticas OMI y registro en HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.02

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.03

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.03

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.04

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

- Creación del equipo de trabajo: SI/NO

- Realización de un estudio observacional del 1 de junio de 2021 al 1 junio del 2022 sobre la situación actual de la consulta de tele dermatología. SI/NO

- Realización de un inventario del material disponible en la consulta de tele dermatología: SI/NO

- Adquisición de nuevo material: SI/NO

- Creación de una hoja de registro para la derivación a la consulta monográfica de tele dermatología. SI/NO

- Aplicación de las medidas de mejora de la consulta de tele dermatología: SI/NO

- Creación de un documento unificado del proceso asistencial de la consulta de tele dermatología del Centro de Salud de Fraga: SI /NO

- Realización una reunión divulgativa a los componentes del Centro de Salud de Fraga para el conocimiento del documento unificado: SI/NO

- Creación de otros equipos de trabajo surgidos de la necesidades evaluadas: SI/NO

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1286

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE CAPACITACION DEL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA EN PATOLOGÍA TIEMPO-DEPENDIENTE

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1286 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAS HERAS ALONSO HORTENSIA PAULA

Título  
PROGRAMA DE CAPACITACION DEL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA EN PATOLOGÍA TIEMPO-DEPENDIENTE

Colaboradores/as:  
MUÑOZ ALCAIDE MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CS FRAGA

Servicio/Unidad principal .....: EAP FRAGA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Creemos necesario la creación de dicho proyecto de mejora para garantizar la atención óptima del paciente en patología de tiempo- dependiente.

#### ÁREAS DE MEJORA

-Dotar de la formación actualizada y vigente a los trabajadores que interactúan como equipo en la atención de estas patologías.  
-Calidad en la atención a las mismas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Es preciso que el personal sanitario realice una revisión actualizada y entrenamiento periodico para correcta y rápida actuación.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Revisión y actualización en patologías tiempo dependientes para el personal sanitario con carácter anual.  
-Mejorar la calidad de la atención de nuestros pacientes en patologías tiempo-dependientes.  
-Mejorar la formación del personal sanitario.  
-Favorecer la interrelación con los diferentes especialistas con los que se trabaja en íntima relación en estas patologías.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación de un equipo de trabajo con designación de secretari@ para la recogida de las actas y realización de un cronograma de trabajo para la realización detallada del mismo.

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Hortensia Las Heras

2. Reuniones mensuales del equipo de trabajo.

Fecha inicio: 19/09/2022  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Equipo de trabajo

3. Revisión Código: ICTUS,IAM, SEPSIS y SVB/SVA pediátrico/adultos.

Fecha inicio: 19/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Equipo de trabajo

4. Realización de reunión multidisciplinar con los servicios del Hospital de Barbastro de Formación, Cardiología, Neurología, Urgencias y 061 para la organización de las sesiones del centro.

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Equipo de trabajo

5. -Realización formativa práctica de SVB/SVA adulto y pediátrico.  
-Realización formativa práctica código ICTUS.  
-Realización formativa práctica código IAM.  
-Realización formativa código SEPSIS.

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/05/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1286

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE CAPACITACION DEL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA EN PATOLOGÍA TIEMPO-DEPENDIENTE

Responsable.: Equipo de trabajo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Realización de reuniones mensuales grupo de trabajo

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Numero de reuniones  
Denominador .....: Numero de meses  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Actas de reuniones  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Realización de reuniones con los diferentes servicios

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Numero de reuniones  
Denominador .....: Numero de meses  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Actas de reuniones  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Realización de formación

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Numero de sesiones de formación  
Denominador .....: Numero de protocolos para formación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Información de Unidad Docente  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Emergencia Vital.

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1294

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL BIENESTAR EMOCIONAL DE LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA, MEDIANTE RECOMENDACION DE ACTIVOS

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1294 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RANZ ANGULO ROSANA

Título  
MEJORA DEL BIENESTAR EMOCIONAL DE LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA, MEDIANTE RECOMENDACION DE ACTIVOS

Colaboradores/as:  
CIRIA ACEBILLO TERESA  
DEL PINO CARO PALOMA  
LARDIES UTRILLA DAVID  
MILLANES GALLINAT PATRICIA GLORIA  
NAVASA DE SUS MARIA INES  
SERRANO PELLUS NOEMI  
SUELVES PENA ANA

Ubicación principal del proyecto.: CS FRAGA

Servicio/Unidad principal .....: EAP FRAGA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

A pesar de carecer de estudios cuali y cuantitativos que nos diga la situación real de la que partimos, el personal sanitario del Centro de Salud de Fraga, como acompañantes de estos jóvenes a lo largo del tiempo en su crecimiento personal, detectamos las necesidades que tiene este grupo de población para poder desarrollarse de la niñez a la etapa adulta con el mayor potencial. Según la OMS, se entiende por adolescencia el periodo de 10 a 19 años.

#### ÁREAS DE MEJORA

En los últimos años hemos detectado un aumento de consultas médicas de adolescentes con trastornos de la conducta. Existen numerosos recursos en la comunidad que pueden favorecer el bienestar emocional de la población, mediante intervenciones desmedicalizadas, que a su vez consiguen disminuir las inequidades en salud.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Detectamos falta de recursos y habilidades personales en gran parte de los adolescentes para desenvolverse en su vida diaria, y consideramos fundamental capacitarles y hacerles conscientes de sus habilidades y talentos, para así empoderarles y que se enfrenten ante las vicisitudes del camino con todo su potencial. Dicha carencia de recursos personales, les lleva en ocasiones a conductas disruptivas: abuso de pantallas, inadecuado uso de redes sociales, sedentarismo, falta de relaciones sociales, distorsión de su imagen, abuso de sustancias,...Y todo esto a su vez les puede conducir a fracaso escolar, adicciones, sobrepeso,... determinando de una manera directa su estado de salud. Si somos capaces de intervenir sobre sus determinantes podremos parar la cadena de acontecimientos evitando inequidades de salud.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal de esta recomendación de activos (RA) es mejorar el bienestar psicológico y emocional de la población adolescente (10-19 años) del municipio de Fraga, en la que hemos detectado trastornos o alteración de su comportamiento.

Codificados sus diagnósticos en OMI con CIAP:

- P22: Trastorno del comportamiento del niño.
- P23: Alteración de las conductas del adolescente.
- P80: Signos/síntomas del comportamiento del niño/adolescente (P22 y P23).

Como objetivos específicos pretendemos conseguir:

- Aumento de la autoestima y confianza, sentido de control y empoderamiento.
- Disminución de síntomas de ansiedad y/o depresión y del estado de ánimo negativo.
- Aumento en la sociabilidad, habilidades de comunicación y conexiones sociales.
- Favorecer un estilo de vida más saludable.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Inclusión del activo (Cruz Blanca) en la herramienta de búsqueda de la web/blog de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Inés Navasa y Ana Suelves

2. Presentación del proyecto al EAP

Fecha inicio: 01/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1294

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL BIENESTAR EMOCIONAL DE LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA, MEDIANTE RECOMENDACION DE ACTIVOS

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Rosana Ranz Angulo y David Lardies

3. Reuniones trimestrales con la trabajadora social de Cruz Blanca para valorar el desarrollo de los talleres.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Rosana Ranz y Paloma del Pino

4. Inicio prescripción de recomendación activos (RA) a adolescentes

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Todos miembros del EAP

5. Realización de bases de datos para recogida información y ubicación en carpeta común CS

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Teresa Ciria y Noemí Serrano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

De los activos disponibles para nuestra población de intervención hemos seleccionado Cruz Blanca ya que es una fundación muy activa en Fraga que trabaja con todos estratos sociales, pero fundamentalmente trabajan con personas migrantes, víctimas de trata de personas, prostitución....Tienen un programa de inmersión lingüística, una escuela de familias(donde interviene la trabajadora social) y también una ludoteca en un barrio "desfavorecido" donde acuden niños y adolescentes. Desde la fundación, también han detectado la necesidad de trabajar con algunos de estos jóvenes, que acudían a sus actividades, que en ocasiones mostraban conductas sexistas, sexualizadas, con abuso de pantallas, falta de habilidades sociales... Los adolescentes realizan talleres con una psicóloga donde abordan, de una forma dinámica, todos los aspectos globales de la salud para tratar de aumentar su bienestar psicológico y empoderarles para que sean capaces de enfrentarse a la vida con todas las habilidades posibles. Los talleres se realizan en la ludoteca los miércoles y tienen una duración de hora u hora y media.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Realización de talleres programados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de talleres realizados

Denominador .....: Número de talleres programados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: -Plan de Cruz Blanca de talleres programados

-Registro de asistentes a talleres

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Finalización del total de talleres

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de adolescentes que han finalizado los talleres

Denominador .....: Número de adolescentes totales asistentes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: -Registro de adolescentes asistentes

-Registro del total de adolescentes adheridos a la RA

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Prescripción de recomendación de activos

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de profesionales que han prescrito la recomendación de activos

Denominador .....: Número total de profesionales implicados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: -Registro en Excel de los profesionales que han realizado RA

-Organigrama del EAP

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Satisfacción de adolescentes

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de adolescentes satisfechos por talleres

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1294

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL BIENESTAR EMOCIONAL DE LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA, MEDIANTE RECOMENDACION DE ACTIVOS

Denominador .....: Número total de adolescentes asistentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción realizada al finalizar los talleres  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Aumento autoestima a los 3 meses de finalizar talleres  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de adolescentes que perciben aumento de autoestima a los 3 meses de finalizar los talleres  
Denominador .....: Número total de adolescentes asistentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: -Encuesta de autoevaluación a los 3 meses de finalizar los talleres, mediante escala numérica 1-10 (formato papel o Googleform)  
-Registro adolescentes asistentes.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. Disminución de ansiedad/tristeza a los 3 meses de finalizar talleres  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de adolescentes que perciben disminución de ansiedad/tristeza a los 3 meses de finalizar talleres  
Denominador .....: Número total de adolescentes asistentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: -Encuesta de autoevaluación a los 3 meses de finalizar los talleres, mediante escala numérica 1-10 (formato papel o Googleform)  
-Registro adolescentes asistentes.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. Aumento de habilidades sociales y comunicación a los 3 meses de finalizar talleres  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de adolescentes que perciben aumento de habilidades sociales y comunicación a los 3 meses de finalizar talleres  
Denominador .....: Número total de adolescentes asistentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: -Encuesta de autoevaluación a los 3 meses de finalizar los talleres, mediante escala numérica 1-10 (formato papel o Googleform)  
-Registro adolescentes asistentes.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

8. Mejora estilos de vida a los 3 meses de finalizar talleres  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de adolescentes que perciben mejora en sus estilos de vida a los 3 meses de finalizar talleres  
Denominador .....: Número total de adolescentes asistentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: -Encuesta de autoevaluación a los 3 meses de finalizar los talleres, mediante escala numérica 1-10 (formato papel o Googleform)  
-Registro adolescentes asistentes.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1294

### 1. TÍTULO

#### **MEJORA DEL BIENESTAR EMOCIONAL DE LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA, MEDIANTE RECOMENDACION DE ACTIVOS**

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#16

### 1. TÍTULO

#### PREVENCION DE SECUELAS POSTINMOVILIZACION TRAUMATICA DE EXTREMIDADES

Fecha de entrada: 26/05/2022

Nº de registro: 2022#16 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA

Título  
PREVENCION DE SECUELAS POSTINMOVILIZACION TRAUMATICA DE EXTREMIDADES

Colaboradores/as:  
CALLEJERO GUILLEN ALFONSO JAVIER  
CORONAS TURMO SARA  
GUAL PLANAS MONTSERRAT  
IGLESIAS TRIVIÑO ANA ROSA  
LIZANDRA MIGUEL JUAN PEDRO  
MONCLUS MURO ANA-TERESA  
MONFORT FERRIS SUSANA

Ubicación principal del proyecto.: CS GRAUS

Servicio/Unidad principal .....: EAP GRAUS

Ubicación/es secundaria/s  
BARBASTRO\*CENTRO DE SALUD AINSA\*EAP AINSA\*AP (Atención Primaria)  
BARBASTRO\*CENTRO DE SALUD BARBASTRO\*EAP BARBASTRO\*AP (Atención Primaria)  
BARBASTRO\*CENTRO DE SALUD BINEFAR\*EAP BINEFAR\*AP (Atención Primaria)  
BARBASTRO\*CENTRO DE SALUD CASTEJON DE SOS\*EAP CASTEJON DE SOS\*AP (Atención Primaria)  
BARBASTRO\*CENTRO DE SALUD DE MONZON URBANO\*EAP MONZON URBANO\*AP (Atención Primaria)  
BARBASTRO\*CENTRO DE SALUD FRAGA\*EAP FRAGA\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: --Otras--

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
En la actualidad la Fisioterapia en AP se centra fundamentalmente en las actividades de tipo asistencial. Con este proyecto se pretenden incluir actividades de prevención y promoción de la salud, que mejoren la recuperación funcional del paciente tras una inmovilización postraumática de las extremidades.

**ÁREAS DE MEJORA**  
Instaurar una consulta de fisioterapia centrada en educación sanitaria para la prevención de secuelas de inmovilización tras una lesión traumática de extremidades.  
Fomentar el abordaje multidisciplinar en AP del paciente con una lesión traumática de extremidades

**ANALISIS DE CAUSAS**  
La fuerte demanda asistencial de la fisioterapia en AP a menudo deja en segundo plano las actividades de prevención y promoción de la salud. Así mismo, la fisioterapia en su vertiente preventiva, no suele considerarse un recurso práctico en la actividad de los EAP.

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
Prevenir y minimizar el impacto que ejercen sobre la salud los periodos de inactividad y/o inmovilización tras una lesión traumática de las extremidades, con objeto de mejorar la recuperación funcional y acortar los tiempos de retorno a las actividades de la vida diaria, laborales y deportivas.  
El proyecto va destinado a pacientes de cualquier edad y género, que presenten un diagnóstico de lesión músculo-esquelética, que precisen una inmovilización superior a 8 días y que en el momento de la prestación del servicio se encuentren en dicha fase, y que cumplan los criterios de inclusión del protocolo de derivación a las UFAP del Sector de Barbastro.

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión bibliográfica y búsqueda de las evidencias existentes acerca del impacto sobre la salud que ocasiona un periodo de inmovilización postraumática de extremidades

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Todos los integrantes del proyecto

2. Elaboración de un protocolo de actuación para la atención fisioterápica de la población diana, que contemple la captación, derivación, citación, actividades a realizar y evaluación.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Todos integrantes del proyecto

3. Presentación del proyecto y del protocolo en los EAP que cuenten con una Unidad de Fisioterapia de AP de referencia (sesión clínica)

Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#16

### 1. TÍTULO

#### PREVENCION DE SECUELAS POSTINMOVILIZACION TRAUMATICA DE EXTREMIDADES

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Todos los integrantes del proyecto

4. Puesta en marcha del proyecto en los EAP que cuenten con una Unidad de Fisioterapia de AP de referencia

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 01/05/2023

Responsable.: Todos los integrantes del proyecto

5. Evaluación

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 01/05/2023

Responsable.: Todos los integrantes del proyecto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Reuniones presenciales y no presenciales de los integrantes del grupo de trabajo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de reuniones de los integrantes del grupo de trabajo

Denominador .....: Número de reuniones de los integrantes del grupo de trabajo

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro de las reuniones

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

2. Número de usuarios derivados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de usuarios derivados

Denominador .....: Número de usuarios derivados

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Agenda de la Unidad de Fisioterapia de AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1000.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1000.00

3. Número de su usuarios que cumplen los criterios de inclusión del protocolo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de usuarios que cumplen los criterios de inclusión del protocolo

Denominador .....: Número de usuarios derivados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de atención y agenda de la Unidad de Fisioterapia de AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Número de sesiones de atención fisioterápica efectivas por usuario

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de sesiones de atención fisioterápica efectivas por usuario

Denominador .....: Número de las asistencia sesiones de atención fisioterápica pautadas por usuario

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de atención y agenda de la Unidad de Fisioterapia de AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Encuesta de satisfacción del usuario

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Puntuación obtenida en la valoración subjetiva del usuario

Denominador .....: Puntuación máxima total

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción del usuario

Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#16

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DE SECUELAS POSTINMOVILIZACIÓN TRAUMÁTICA DE EXTREMIDADES

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#999

### 1. TÍTULO

#### CAPTACION PARA EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CERVIX DIRIGIDO A LAS MUJERES DE NUEVA ADSCRIPCIÓN A NUESTRA ZONA BÁSICA DE SALUD

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#999 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HERRAIZ VILELLAS MARIA JOSE

Título  
CAPTACION PARA EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CERVIX DIRIGIDO A LAS MUJERES DE NUEVA ADSCRIPCIÓN A NUESTRA ZONA BÁSICA DE SALUD

Colaboradores/as:  
BERNUES SANZ GUILLERMO-ALEJ  
GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ  
GRACIA MARCO MARIA ASUNCION  
THACCO VELARDE MAGALY

Ubicación principal del proyecto.: CS LAFORTUNADA

Servicio/Unidad principal .....: EAP LAFORTUNADA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

A pesar de contar con una alta cobertura en este programa, hay un sector, población diana, que es difícil de captar: Mujeres de nueva adscripción al C.S. y sin controles previos, y por otra parte mujeres que hacen el seguimiento en consultas privadas sin determinaciones de HPV

#### ÁREAS DE MEJORA

Puerta de entrada al programa  
Seguimiento, privado, solo por citología

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desconocimiento del programa y su importancia  
Falta de conocimientos sobre la importancia de la determinación de HPV oncogénicos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Aumentar el número de mujeres captadas para seguimiento.

Población diana: Mujeres que cumplen criterios y no han accedido o han abandonado el Programa y que van a residir más de 6 meses, o de forma permanente en nuestra Z.B.S.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Información, en el momento de realizar visita médica o de enfermería por cualquier motivo

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Todas las enfermeras y médicos del C.S.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizarán cribados con listados del programa y listados edad/ sexo de Base de Datos de Usuarios

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Nivel de agregación: Zona básica. Recogida datos para indicadores: Colaboración con administrativa (B.D.U.)

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#47

### 1. TÍTULO

#### INTERCOMUNICACION MEDICO-FARMACEUTICA PARA DISMINUIR LA SOBRECARGA TELEFONICA DEL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 03/06/2022

Nº de registro: 2022#47    \*\* Eficiencia    \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CALDERO SANTIAGO LIDIA

Título  
INTERCOMUNICACION MEDICO-FARMACEUTICA PARA DISMINUIR LA SOBRECARGA TELEFONICA DEL CENTRO DE SALUD

Colaboradores/as:  
FERRER SANZ MARIA-JOSEFA  
NAVARRO ARIBAU MONTSERRAT  
URREA URREA MARIA ROSALIA  
VAL ESCO LAURA

Ubicación principal del proyecto.: CS MEQUINENZA

Servicio/Unidad principal .....: EAP MEQUINENZA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Durante estos últimos años, derivado en parte por la pandemia, se ha observado un gran aumento de sobrecarga en los centros de salud.  
Gran parte, sobre todo, a nivel de demanda telefónica a los profesionales de admisión, para solicitar diferentes consultas, ya que ha habido un cambio exponencial en la forma de actuar y de valorar a los pacientes por parte de medicina y enfermería.  
Entre esta nueva modalidad, se añade la necesidad de la renovación de las recetas electrónicas, implicando un exceso de llamadas telefónicas en los centros.

#### ÁREAS DE MEJORA

Con este proyecto se intenta mejorar el feedback farmacia-paciente-centro de salud y agilizar el trámite de renovación de recetas electrónicas.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La pandemia ha generado un cambio en la forma de solicitar citas y actuación de los pacientes y profesionales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo primario: Disminuir la cantidad de llamadas telefónicas y/o asistencia al centro de salud; cuya finalidad es la simple renovación de receta electrónica. Objetivos secundarios: Establecer un vínculo más organizado y ágil para el servicio de admisión, los profesionales sanitarios y los pacientes. Población diana: Toda la población que corresponde al centro de salud de Mequinenza.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se plantea una correlación simbiótica entre la farmacia de referencia y el centro de salud, para mejorar esta situación.

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 01/01/2024

Responsable.: Lidia Calderó Santiago

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El planteamiento y organigrama sería el siguiente:

-Diariamente se informa vía correo electrónico al centro de salud, por parte de la farmacia, mediante una tabla de Word, separada en dos partes:

1. Los AR de los pacientes que tienen la receta a punto de caducar y la fecha en que esta caduca.

2. Los AR de los pacientes que caduca la receta más adelante y la fecha en que esto ocurre.

-La administrativa con esta tabla, cita a los pacientes en el médico correspondiente para renovar dicha receta.

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Llamadas telefónicas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Llamadas referentes a solicitud de renovación de recetas

Denominador .....: Llamadas totales en el centro de salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Citaciones generadas en agenda para renovación de recetas

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#47

### 1. TÍTULO

#### INTERCOMUNICACION MEDICO-FARMACEUTICA PARA DISMINUIR LA SOBRECARGA TELEFONICA DEL CENTRO DE SALUD

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Visitas a admisión para renovar recetas.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Visitas de los pacientes al mostrador solicitando renovar receta electrónica

Denominador .....: Visitas totales de los pacientes al mostrador por múltiples motivos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Citaciones generadas en agenda para renovación de recetas

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se valorará en porcentaje, siendo el mínimo 20%- máximo 80%, la disminución de llamadas telefónicas para solicitar renovación de receta electrónica.

Se valorará en porcentaje, siendo el mínimo 20%- máximo 80%, la disminución de visitas al centro de salud para solicitar renovación de receta electrónica.

Se recogerá mediante tabla de puntuación la valoración de la administrativa y de los profesionales médicos de este procedimiento.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Renovación de receta electrónica

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#48

### 1. TÍTULO

#### USO RACIONAL DE TU CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 04/06/2022

Nº de registro: 2022#48    \*\* Eficiencia    \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CALDERON SANCHEZ ROGELIO

Título  
USO RACIONAL DE TU CENTRO DE SALUD

Colaboradores/as:  
BETRIAN HERRERA PATRICIA  
JUAREZ CASTELLO PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS MEQUINENZA

Servicio/Unidad principal .....: EAP MEQUINENZA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Difusión de la organización del centro de salud respecto a las posibilidades de acceso a los profesionales sanitarios y administrativos en atención primaria y continuada. Falta de información de la población a la hora de solicitar los diferentes tipos de consulta y las consecuencias derivadas de ello.

#### ÁREAS DE MEJORA

Uso erróneo de los servicios sanitarios locales.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de conocimiento de los recursos asistenciales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Optimización de los recursos asistenciales.

Concienciar a la población de que un uso adecuado del centro de salud repercute en una mejora de la calidad asistencial.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Videos cortos tipo "píldora" informativos acerca de los recursos asistenciales con difusión en canales audiovisuales locales.

Póster ilustrativo básico con exposición en el centro de salud.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Rogelio Calderón Sánchez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Poner en conocimiento de la población los diferentes tipos de consultas y qué actividades se realizan en cada una de ellas.

Informar a la población de las consecuencias derivadas de un uso erróneo de las consultas existentes.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Encuesta:4 preguntas dirigida a la población para evaluar el calado de la información divulgada.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de respuestas correctas

Denominador .....: nº total de preguntas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

2. Encuesta:2 preguntas a los prof. sanit. para evaluar la dinámica asistencial de mañanas y de guardia

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de preguntas correctas

Denominador .....: nº total de preguntas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#48

### 1. TÍTULO

#### USO RACIONAL DE TU CENTRO DE SALUD

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

La encuesta dirigida a la población se distribuiría vía ayuntamiento para favorecer el máximo alcance.  
La encuesta dirigida a los profesionales sanitarios sería anónima.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Ninguna

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#67

### 1. TÍTULO

#### TELEDERMATOLOGIA: UNA NUEVA VISION DE FUTURO

Fecha de entrada: 09/06/2022

Nº de registro: 2022#67 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VAL ESCO LAURA

Título  
TELEDERMATOLOGIA: UNA NUEVA VISION DE FUTURO

Colaboradores/as:  
BETRIAN HERRERA PATRICIA  
CALDERO SANTIAGO LIDIA  
CALDERON SANCHEZ ROGELIO  
NAVARRO ARIBAU MONTSERRAT

Ubicación principal del proyecto.: CS MEQUINENZA

Servicio/Unidad principal .....: EAP MEQUINENZA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La dermatología es una especialidad con una importancia relevante en la imagen para el diagnóstico final. Poder ofrecer un servicio en que se realiza una imagen, debido a la gran dispersión del sector y la avanzada edad de los pacientes, la realización de tele dermatología es un avance muy importante para la mejora de la calidad asistencial de la población y del diagnóstico precoz de lesiones cutáneas malignas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Diagnóstico precoz de lesiones cutáneas malignas.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Demora entre interconsulta virtual sin imagen y la valoración del paciente en consulta de dermatología.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas.  
Agilizar las consultas entre Atención Primaria y Dermatología.  
Evitar desplazamientos en población avanzada y con recursos más limitados.  
Población diana: toda la población de Mequinenza.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación para la realización de tele dermatología y uso del dermatoscopio.

Fecha inicio: 18/05/2022  
Fecha final.: 18/05/2022  
Responsable.: Laura Val Esco

2. Formación explicativa a los profesionales del equipo de atención primaria respecto la patología candidata para dicha consulta.

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 01/06/2022  
Responsable.: Laura Val Esco

3. Agenda específica para realizar la toma de imágenes.

Fecha inicio: 07/06/2022  
Fecha final.: 01/01/2024  
Responsable.: Laura Val Esco

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Proporción de patología maligna

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes diagnosticados de patología maligna

Denominador .....: Total de interconsultas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Tabla excel con los datos de los pacientes vistos en consulta

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#67

### 1. TÍTULO

#### TELEDERMATOLOGIA: UNA NUEVA VISION DE FUTURO

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Ejecución de la lectura de las interconsultas en un periodo de tiempo determinado

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de interconsultas respondidas en menos de una semana

Denominador .....: Total de interconsultas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Tabla excel a partir de los datos de OMI, sobre el diagrama organizativo de la orden clínica.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Proporción de pacientes valorados en consulta médica de dermatología

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes valorados en consulta de dermatología

Denominador .....: Total de interconsultas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Tabla excel a partir de los datos de OMI, sobre los pacientes que el servicio de dermatología considera candidatos para valoración presencial.

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#77

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE AUTOTOMA PARA CRIBADO CANCER DE CERVIX

Fecha de entrada: 10/06/2022

Nº de registro: 2022#77 \*\* Atención a tiempo: cáncer \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
JUAREZ CASTELLO PILAR

Título  
PROGRAMA DE AUTOTOMA PARA CRIBADO CANCER DE CERVIX

Colaboradores/as:  
DE LA CRUZ BEATO DIOKELY  
FERRER SANZ MARIA-JOSEFA  
MENDOZA ESCUER INMACULADA  
POBO SANCHO LAURA

Ubicación principal del proyecto.: CS MEQUINENZA

Servicio/Unidad principal .....: EAP MEQUINENZA

Línea estratégica: Atención a tiempo: cáncer

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Programa de autotoma para cribado cancer de cervix.  
Existen bajos resultados y/o registros  
Pretendemos acercar el programa a todas las mujeres entre 25-65 años, Baja asistencia para realizar citologias a Fraga, población de referencia.

ÁREAS DE MEJORA  
Mejorar la prevención del cancer de cervix

ANALISIS DE CAUSAS  
Dificultad para acudir a la Matrona de Fraga  
Desconocimiento de la existencia del programa  
Falta de interes por el programa (asintomatologia)

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Acercar el programa de cancer de cervix a aquellas mujeres que por diferentes situaciones, lejanía, dificultad al desplazamiento o situación social, tienen problemas para cumplirlo.  
Captación y registro por parte de medicina y enfermería.  
Aumentar resultados cartera de servicio.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Captar mujeres entre 25-65 años por parte de medicina y enfermería.  
Fecha inicio: 13/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Pilar Juarez Castello

2. Registrar las citologias realizadas en Medicina privada.

Fecha inicio: 13/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Pilar Juarez Castello

3. Explicación y obtención de la autotoma para enviar a la atención de la Matrona.

Fecha inicio: 13/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Pilar Juarez Castello

4. Captación de las mujeres de origen Magrebi que por cuestiones de trabajo y dependencia tienen mas dificultad para acudir en horario de mañana al C.S. Fraga.  
Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Pilar Juarez Castello

5. Recuperación trabajo en población de Fayon para actualizar resultados.  
Fecha inicio: 13/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Pilar Juarez Castello

6. Actuar en los dos cupos medicos del C.S.Mequinenza  
Fecha inicio: 13/06/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#77

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE AUTOTOMA PARA CRIBADO CANCER DE CERVIX

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Pilar Juarez Castello

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Resultados cartera de servicios

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de citologias realizadas

Denominador .....: numero total de mujeres entre 25 y 65 años

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listados por cartera de servicio y cupos

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#160

### 1. TÍTULO

#### CUIDANDO AL CUIDADOR. ESTRATEGIAS DEL BIENESTAR EMOCIONAL

Fecha de entrada: 17/06/2022

Nº de registro: 2022#160 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA-MIGUEL SEVILLA INMACULADA

Título  
CUIDANDO AL CUIDADOR. ESTRATEGIAS DEL BIENESTAR EMOCIONAL

Colaboradores/as:  
COLON LIRIANO LEONARDO VLADIMIR  
GUTIERREZ FERNANDEZ PABLO  
LONCAN MARGALEJO MARIA-DOLORES  
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS  
PUENTE CIRIA JAVIER  
PUYUELO BLECUA MARIA CARMEN  
VALLE PUYOL MYRIAN

Ubicación principal del proyecto.: CS MONZON RURAL

Servicio/Unidad principal .....: EAP MONZON RURAL

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde la Atención Primaria se hace un seguimiento y acompañamiento a las personas dependientes, con enfermedades crónicas que por su situación pluripatológica, les hace necesitar el apoyo de otras personas que les ayuden en sus cuidados o incluso les suplan.

La importancia de este proyecto radica en que cuidar a una persona dependiente no es fácil y supone una notable fuente de estrés. El desempeño del rol de cuidador está asociado a importantes niveles de sobrecarga emocional y física, así como a numerosos costes personales, afectando a su trabajo y/o estudios, vida familiar, pareja, salud, ocio y tiempo libre.

La utilidad de este proyecto está en proporcionar a la persona cuidadora una serie de estrategias que le van a permitir estar menos triste, sentirse menos angustiado o agobiado, disfrutar un poco más en el día a día...

Estrategias que le van a posibilitar, en suma, vivir mejor mientras se es cuidador.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Desconocimiento de cómo el hecho de cuidar afecta a la vida del cuidador.
2. Sobrecarga emocional.
3. Sobrecarga física.
4. Gestión del tiempo.
5. Delegar y pedir ayuda.
6. Falta de estrategias de relajación.
7. Conocimiento de recursos públicos y privados.
8. Manejo de la medicación.

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. El cuidador se centra tanto en el cuidado y la persona a la que atiende que no se presta atención a sí mismo y en muchas ocasiones no es capaz de relacionar que sus problemas de salud están causados por una sobrecarga física y emocional de la que no es consciente.
2. La sobrecarga emocional es el cúmulo de muchas situaciones: sentimientos de culpa, asumir un exceso de responsabilidad sin pedir ayuda o delegar tareas, chantaje y manipulación de la persona dependiente, abandono de vida social, problemas laborales, reducir la atención que se le da a otras personas de proximidad como hijos, cónyuges o amigos, etc.
3. La sobrecarga física: viene dada por el agotamiento de querer atender todo el cuidado del dependiente más las obligaciones anteriores: propia familia, trabajo y proyecto vital.
4. La sobrecarga hace que los cuidadores vayan a demanda de lo que surge sin priorizar tareas y planificar actividades que atiendan a todas las esferas de su vida: el rol de cuidador, su propia familia, su propia persona y su proyecto vital.
5. Es habitual que los cuidadores no pidan ayuda o deleguen tareas, porque asumen el compromiso de cuidar y si delegan creen que el resto no lo hace tan bien como ellos y además se llenan de sentimiento de culpa porque consideran que han fracasado al no poder atender a la persona dependiente.
6. Están en tensión constante, a causa de esa falta de atención sobre ellos mismos ya que sólo se preocupan de la persona que están cuidando.
7. Desde la Comarca de Cinca Medio nos indican que en Monzón hay un desconocimiento de los recursos que existen a través del IASS y de Comarca ya que sienten que no se están solicitando las esperadas para el número de habitantes de la localidad.
8. El manejo de la medicación produce mucho estrés al cuidador ya que se dan situaciones de duda sobre si se ha dado la medicación o no, si se ha tomado dos dosis seguidas, la renovación de recetas, para que son las medicaciones, etc.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#160

### 1. TÍTULO

#### CUIDANDO AL CUIDADOR. ESTRATEGIAS DEL BIENESTAR EMOCIONAL

Disminuir la sobrecarga del cuidador.

Objetivos específicos:

Realizar las actividades propuestas.

Conseguir una participación adecuada para la viabilidad del programa.

Reconocer la utilidad del programa por parte de los participantes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Presentación de un caso práctico. A partir de allí se hace un debate entre los asistentes de qué le ocurre a la persona del caso y que debería hacer para resolver sus problemas. Los asistentes a través

Fecha inicio: 17/06/2022

Fecha final: 17/06/2022

Responsable.: Inmaculada Garcia-Miguel Sevilla

2. Taller de relajación

Fecha inicio: 17/06/2022

Fecha final: 17/06/2022

Responsable.: Pilar Martín enfermera jubilada.

3. Herramienta de manejo de medicación.

Fecha inicio: 24/06/2022

Fecha final: 24/06/2022

Responsable.: Vladimir Colón Médico de Atención Primaria

4. Taller de estrategias cognitivas

Fecha inicio: 24/06/2022

Fecha final: 24/06/2022

Responsable.: Lorena Moret psicóloga de Comarca Cinca Medio

5. Sesión informativa de recursos y ayudas disponibles.

Fecha inicio: 24/06/2022

Fecha final: 24/06/2022

Responsable.: Yolanda Encinas directora de Servicios Sociales de la Comarca de Cinca Medio.

6. Encuesta de satisfacción.

Fecha inicio: 24/06/2022

Fecha final: 24/06/2022

Responsable.: Yolanda Encinas directora de Servicios Sociales de la Comarca de Cinca Medio.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de actividades realizadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Actividades realizadas

Denominador .....: Actividades propuestas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de registro de sesión.

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de participación.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de sesiones que alcanzan el número mínimo de participantes

Denominador .....: Número total de sesiones

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de registro de sesión.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de participantes que declaran que les ha sido útil el programa.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de participantes que reconocen haberles sido útil el programa

Denominador .....: Número total de participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#160

### 1. TÍTULO

#### CUIDANDO AL CUIDADOR. ESTRATEGIAS DEL BIENESTAR EMOCIONAL

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: --Otros--> Riesgo de cansancio del rol del cuidador.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#270

### 1. TÍTULO

#### ROMPEMOS LA BRECHA DIGITAL EN MONZON RURAL: DESCARGAMOS Y APRENDEMOS A MANEJAR LA APP DE SALUD INFORMA

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#270 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LONCAN MARGALEJO MARIA-DOLORES

Título  
ROMPEMOS LA BRECHA DIGITAL EN MONZON RURAL: DESCARGAMOS Y APRENDEMOS A MANEJAR LA APP DE SALUD INFORMA

Colaboradores/as:  
BARRADO LAVILLA SARA  
GUTIERREZ FERNANDEZ PABLO  
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS  
PEREZ SANZ NURIA  
PUENTE CIRIA JAVIER  
PUYUELO BLECUA MARIA CARMEN  
SILLES ESFORZADO MONTSERRAT

Ubicación principal del proyecto.: CS MONZON RURAL

Servicio/Unidad principal .....: EAP MONZON RURAL

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La saturación y masificación de los servicios de admisión en Atención Primaria son un indicador que denota una necesidad de cambio en la forma de relacionarse el ciudadano con el sistema, especialmente en la forma de pedir cita. Es habitual que los centros de salud encuentren sus líneas telefónicas colapsadas, y a su vez los profesionales de administración se encuentran en la dicotomía de coger el teléfono o atender a la ventanilla. En gran número de ocasiones ambas demandas son simplemente actos para pedir cita. El Servicio Aragonés de Salud ha desarrollado una APP donde el paciente tiene acceso a su historia clínica, receta electrónica, etc y desde esa aplicación puede pedir cita para su médico, enfermera...

La brecha digital es cualquier distribución desigual en el acceso, en el uso, o en el impacto de las tecnologías de la información y la comunicación entre grupos sociales. Estos grupos pueden definirse con base en criterios de género, geográficos, culturales, o de otro tipo.

El término brecha digital describe una brecha en términos de acceso y uso de la tecnología de la información y la comunicación. Tradicionalmente se consideraba una cuestión principalmente de acceso. En la actualidad, con una penetración global de teléfonos móviles de más del 95%, la desigualdad relativa se plantea entre aquellos que tienen más o menos habilidades asociadas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Desconocimiento de qué servicios ofrece la APP del SALUD.

Desconocimiento de cómo descargar la APP del SALUD.

Desconocimiento de cómo usar la APP del SALUD.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Muchas personas todavía no saben que existe una APP del SALUD que les permite hacer gestiones como pedir cita, ver la historia electrónica, ver la receta digital, etc. Otras personas que sí que han oído hablar de la aplicación del SALUD no conocen las ventajas que ofrece y por ello no la descargan en sus móviles.

También existe un grupo poblacional que usaría la APP si alguien le enseñase a descargarla. La dificultad la tienen porque o bien no saben descargar la APP u otros lo que tienen es miedo de descargar alguna APP que pueda ser un virus.

Una vez descargada el principal problema es el miedo a saber utilizarla. Este miedo se pierde cuando al paciente se le explica como utilizarla y se ensaya con él varias veces su uso. Por ejemplo, le enseñan a coger cita y le hacen repetir varias veces el acto.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

Incrementar el número de usuarios que manejen la APP del SALUD en la zona básica de salud de Monzón Rural.

Objetivos específicos:

Realizar las actividades propuestas.

Diseñar un taller de aprendizaje de descarga y uso de APP del Salud.

Conseguir un número de participantes adecuado en cada sesión.

Percibir la APP como una herramienta útil para citarse por parte de los usuarios.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Diseño de un taller en el que se aprenderá a descargar la APP del SALUD y se harán prácticas de como citarse con el médico y enfermero.

Fecha inicio: 24/06/2022

Fecha final.: 26/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#270

### 1. TÍTULO

#### ROMPEMOS LA BRECHA DIGITAL EN MONZON RURAL: DESCARGAMOS Y APRENDEMOS A MANEJAR LA APP DE SALUD INFORMA

Responsable.: Dolores Loncán. Enfermera Coordinadora de EAP Monzón Rural

2. Captación con ayuntamientos para agendar día y local dónde aplicar el taller

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final.: 24/10/2022

Responsable.: Enfermeras de cada consultorio.

3. Puesta en práctica de los talleres.

Fecha inicio: 05/10/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Dolores Loncan

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de actividades realizadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Actividades realizadas

Denominador .....: Actividades propuestas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hojas de registro de sesión.

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de sesiones que alcanzan el mínimo de participantes exigido.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de sesiones que alcanzan número mínimo de participantes

Denominador .....: Número de sesiones

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hojas de registro de sesión.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de participantes que perciben como útil la APP del SALUD.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de participantes que perciben como útil al APP del SALUD

Denominador .....: Número de participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Mediante una encuesta final tras realizar el taller.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Destinado a toda la población adulta del centro de salud de Monzón Rural.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#108

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIAS COGNITIVAS PARA EL CUIDADOR DE PERSONAS DEPENDIENTES

Fecha de entrada: 13/06/2022

Nº de registro: 2022#108 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
LANAO MARTIN ADOLFO

Título  
ESTRATEGIAS COGNITIVAS PARA EL CUIDADOR DE PERSONAS DEPENDIENTES

Colaboradores/as:  
BUISAN ESPIAS ROCIO  
COLON LIRIANO LEONARDO VLADIMIR  
GARCIA-MIGUEL SEVILLA INMACULADA  
GUAL PLANAS MONTSERRAT  
GUALLARTE HERRERO OLGA  
LANAU FIERRO YOLANDA  
LASCORZ GOICOECHEA ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS MONZON URBANO

Servicio/Unidad principal .....: EAP MONZON URBANO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde la Atención Primaria se hace un seguimiento y acompañamiento a las personas dependientes, con enfermedades crónicas y que por su situación pluripatológica, les hace necesitar el apoyo de otras personas que les ayuden en sus cuidados o incluso les suplan.

La importancia de este proyecto radica en que cuidar a una persona dependiente no es fácil y supone una notable fuente de estrés. El desempeño del rol de cuidador está asociado a importantes niveles de sobrecarga emocional y física, así como a numerosos costes personales, afectando a su trabajo y/o estudios, vida familiar, pareja, salud, ocio y tiempo libre.

La utilidad de este proyecto está en proporcionar a la persona cuidadora una serie de estrategias que le van a permitir estar menos triste, sentirse menos angustiado o agobiado, disfrutar un poco más en el día a día...

Estrategias que le van a posibilitar, en suma, vivir mejor mientras se es cuidador.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Desconocimiento de cómo el hecho de cuidar afecta a la vida del cuidador.
2. Sobrecarga emocional.
3. Sobrecarga física.
4. Gestión del tiempo.
5. Delegar y pedir ayuda.
6. Falta de estrategias de relajación.
7. Conocimiento de recursos públicos y privados.
8. Manejo de la medicación.
9. Movilización correcta de pacientes.

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. El cuidador se centra tanto en el cuidado y la persona a la que atiende que no se presta atención a sí mismo y en muchas ocasiones no es capaz de relacionar que sus problemas de salud están causados por una sobrecarga física y emocional de la que no es consciente.

2. La sobrecarga emocional es el cúmulo de muchas situaciones: sentimientos de culpa, asumir un exceso de responsabilidad sin pedir ayuda o delegar tareas, chantaje y manipulación de la persona dependiente, abandono de vida social, problemas laborales, reducir la atención que se le da a otras personas de proximidad como hijos, cónyuges o amigos, etc.

3. La sobrecarga física: viene dada por el agotamiento de querer atender todo el cuidado del dependientes mas las obligaciones anteriores: propia familia, trabajo y proyecto vital.

4. La sobrecarga hace que los cuidadores vayan a demanda de lo que surge sin priorizar tareas y planificar actividades que atiendan a todas las esferas de su vida: el rol de cuidador, su propia familia, su propia persona y su proyecto vital.

5. Es habitual que los cuidadores no pidan ayuda o deleguen tareas, porque asumen el compromiso de cuidar y si delegan creen que el resto no lo hace tan bien como ellos y además se llenan de sentimiento de culpa porque consideran que han fracasado al no poder atender a la persona dependiente.

6. Están en tensión constante, a causa de esa falta de atención sobre ellos mismos ya que sólo se preocupan de la persona que están cuidando.

7. Desde la Comarca de Cinca Medio nos indican que en Monzón hay un desconocimiento de los recursos que existen a través del IASS y de Comarca ya que sienten que no se están solicitando las esperadas para el número de habitantes de la localidad.

8. El manejo de la medicación produce mucho estrés al cuidador ya que se dan situaciones de duda sobre si se ha dado la medicación o no, si se ha tomado dos dosis seguidas, la renovación de recetas, para que son las medicaciones, etc.

9. Movilizar a pacientes sin conocimientos adecuados puede producir lesiones que imposibiliten mantener el rol de cuidador o que le arrastren a seguir cuidando con lesiones físicas que no atiende.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#108

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIAS COGNITIVAS PARA EL CUIDADOR DE PERSONAS DEPENDIENTES

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

Disminuir la sobrecarga del cuidador.

Objetivos específicos:

Realizar las actividades propuestas.

Conseguir una participación adecuada para la viabilidad del programa.

Reconocer la utilidad del programa por parte de los participantes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Presentación de un caso práctico. A partir de allí se hace un debate entre los asistentes de qué le ocurre a la persona del caso y que debería hacer para resolver sus problemas.

Fecha inicio: 25/05/2022

Fecha final.: 25/05/2022

Responsable.: Adolfo Lanao Martín enfermero residente de EFyC.

2. Taller de relajación

Fecha inicio: 25/05/2022

Fecha final.: 25/05/2022

Responsable.: Pilar Martín enfermera jubilada que tiene un activo en salud de terapia respiratoria.

3. Taller de estrategias cognitivas

Fecha inicio: 08/06/2022

Fecha final.: 08/06/2022

Responsable.: Lorena Moret psicóloga de Comarca de Cinca Medio.

4. Sesión informativa de recursos y ayudas disponibles.

Fecha inicio: 14/06/2022

Fecha final.: 14/06/2022

Responsable.: Yolanda Encinas directora de Servicios Sociales de la Comarca de Cinca Medio.

5. Taller de manejo de medicación.

Fecha inicio: 16/06/2022

Fecha final.: 16/06/2022

Responsable.: Vladimir Colón médico de Familia y Comunitaria.

6. Sesión informativa de recursos que ofrecen las farmacias de la comarca para la gestión y manejo de la medicación.

Fecha inicio: 16/06/2022

Fecha final.: 16/06/2022

Responsable.: Ángel Más Coordinador de Farmacéuticos de Monzón.

7. Taller de movilización de pacientes.

Fecha inicio: 22/06/2022

Fecha final.: 22/06/2022

Responsable.: Rocío Buisán Fisioterapeuta del Centro de Salud de Monzón.

8. Encuesta de satisfacción.

Fecha inicio: 22/06/2022

Fecha final.: 22/06/2022

Responsable.: Adolfo Lanao Martín enfermero residente de EFyC.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se trata de un programa donde los asistentes participan de forma activa. Por un lado en los talleres se aprenden destrezas y habilidades, y los participantes son miembros activos de la dinámica. Y en las sesiones informativas, gran parte del contenido es a demanda de lo que los participantes solicitan saber.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de actividades realizadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Actividades realizadas.

Denominador .....: Actividades propuestas.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de registro de sesión.

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de participación.

Tipo de indicador: Alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#108

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIAS COGNITIVAS PARA EL CUIDADOR DE PERSONAS DEPENDIENTES

Numerador .....: Número de sesiones que alcanzan el número mínimo de participantes exigido.  
Denominador .....: Número total de sesiones.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de registro de sesión.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de participantes que declaran que les ha sido útil el programa.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de participantes que declaran que les ha sido útil el programa.  
Denominador .....: Número total de participantes.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de valoración final.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

De cada sesión se hace una hoja de registro.

El número de participantes exigido para que una sesión se considere efectiva es entre 7 y 12 personas. Son grupos reducidos porque los asistentes comparten con el grupo situaciones vividas participando de forma activa.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: --Otros--> Personas dependientes o con enfermedades crónicas que necesiten apoyo para las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria.

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#163

### 1. TÍTULO

#### LA CONSULTA CARE ESTANDARIZADA Y FUNCIONAL

Fecha de entrada: 17/06/2022

Nº de registro: 2022#163 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LANAU FIERRO YOLANDA

Título  
LA CONSULTA CARE ESTANDARIZADA Y FUNCIONAL

Colaboradores/as:  
ARDANUY GAMBAU MARTA  
BORDAS BUIL YOLANDA  
GUALLARTE HERRERO OLGA  
LANAO MARTIN ADOLFO  
MARTINEZ CASTRO MARIA DEL MAR  
MELER PARACHE GRACIELA  
RAMOS ESPAÑOL PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS MONZON URBANO

Servicio/Unidad principal .....: EAP MONZON URBANO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La saturación y masificación de los servicios de Atención Primaria son un indicador que denota un fallo en los sistemas sanitarios. Como consecuencia nos encontramos con un retraso en la atención del dolor y agravamiento de la morbilidad, un incremento de los errores médicos, unos resultados de salud más pobres y principalmente una reducción en la satisfacción de los pacientes.

La AP constituye la puerta de entrada al sistema sanitario, las actuales estrategias para evitar saturaciones, apuntan hacia una clasificación de los pacientes en función de su gravedad, al aumento de la capacidad de respuesta y a la mejora de los circuitos o procesos de atención.

Las enfermeras pueden gestionar esta puerta de entrada al sistema sanitario, dotando así a la enfermería de mayor responsabilidad, mas capacidad y autonomía para resolver y gestionar esta demanda asistencial, ofreciendo un servicio que sea resolutivo, coste-efectivo y de alta calidad

La importancia de este proyecto radica en que en Aragón se está implantando este modelo de consulta llamada CARE (Consulta de Alta Resolución Enfermera), que presenta unos protocolos y formas de funcionar concretas pero que a su vez también tiene carencias y aspectos que mejorar, esta situación hace que muchas veces el enfermero que está al frente de esta consulta se llegue a saturar o estresar.

La utilidad de este proyecto está en proporcionar una respuesta a esa situación de malestar que con demasiada frecuencia están sintiendo los enfermeros que están al frente de esta consulta, para ello es necesario detectar las situaciones conflictivas y proporcionar respuestas anticipadas a ello.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Gestión de circuitos.
2. Desarrollo de nuevos protocolos.
3. Delimitar las funciones a nivel interdisciplinar.
4. Detectar situaciones estresantes.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Que todos los profesionales no tengan claro como son los circuitos que tiene que recorrer el paciente en cada una de las situaciones que están protocolarizadas genera muchas veces conflictos sobre el enfermero de la consulta CARE.

2. Existen muchas situaciones que se entienden que son de alta resolución aunque no exista un protocolo desarrollado lo que causa variabilidad en las respuestas asistenciales por parte del enfermero de la consulta CARE y en la atención esperada por otros profesionales de otras disciplinas.

3. Existen ocasiones en las que no está claro si una función que se está asignando a la consulta CARE pertenece a otro grupo profesional o es adecuado que la desarrolle el enfermero de la consulta CARE. Delimitar estas situaciones y establecer protocolos de actuación eliminarían estrés en los enfermeros que pasan la consulta CARE.

4. Para evitar las situaciones estresantes es importante conocerlas, así se pueden detectar cuando van a aparecer nuevamente y se pueden presentar planes de actuación alternativa que reduzcan el estrés.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

Disminuir el estrés del personal de enfermería de la consulta CARE.

Objetivos específicos:

Crear un equipo de trabajo específico para la mejora de la consulta CARE.

Registrar las principales situaciones conflictivas.

Planificar actuaciones alternativas a las situaciones conflictivas más frecuentes.

Implementar las actuaciones alternativas diseñadas.

Monitorizar la adecuación de las nuevas actuaciones alternativas que se van implantando.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#163

### 1. TÍTULO

#### LA CONSULTA CARE ESTANDARIZADA Y FUNCIONAL

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación del equipo de mejora de la consulta CARE.

Fecha inicio: 25/06/22

Fecha final.: 25/08/22

Responsable.: Adolfo Lanao Martín Residente de EFyC.

2. Diseño de la hoja de registro de incidencias en la dinámica de la consulta CARE.

Fecha inicio: 25/06/2022

Fecha final.: 25/08/2022

Responsable.: Adolfo Lanao Martín Residente de EFyC.

3. Análisis de las incidencias registradas en la hoja de registro.

Fecha inicio: 25/08/22

Fecha final.: 25/04/23

Responsable.: Adolfo Lanao Martín Residente de EFyC.

4. Presentación de alternativas a las incidencias registradas en la hoja de registro.

Fecha inicio: 25/08/22

Fecha final.: 25/04/23

Responsable.: Adolfo Lanao Martín Residente de EFyC.

5. Evaluación de la implementación de las alternativas de actuación acordadas.

Fecha inicio: 25/08/22

Fecha final.: 25/04/23

Responsable.: Marta Ardanuy enfermera de EAP Monzón Urbano.

6. Rectificación de los procesos implementados si procede tras la evaluación.

Fecha inicio: 25/10/22

Fecha final.: 25/06/23

Responsable.: Marta Ardanuy enfermera de EAP Monzón Urbano.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de enfermeros que registran incidencias.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de enfermeros que registran incidencias

Denominador .....: Número de enfermeros que pasan la consulta CARE

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hojas de registro de incidencias.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de enfermeros que declaran que el programa ha sido útil.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de enfermeros que reconocen haberles sido útil el programa.

Denominador .....: Número total de enfermeros.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de valoración

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de procesos rediseñados que se han considerado útiles.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Números de procesos rediseñados que se han considerado útiles.

Denominador .....: todos los procesos que se han rediseñado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de valoración

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#163

### 1. TÍTULO

#### LA CONSULTA CARE ESTANDARIZADA Y FUNCIONAL

---

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Mejora de calidad del funcionamiento de la consulta CARE.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#478

### 1. TÍTULO

#### SEÑALIZACION Y ADAPTACION CON PICTOGRAMAS (ARASAAC) EN CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

Fecha de entrada: 05/07/2022

Nº de registro: 2022#478 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RAMOS ESPAÑOL JUDIT

Título  
SEÑALIZACION Y ADAPTACION CON PICTOGRAMAS (ARASAAC) EN CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

Colaboradores/as:  
ARTERO BAYONA LUIS  
CLAVERIA GABARRE MARIA CARMEN  
DE RAMOS QUINTANILLA EDUARDO ALEJANDRO  
MOTIS JUVERO BELEN  
RAMOS ESPAÑOL PILAR  
REVENGA POCIELLO CRISTINA  
SANCHO BROTA BARBARA

Ubicación principal del proyecto.: CS TAMARITE DE LITERA

Servicio/Unidad principal .....: EAP TAMARITE LITERA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Nuestra zona de salud hay muchos pacientes que acuden de forma temporal por su trabajo en el campo y como ya sabemos la comunicación y el lenguaje son esenciales para relacionarse con los demás, aprender, disfrutar y participaren la sociedad. La inclusión no debe verse mermada por la dificultad en la comunicación. Por esta razón, todas las personas, ya sean niños, jóvenes, adultos o ancianos, que por cualquier causa no han adquirido o han perdido un nivel de habla suficiente para comunicarse de forma satisfactoria, necesitan poder expresarse de una forma no verbal.

Los símbolos gráficos abarcan desde sistemas muy sencillos basados en dibujos o fotografías, hasta sistemas progresivamente más complejos como los sistemas pictogramas o la ortografía tradicional (letras, palabras y frases). Gracias a estos materiales de apoyo para la comunicación y los diversos recursos para el acceso, los sistemas gráficos pueden ser usados por personas con movilidad reducida, personas con discapacidad intelectual, TEA o personas extranjera con dificultad con el idioma.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se intenta que los nuevos pacientes esten informados del funcionamiento del centro, cuantos consultorios forman nuestra zona de salud, los telefonos de cita previa, telefonos de urgencias, funcionamiento de la web de salud informa...

#### ANALISIS DE CAUSAS

En multiples ocasiones nos encontrado a los nuevos pacientes que acuden a nuestro centro de salud no estan informados y no saben su funcionamiento.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general:  
Mejorar la accesibilidad al centro de salud.  
Los objetivos de nuestro de proyecto es:  
1. Señalizar y adaptar el centro de Salud  
2. Dar la bienvenida y explicar el funcionamiento de nuestro centro a todos nuestros nuevos pacientes.  
3. Mejorar la comunicación con nuestros pacientes.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se cuantificaran las solicitudes de ayuda antes del proyecto. Se entregara encuesta a los Realizar triptico de bienvenida.

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/07/2022  
Responsable.: Carmen Claveria

2. Señalización y adaptación con pictogramas en las diferentes instancias del centro.

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 15/07/2022  
Responsable.: Pilar Ramos Español

3. Se colgaran Pictogramas por todo el centro y se comenzara a entregar documento de bienvenida anuestro nuevos pacientes.

Fecha inicio: 15/07/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Cristina Revenga, Luis Artero, Alejandro De Ramos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#478

### 1. TÍTULO

#### SEÑALIZACION Y ADAPTACION CON PICTOGRAMAS (ARASAAC) EN CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

4. Se cuantificara las solicitudes de ayuda después de entregar documento de Bienvenida y adaptación del centro con pictogramas. Volveremos a pasar la encuesta.

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Judit Ramos

5. Evaluación de los diferentes indicadores.

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Judit Ramos

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicador 1: Las encuestas de satisfacción entre nuestro pacientes.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Respuestas afirmativas  
Denominador .....: Encuestas entregadas  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta realizada por los pacientes de nuestro centro.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Indicador 2: Las encuestas de satisfacción entre nuestros profesionales

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Respuestas afirmativas  
Denominador .....: Encuestas entregadas  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta realizada por nuestros profesionales de EAP.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#774

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE INVENTARIO Y CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN EL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE Y CONSULTORIOS ANEXOS

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#774 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
DE RAMOS QUINTANILLA EDUARDO ALEJANDRO

Título  
GESTION DE INVENTARIO Y CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN EL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE Y CONSULTORIOS ANEXOS

Colaboradores/as:  
ARTERO BAYONA LUIS  
MOTIS JUVERO BELEN  
RAMOS ESPAÑOL JUDIT  
REVENGA POCIELLO CRISTINA  
SANCHO BROTA BARBARA

Ubicación principal del proyecto.: CS TAMARITE DE LITERA

Servicio/Unidad principal .....: EAP TAMARITE LITERA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Es imprescindible incorporar una mejor gestión de las caducidades de fármacos en el centro. Debido a lo siguiente:  
- Presencia de múltiples zonas de almacenaje de medicamentos funcionales y en activo (consultorios, área de urgencias, maletines varios, el propio almacén)  
- Existía un déficit de seguimiento y retirada de aquellos fármacos que caducaban, dándose situaciones de aparición de medicamentos largamente caducados a la hora de utilizarlos, existiendo por tanto un riesgo claro hacia el paciente.  
- Múltiples equipos con un déficit de coordinación centralizada a la hora de realizar el seguimiento de los medicamentos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Simplificación de la revisión de los medicamentos caducados.  
Priorización del uso y gasto de aquellos próximos a caducar.  
Comunicación eficaz de la previsión de caducidades entre el personal.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Complejidad de la distribución de los productos  
Ausencia de un registro propio del Centro de Salud  
Múltiples consultorios con sus propios almacenes  
Falta de un protocolo establecido

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Establecer un sistema sencillo y eficaz de seguimiento de las caducidades de los productos farmacológicos en el centro de salud.  
Facilitar el seguimiento en los consultorios y equipos individuales de los profesionales sanitarios.  
Aumentar la eficacia del trabajo realizado en el seguimiento  
Distribuir y comunicar a todos los integrantes del equipo sanitario los medicamentos próximos a caducar

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de una hoja de cálculo que actúe como base de datos de las caducidades de aquellos medicamentos que el centro tenga stock.

Fecha inicio: 1/1/2022

Fecha final.: 31/12/22

Responsable.: Alejandro Ramos Quintanilla

2. Recopilación de las caducidades de los medicamentos que se reciban en el pedido mensual.

Fecha inicio: 1/1/2022

Fecha final.: 31/12/22

Responsable.: Judith Ramos Español

3. Incorporación de las nuevas caducidades a la base de datos ya creada.

Fecha inicio: 1/1/2022

Fecha final.: 31/12/22

Responsable.: Bárbara Sancho Brota

4. Creación y distribución entre profesionales de la lista de medicamentos con caducidad prevista en el mes indicado.

Fecha inicio: 1/1/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#774

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE INVENTARIO Y CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN EL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE Y CONSULTORIOS ANEXOS

Fecha final.: 31/12/22  
Responsable.: Belén Motis

5. Auditoría trimestral de las caducidades existentes en almacenaje y cotejo con la base de datos  
Fecha inicio: 1/1/2022  
Fecha final.: 31/12/22  
Responsable.: Cristina Revenga

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Auditoría de caducidades trimestral en el almacén.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Medicamentos caducados detectados en la auditoría  
Denominador .....: Inventario total de medicamentos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Recogida manual  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Toda aquella enfermedad que precise tratamiento farmacológico suministrado por el centro de salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#928

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#928 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOPEZ HERVAS CRISTINA MARIA

Título  
IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Colaboradores/as:  
CAMARA ABON ELENA  
MORENO MEJIA ANA GRACIELA  
SANZ SEBASTIAN SONIA  
SOLER ALLUE SANDRA  
VALLE PUYOL MYRIAN

Ubicación principal del proyecto.: CS TAMARITE DE LITERA

Servicio/Unidad principal .....: EAP TAMARITE LITERA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
En el CS de Tamarite de Litera no existe actualmente una consulta de cirugía menor, por lo que los pacientes son derivados a Dermatología o Cirugía General para realizarse estas intervenciones.

**ÁREAS DE MEJORA**  
Ausencia de disponibilidad de consulta de Cirugía Menor en el CS de Tamarite de Litera.

**ANALISIS DE CAUSAS**  
Falta de organización y formación de los médicos de Atención Primaria para la realización de cirugía menor.

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
- Acceso de los pacientes de la ZBS de Tamarite de Litera a la consulta de Cirugía Menor.  
- Disponer periódicamente de huecos en las agendas destinados a la consulta de Cirugía Menor.

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión clínica: indicaciones de Cirugía Menor, modo de derivación, datos imprescindibles en el volante (fecha de derivación, nombre y apellidos del paciente, teléfono, diagnóstico, alergias)  
Fecha inicio: 03/11/2022  
Fecha final.: 03/11/2022  
Responsable.: Cristina López Hervás

2. Derivación de pacientes, previa entrega y firma del Consentimiento Informado por parte del propio paciente y de su MAP.  
Fecha inicio: 07/11/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Médicos de Atención Primaria

3. Recogida de todas las derivaciones a Cirugía Menor en Admisión. Verificar con el paciente el número de teléfono de contacto.  
Fecha inicio: 07/11/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Administrativas

4. Recogida y valoración de todas las derivaciones a Cirugía Menor e inclusión en base de datos.  
Fecha inicio: 07/11/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Myriam Valle Puyol

5. Organizar agendas y citar a los pacientes. Avisar a la enfermería para la preparación y esterilización del material necesario para la jornada.  
Fecha inicio: 07/11/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Elena Cámara Abón

6. Preparación y esterilización del material necesario para la jornada. Reponer materiales de un solo uso (paños y guantes estériles, ternas, anestésicos locales, jeringas, agujas...)  
Fecha inicio: 07/11/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Enfermería



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#928

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

7. Realización del procedimiento quirúrgico.

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Médicos de Atención Primaria

8. Creación de agenda de Cirugía Menor en OMI en el apartado de salas.

Fecha inicio: 04/11/2022

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: Administrativas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de intervenciones realizadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Intervenciones realizadas

Denominador .....: Pacientes derivados a la consulta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Derivaciones realizadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de derivaciones bien realizadas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Derivaciones con todos los campos bien rellenados

Denominador .....: Total de derivaciones

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Derivaciones realizadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#44

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN CATALOGO FOTOGRAFICO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

Fecha de entrada: 03/06/2022

Nº de registro: 2022#44 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CARDEÑOSA LOPEZ EVA MARIA

Título  
ELABORACION DE UN CATALOGO FOTOGRAFICO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

Colaboradores/as:  
MARAÑA SIRANA MARIA PILAR  
ABADIA AROS ADORACION  
BUISAN NAVAS MARTA  
CARRASQUER ABADIAS OTILIA SANDRA  
OSTARIZ DUESO CONCEPCION  
PEDROSO CARRASQUER MARIA ANGELES

Ubicación principal del proyecto.: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El montaje de las cajas de instrumental del bloque quirúrgico recae en las enfermeras de dicho servicio (instrumentista y circulante), debido a que las nuevas incorporaciones de personal no conocen el nombre técnico del instrumental, ni la composición de dichas cajas de la especialidad de ginecología, se producen errores a la hora del montaje de las mismas, y por lo tanto se pueden ver afectadas las intervenciones quirúrgicas programadas. Tener un catálogo fotográfico del instrumental existente de las diferentes cajas del bloque quirúrgico, es una herramienta que permite identificar cada una de las piezas que componen cada caja, y así poder ofrecer una asistencia de máxima calidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la calidad asistencial y seguridad para el paciente; además de efectividad en nuestro trabajo.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Disminuir los posibles errores en el montaje de las cajas/contenedores

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Disponer de una herramienta eficaz que sirva de ayuda para el montaje de cajas de forma ordenada a los profesionales de nueva incorporación.
- Identificar cada pieza de instrumental con su nombre técnico correspondiente
- Reducir los errores de montaje.
- Unificar criterios de trabajo para que este sea más eficaz

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaborar un registro con el nombre de cada caja quirúrgica de la especialidad de ginecología

Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 30/05/2022  
Responsable.: Eva Cardeñosa

2. Realización de las fotografías del instrumental

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Eva Cardeñosa

3. Identificar cada pieza de instrumental con nombre y referencia

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Eva Cardeñosa

4. Realizar un catálogo con las diferentes cajas incluyendo el nombre de cada caja, así como el instrumental perteneciente a cada una de ellas

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Eva Cardeñosa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#44

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN CATALOGO FOTOGRAFICO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. % de cajas catalogadas de la especialidad quirurgica de ginecologia

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de cajas/contenedores catalogadas de la especialidad ginecológica realizadas x 100

Denominador .....: N° total de cajas/contenedores gine (6)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hay que preparar 6 cajas/contenedores de instrumental de ginecología para su uso en el servicio de quirófano

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#503

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE GUIA DE PROCEDICMIENTOS PRE Y POSTQUIRURGICOS EN LA UNIDAD URPA SEGUN ESPECIALIDAD QUIRURGICA

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#503 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BUISAN NAVAS MARTA

Título  
ACTUALIZACION DE GUIA DE PROCEDICMIENTOS PRE Y POSTQUIRURGICOS EN LA UNIDAD URPA SEGUN ESPECIALIDAD QUIRURGICA

Colaboradores/as:  
MARAÑA SIRAÑA MARIA PILAR  
CARDEÑOSA LOPEZ EVA MARIA  
CARRASQUER ABADIAS OTILIA SANDRA  
LLAVORI PIRLA SARA BELEN  
OSTARIZ ROCA EVA  
OSTARIZ DUESO CONCEPCION  
PEDROSO CARRASQUER MARIA ANGELES

Ubicación principal del proyecto.: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Hemos visto la necesidad de actualizar los cuidados y tareas de enfermería que se realizan en la unidad pre y postquirúrgica (URPA), ya que es de gran importancia el poder prestar unos cuidados de mayor calidad asistencial y mejorar la seguridad de usuario y del personal. Además de poder facilitar la acogida de los nuevos profesionales que se incorporan a la unidad, así como de los sustitutos que acuden ocasionalmente. Disminuir la variabilidad de la práctica asistencial, unificando así los cuidados y mejorando la calidad asistencial.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la calidad asistencial y seguridad para el paciente; además de efectividad en nuestro trabajo.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Disminuir los posibles errores

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Actualizar el total de procedimientos realizados en URPA.
- Unificar criterios del personal de enfermería, disminuyendo la variabilidad de la práctica asistencial.
- Proporcionar a los profesionales de enfermería de nueva incorporación una herramienta necesaria para desarrollar las funciones en la unidad de URPA de forma estandarizada.
- Facilitar la docencia del equipo del bloque quirúrgico.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunion inicial del equipo de enfermería para valorar los procedimientos a actualizar.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 08/07/2022

Responsable.: Marta Buisan

2. Revisión y corrección de los procedimientos de cada especialidad.

Fecha inicio: 11/07/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Marta Buisan

3. Puesta en marcha con la implementación de dichos procedimientos

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Marta Buisan

4. Evaluación de los resultados

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Marta Buisan

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Hemos visto la necesidad de actualizar los cuidados y tareas que se realizan en la unidad URPA ya que muchos cuidados queya teniamos estandarizados y protocolarizados han cambiado durante estos últimos años.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#503

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE GUIA DE PROCEDIMIENTOS PRE Y POSTQUIRURGICOS EN LA UNIDAD URPA SEGUN ESPECIALIDAD QUIRURGICA

1ª y 2ª memoria)

1. % de protocolos actualizados de las diferentes especialidades quirurgicas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de procedimientos actualizados

Denominador .....: Numero procedimientos totales en URPA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: En total hay 7 especialidades diferentes con las que trabajamos en la unidad de URPA.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#698

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA PARA FAVORECER EL CONTROL DE MUJERES PORTADORAS DEL VPH EN COORDINACION CON MATRONAS DE A.P., ENFERMERÍA DE CONSULTAS EXTERNAS Y GINECOLOGOS DEL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Fecha de entrada: 19/07/2022

Nº de registro: 2022#698 \*\* Atención a tiempo: cáncer \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PORTOLES CAMBREDO MARGARITA

Título  
PROYECTO DE MEJORA PARA FAVORECER EL CONTROL DE MUJERES PORTADORAS DEL VPH EN COORDINACION CON MATRONAS DE A.P., ENFERMERÍA DE CONSULTAS EXTERNAS Y GINECOLOGOS DEL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Colaboradores/as:  
BONET OSTARIZ CONCEPCION  
CABRERA LARROYA SUSANA  
ARAGON SANZ MARIA ANGELES  
DUESO CORBALAN CARMEN  
LAPEÑA LLERA ANA ISABEL  
MILLANES GALLINAT PATRICIA GLORIA

Ubicación principal del proyecto.: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS

Línea estratégica: Atención a tiempo: cáncer

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

A nivel mundial el cáncer de cuello de útero es una de las neoplasias más frecuentes y letales en mujeres jóvenes. Es el quinto tumor más prevalente en mujeres. Aragón tiene una incidencia de 5,5/100.00. El Sector Barbastro presenta una tasa de CCU invasor en los últimos 8 años de 6,5/100.000. La tasa de VPH en nuestro Sector es del 9-10%. La tasa de VPH positivo en la zona de salud de Fraga es del 12%.

#### ÁREAS DE MEJORA

Hemos detectado que un gran número de mujeres portadoras del VPH que necesitan control de su patología cervical en 6 meses o un año, no acuden a las consultas a realizar dicho seguimiento.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El seguimiento de las mujeres portadoras del VPH a los 6 meses o al año (según sea el caso de cada mujer), consta de una primera cita en la consulta de la matrona de A.P. para la toma del co-test (la paciente es la encargada de pedir la cita), y una visita sucesiva en la consulta de ginecología para el resultado y tratamiento necesario (esta segunda cita siempre llega a la paciente por correspondencia o vía telefónica). El problema surge porque muchas de estas mujeres no acuden a la cita de ginecología y otras acuden sin haber pasado previamente por la matrona para la toma del co-test.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Disminuir la tasa de mujeres portadoras del VPH que precisan seguimiento y no acuden a las visitas de control.  
-Disminuir la tasa de mujeres portadoras de VPH que deben recitarse en la consulta de ginecología por no haberse realizado previamente el co-test en la matrona de A.P.  
-Alcanzar el seguimiento de la totalidad de mujeres portadoras del VPH de la zona de salud de Fraga y así disminuir la incidencia de cáncer de cuello de útero.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un registro unificado (plantilla Excel) con estas variables: nº Historia clínica, nombre paciente, teléfono, mes y año del próximo control, acude (sí/no), avisada (sí/no).

Fecha inicio: 30/05/2022

Fecha final.: 31/05/2022

Responsable.: Margarita Portolés Cambredó/Patricia Millanes Gallinat

2. Registrar todas las mujeres con VPH positivo que precisen seguimiento.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Carmen Dueso Corbalán/ Margarita Portolés Cambredó/ Concepción Bonet Ostáriz

3. Revisión mensual de las mujeres que han acudido o no al control en ese mes.

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: M Ángeles Aragón/ Ana Isabel Lapeña/ Patricia Millanes/ Margarita Portolés/ Carmen Dueso

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#698

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA PARA FAVORECER EL CONTROL DE MUJERES PORTADORAS DEL VPH EN COORDINACION CON MATRONAS DE A.P., ENFERMERÍA DE CONSULTAS EXTERNAS Y GINECOLOGOS DEL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

4. Avisar telefónicamente o por correspondencia a aquellas mujeres que precisaban seguimiento y no han acudido.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Susana Cabrera Larroya

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de mujeres portadoras del VPH que no acuden al control de seguimiento y requieren aviso.  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Total de mujeres portadoras del VPH que precisan seguimiento, no acuden al control espontáneamente y requieren aviso.  
Denominador .....: Total de mujeres portadoras del VPH que precisan seguimiento.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro Plantilla Excel  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. % de mujeres portadoras del VPH con un correcto seguimiento de su patología cervical.  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Total de mujeres portadoras del VPH con un correcto seguimiento de su patología cervical.  
Denominador .....: Total de mujeres portadoras del VPH que precisan seguimiento.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro Plantilla Excel  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de mujeres de la zona de salud de Fraga diagnosticadas de cáncer de cuello uterino.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Total de mujeres de la zona de salud de Fraga diagnosticadas de cáncer de cuello uterino.  
Denominador .....: Total de mujeres de la zona de salud de Fraga.  
x(1-100-1000) ...: 1000  
Fuentes de datos.: Intranet/ HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.05  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.02  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.03  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1083

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION A HCE DE LOS ELECTROCARDIOGRAMAS

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1083 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CESPEDES MARTINEZ ANA BELEN

Título  
INFORMATIZACION A HCE DE LOS ELECTROCARDIOGRAMAS

Colaboradores/as:  
ALTARRIBA SORINAS PAULA  
COLEN ORTEGA CLAUDIA  
COSTA MENEN ELENA  
DUESO CORBALAN CARMEN  
GOTA CABELLUD LAURA  
PEREZ RUEDA NOELIA  
YUSTE ARA ALFREDO

Ubicación principal del proyecto.: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde nuestro punto de vista, actualmente el desarrollo de los medios informáticos y el avance de la historia clínica electrónica es innegable, y la aportación a la misma de los electrocardiogramas digitalmente realizados en las consultas de especializada nos parece un aspecto necesario para complementar un correcto seguimiento de la enfermedad o del proceso de un preoperatorio. El proyecto surge por la necesidad de gestionar de manera más eficiente esta información y una gestión de recursos en la que se minimiza la pérdida de información.

#### ÁREAS DE MEJORA

Pruebas de electrocardiogramas realizados en CCEE de especializada a HCE

#### ANALISIS DE CAUSAS

Necesidad de gestión de manera más eficiente esta información y una gestión de recursos en la que se minimiza la pérdida de información.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Los objetivos de este plan de mejora son:

- Mejorar la atención al paciente y aumentar el grado de satisfacción de los profesionales mejorando los procesos organizativos y de administración al incrementar la información concreta de la que se dispone.
- Facilitar la gestión, distribución, mayor legibilidad, claridad y orden de los datos.
- Conseguir la informatización de todos los ECG que se realicen en las consultas de atención especializada y la consiguiente introducción de las misma en la historia clínica electrónica.
- Facilitar desde cualquier ubicación el acceso a la información de todos los aspectos clínicos del paciente garantizando la confidencialidad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Instalación de tomas red en diferentes consultas que faltan hoy en día y la instalación de un nuevo electrocardiógrafo con sistema de conexión red para poder hacer esta labor

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Mantenimiento

2. Sesión al personal de enfermería de especializada para enseñar a sincronizar y pasar estas pruebas a HCE de forma correcta

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Ana Belén Céspedes Martínez

3. El equipo de enfermería se reunirá mensualmente con la coordinadora de enfermería para expresar dudas, problemas o deficiencias del sistema

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Noelia Pérez Rueda

4. información del nº de pruebas realizadas a lo largo de este proyecto para resultados del proyecto

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Susana Cabrera Larroya



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1083

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION A HCE DE LOS ELECTROCARDIOGRAMAS

**\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto**

Hasta ahora los ECG están disponibles en la historia física, en papel, sin poder ser consultados en la historia clínica electrónica.

Esta accesibilidad al registro de la prueba puede ser muy ventajosa, tanto en nuestras consultas de especializada como en las derivaciones realizadas a otros especialistas dentro de la comunidad de Aragón.

También pensamos que sería un buen sistema para mantener mejor comunicación entre especializada-atención primaria y de esta forma evitaríamos hacer trabajo doblemente (por ejemplo, la DUE de At. Primaria realiza un ECG de control y si tiene uno realizado hace 2 días en cardiología o por un preoperatorio colgado en HCE ya le valdría para ese seguimiento rutinario).

Una vez instalado el electrocardiógrafo a la red y configurado para ello, se haría 1 sesión al personal de enfermería de especializada para enseñar a sincronizar y pasar estas pruebas a HCE de forma correcta.

El inicio de la informatización comenzaría en septiembre, tras la instalación de tomas red en diferentes consultas que faltan hoy en día y la instalación de un nuevo electrocardiógrafo con sistema de conexión red para poder hacer esta labor, ya que con los antiguos no se puede realizar esta sincronización a HCE.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pruebas informatizadas frente al total de las pruebas realizadas en este periodo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de ECG subidos correctamente a HCE

Denominador .....: Número de ECG realizados en total

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos obtenidos desde admisión de especializada con ayuda de informática

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

**\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación**

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes con ECG realizado en las consultas de especializada

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1098

### 1. TÍTULO

#### CREACION DEL CIRCUITO COMITE DE TUMORES EN EL CENTRO ESPECIALIDADES BAJO CINCA DE FRAGA

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1098 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ RUEDA NOELIA

Título  
CREACION DEL CIRCUITO COMITE DE TUMORES EN EL CENTRO ESPECIALIDADES BAJO CINCA DE FRAGA

Colaboradores/as:  
BONET OSTARIZ CONCEPCION  
CABRERA LARROYA SUSANA  
ALTARRIBA SORINAS PAULA  
CESPEDES MARTINEZ ANA BELEN  
DURAN PORTELLA ANTONIO  
MARTIN HERRERO JAVIER  
PALLARES SEGURA JOSE LUIS

Ubicación principal del proyecto.: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la actualidad los tumores digestivos es una de las causas más frecuentes de muerte en la población, por lo que su detección precoz es la clave para mejorar su pronóstico y supervivencia. Es muy importante establecer protocolos diagnósticos y circuitos de derivación de pacientes entre los diferentes especialistas implicados en el diagnóstico y tratamiento de estas patologías.

Se necesita pautar unas directrices de actuación para que se agilicen los procedimientos, de tal manera que se ahorre tiempo de crucial importancia entre los diferentes eslabones del proceso diagnóstico.

La inexistencia de un circuito de derivación eficaz para las pacientes del Hospital de Fraga que precisan continuidad diagnóstica en el Hospital de Barbastro, ha ocasionado varios casos de importantes demoras y/o derivaciones erráticas en los últimos años.

En el Centro Especialidades Bajo Cinca de Fraga, los Especialistas de Digestivo y Cirugía acuden semanalmente a nuestro centro tanto a pasar consulta como para la realización de Endoscopias y CMA+LOCALES.

Por ello se hace necesario elaborar y controlar un circuito adecuado desde este Hospital por parte del equipo de la Responsable de Enfermería del Centro de Fraga para evitar fugas de pacientes con patología tumoral y disminución de tiempo entre el Diagnóstico y tratamiento de cada paciente.

El inicio de dicho circuito es la detección mediante la prueba diagnóstica realizada por parte del Digestivo y controlar esa AP en los días sucesivos con preferencia. Estos pacientes con diagnóstico maligno deberían ser citados a la mayor brevedad posible para realizarle el resto de pruebas diagnósticas en el Hospital de Fraga o Barbastro según se precise y posteriormente citarlos en el comité de Tumores para estudiar el caso y poner en marcha todo el proceso que el equipo del comité considere oportuno, evitando así retrasos injustificados en el proceso diagnóstico que pudieran repercutir en su pronóstico.

#### ÁREAS DE MEJORA

Protocolos diagnósticos y circuitos de derivación de pacientes entre los diferentes especialistas implicados en el diagnóstico y tratamiento de estas patologías malignas en el Hospital de Fraga.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Necesidad de pautar unas directrices de actuación para que se agilicen los procedimientos, de tal manera que se ahorre tiempo de crucial importancia entre los diferentes eslabones del proceso diagnóstico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Los objetivos de este plan de mejora son:

- Establecer un circuito de derivación para los pacientes del Hospital Fraga, subsidiarios de procedimientos intervencionistas de patología tumoral y/o tratamiento inmediato en el menor tiempo posible, evitando pasos intermedios innecesarios que retrasen el proceso diagnóstico.
- Registrar el número de pacientes del Hospital de Fraga a los que se les ha realizado pruebas endoscópicas con un registro en Excel de todas las AP controlado por enfermería diariamente.
- Disminuir el grado de ansiedad de los pacientes por una espera prolongada en un proceso diagnóstico de una importante patología maligna.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un Circuito para realización de pruebas en el Centro Bajo Cinca y ampliación de las mismas para inclusión en Comité de Tumores del Hospital de Barbastro.

Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1098

### 1. TÍTULO

#### CREACION DEL CIRCUITO COMITE DE TUMORES EN EL CENTRO ESPECIALIDADES BAJO CINCA DE FRAGA

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Noelia Pérez Rueda y Antonio Durán Portella

2. Realizar sesiones formativas a todo el personal sanitario del Servicio de quirófano y consultas externas de dicho circuito.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Noelia Pérez Rueda

3. Elaboración de una tabla de datos Excel para control de Anatomías Patológicas de los pacientes procedentes de Endoscopias.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Ana Belén Céspedes Martínez

4. Comunicación con el Jefe de Cirugía y Anatomía Patológica de los casos que semanalmente van surgiendo.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Noelia Pérez Rueda

5. Diseño de una encuesta para valorar el grado de ansiedad/satisfacción de los pacientes en este circuito de derivación.

Fecha inicio: 15/02/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Noelia Pérez Rueda

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El proyecto se inicia tras realizarse una reunión con el Jefe de Admisión del Hospital de Barbastro ante la problemática surgida con los pacientes de Patología Tumoral y el retraso de dicho circuito hasta captar estos pacientes y seguir con el estudio adecuado.

El proyecto se inicia en el mes de Septiembre de 2022 siendo la responsable de su implantación la Coordinadora de Enfermería del Centro de Especialidades de Fraga en colaboración con la Enfermera de la consulta de Digestivo y Cirugía, que detectan los pacientes con AP positivas (en el Excel creado), realizan la solicitud y citación de las pruebas pertinentes con la consiguiente explicación de la información al paciente, desde aquí se establece una comunicación al jefe de Cirugía y Anatomopatología del Hospital de Barbastro para presentación de casos en el Comité a falta de la elaboración de las pruebas pendientes de realizar pero ya programadas.

Seguimiento del paciente en la realización de las pruebas, recopilación de las mismas y comunicación al Jefe de Cirugía de la inclusión en el Comité, ya citado previamente por parte de la coordinadora desde admisión de especializada.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. El porcentaje de pacientes derivados correctamente mediante circuito creado

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes derivados mediante circuito correctamente

Denominador .....: Número total de pacientes detectados de malignidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos sacados de la tabla de datos creada junto a los datos obtenidos desde admisión

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Tiempo medio (en días) de demora desde el resultado de la AP hasta IQ o tto que precisa

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Suma del número días totales de todos los casos

Denominador .....: Número de casos totales (pacientes)

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Datos obtenidos desde admisión junto al servicio de informática

Est.Mín.1ª Mem ..: 7.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

3. El porcentaje de pacientes satisfechos

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número pacientes satisfechos

Denominador .....: Número total pacientes derivados por el circuito

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1098

### 1. TÍTULO

#### CREACION DEL CIRCUITO COMITE DE TUMORES EN EL CENTRO ESPECIALIDADES BAJO CINCA DE FRAGA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos obtenidos a través de las encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Lo que se pretende es evitar Fugas de pacientes con patología tumoral y disminución de tiempo entre el Diagnóstico y tratamiento de cada paciente, para ello se realizará semanalmente control de AP procedentes del Quirófano y resultados de CCEE.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#179

### 1. TÍTULO

#### CONTROL EVOLUTIVO DE UPP Y HERIDAS MEDIANTE DATOS E IMAGENES PREVIA AUTORIZACION DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

Fecha de entrada: 20/06/2022

Nº de registro: 2022#179 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CUCALON MARIN ROCIO

Título  
CONTROL EVOLUTIVO DE UPP Y HERIDAS MEDIANTE DATOS E IMAGENES PREVIA AUTORIZACION DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

Colaboradores/as:  
ABOS ESCARTIN M. MARGARITA  
ALTEMIR MURILLO EVA  
DIAZ HURTADO MARCOS  
FIESTAS CARRASQUER JAVIER  
PORTOLES CABOS MARGARITA  
RUZ SANCHO DAVINIA  
URREA SASOT MARGARITA

Ubicación principal del proyecto.: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las heridas y Upp's son una patología muy prevalente en la población adulta-anciana. Es necesario valorar complicaciones y respuestas a los tratamientos instaurados. Dado que en una planta de hospitalización los profesionales tienen turno rotatorio y las curas suelen realizarse en turno de mañana, es necesario una línea de comunicación constante para la continuidad de cuidados y medidas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Comunicación para una continuidad y valoración común de cura y evolución de las heridas y Upp's

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Rotación en los turnos de los profesionales

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejora y coordinación en la cura y evolución de las heridas y Upp's mediante registro de datos e imágenes previa autorización.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Entrega de autorización o consentimiento para firmar y poder tomar imágenes

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Rocío Cucalón Marín

2. Anotación en heridas de HCE la localización, tipo, medidas, evolución, tratamiento, seguimiento

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Rocío Cucalón Marín

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Entrega de autorización previa a la toma de imágenes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Cantidad de autorizaciones firmadas para toma de imágenes de heridas y upp's

Denominador .....: Pacientes totales con heridas y upp's

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de autorizaciones y las anotaciones registradas en HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Valoración completa de heridas y upp's en HCE

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Valoraciones escritas en heridas de HCE

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#179

### 1. TÍTULO

#### CONTROL EVOLUTIVO DE UPP Y HERIDAS MEDIANTE DATOS E IMAGENES PREVIA AUTORIZACION DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

Denominador .....: Pacientes totales con heridas y upp's  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE y habrá que valorar si se escribe en la zona indicada de heridas o en evolución  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#269

### 1. TÍTULO

#### CONTROL Y DETECCION DEL DETERIORO COGNITIVO Y EN LAS ABVD EN PACIENTES INGRESADOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#269 \*\* Crónico Complejo \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ABOS ESCARTIN M. MARGARITA

Título  
CONTROL Y DETECCION DEL DETERIORO COGNITIVO Y EN LAS ABVD EN PACIENTES INGRESADOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Colaboradores/as:  
ALTEMIR MURILLO EVA  
FERRANDEZ FERNANDEZ SARAH  
GARCIA GALICIA GERARD ANGEL  
GRACIA LARDIES GALA  
LOIZU MARTI MARIA ISABEL  
PUEYO LALIENA SILVIA  
RUZ SANCHO DAVINIA

Ubicación principal del proyecto.: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION

Línea estratégica: Crónico Complejo

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Debido al ingreso o reingreso por enfermedad aguda en una planta de hospitalización, frecuentemente se observa deterioro funcional y cognitivo y se asocia a una mayor discapacidad mortalidad, además de sobrecarga al cuidador.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Número de reingresos de pacientes con riesgo de deterioro funcional o cognitivo.
2. Fomentar la independencia del paciente.

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. Grado de dependencia de los pacientes.
2. Riesgo de discapacidad durante el ingreso.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Detectar e identificar en la mayor brevedad los deterioros y pérdidas cognitivas, de independencia y calidad de vida ya que se asocian a institucionalización, mortalidad, aumento de recursos y carga del cuidador.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Al ingreso test de Barthel (Deterioro ABVD) y Pfeiffer (Deterioro cognitivo) para conocer el estado inicial del paciente.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/5/2023

Responsable.: María Abós Escartín

2. Repetir los test a los 15 días de ingreso y al alta

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: María Abós Escartín

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizará durante un año y se hará permanecer en el tiempo.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % pacientes con deterioro cognitivo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes que presentan deterioro cognitivo

Denominador .....: Total de pacientes a los que se les realizan los test

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Test recogidos al ingreso/ alta

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#269

### 1. TÍTULO

#### CONTROL Y DETECCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO Y EN LAS ABVD EN PACIENTES INGRESADOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

2. % pacientes con deterioro ABVD  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Pacientes que presentan deterioro ABVD  
Denominador .....: Total de pacientes a los que se les realizan los test  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos: Test recogidos al ingreso/ alta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#63

### 1. TÍTULO

#### LA FRAGILIDAD DEL ADULTO MAYOR Y LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y REINGRESOS EN HOSPITALIZACIÓN DEL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA

Fecha de entrada: 08/06/2022

Nº de registro: 2022#63 \*\* Crónico Complejo \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
FIESTAS CARRASQUER JAVIER

Título  
LA FRAGILIDAD DEL ADULTO MAYOR Y LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y REINGRESOS EN HOSPITALIZACIÓN DEL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA

Colaboradores/as:  
ALEGRE AZON ADRIAN JESUS  
GARCIA GALICIA GERARD ANGEL  
LOIZU MARTI MARIA ISABEL  
NOGUES IBARZ ANA  
PORTOLES CABOS MARGARITA  
SANCHEZ RIVAS VANESSA  
SANJUAN URREA MARTA NAYARA

Ubicación principal del proyecto.: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: Crónico Complejo

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
El anciano frágil o de riesgo es aquel que por sus reservas funcionales reducidas, presenta mayor riesgo de eventos adversos, ingresos y reingresos, caídas y mortalidad. Se realiza este proyecto para detectar precozmente a los ancianos frágiles, así como promover la salud en la población adulta mayor, prevenir complicaciones durante el ingreso y disminuir tiempos de hospitalización.

#### ÁREAS DE MEJORA

1: Reingresos repetidos de ancianos con un cierto nivel de dependencia y/o deterioro cognitivo.  
2: Ingresos prolongados.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1: Envejecimiento progresivo de la población, mayor dependencia de la 3ª edad, polimedicación, mayor riesgo de caídas.  
2: Comorbilidad de varias enfermedades, fragilidad, polimedicación.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Detectar precozmente a los pacientes considerados frágiles.  
Se realizará a pacientes mayores de 70 años, pero también podrá realizarse a pacientes de menor edad en los que se detecte un cierto grado de dependencia y/o deterioro cognitivo, que pueda llevar a un estado de fragilidad.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se van a realizar al ingreso y al alta los test de Fried o de Frail, Barthel, Pfeiffer y Downton para realizar el control y comenzar el seguimiento de dichos pacientes.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Javier Fiestas Carrasquer

2. Si el ingreso durase más de 15 días, se repetirá la realización de los test y se repetirán cada 2 semanas para valorar variaciones.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Javier Fiestas Carrasquer

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Ya se ha empezado a realizar con el objetivo planteado. Pongo que el tiempo del proyecto es un año pero la intención es ampliarlo año a año para seguir recogiendo esta importante información de los pacientes y mejorar la atención a los mismos.

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes a los que se les realizan test

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes >70 años o < 70 con criterios de fragilidad a los que se les han realizado test durante el periodo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#63

### 1. TÍTULO

#### LA FRAGILIDAD DEL ADULTO MAYOR Y LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y REINGRESOS EN HOSPITALIZACIÓN DEL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA

Denominador .....: Pacientes >70 años o <70 con criterios de fragilidad que ingresan en la planta de medicina interna de Fraga.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Los propios test recogidos.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#248

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO TERAPEÚTICO EN ESPALDA SANA

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#248 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BUIL MUR MARIA ISABEL

Título  
MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO TERAPEÚTICO EN ESPALDA SANA

Colaboradores/as:  
LABORDA LALAGUNA GONZALO  
SORIA AYUDA RITA ELENA

Ubicación principal del proyecto.: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Servicio/Unidad principal .....: OTROS SERVICIOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El dolor de espalda es una de las dolencias más frecuentes en nuestra sociedad, dando una mayor incidencia entre los 20-30 años de edad. Lo que se traduce en altas tasas de incapacidad temporal laboral, lo cual conlleva un elevado gasto sanitario y unas altas listas de espera. Entre el 70% y el 85% de la población adulta sufre algún episodio de dolor de espalda, estos suelen ser benignos pero recurrentes. Por lo cual, la frecuencia de consultas al médico de primaria relacionadas con algias vertebrales es elevado. Dada la gran lista de espera para acceder al servicio de rehabilitación, este proyecto está encaminado en una educación sanitaria a través de ejercicios terapéuticos para prevenir la creciente incidencia que este problema conlleva.

#### ÁREAS DE MEJORA

Listas de espera por algias vertebrales  
Reincidencia de pacientes por esta patología

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Sedentarismo  
Insuficiente educación sanitaria de la población acerca de las algias vertebrales sus medidas preventivas y de tratamiento activo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Aminorar el tiempo de tratamiento presencial  
Disminuir la reincidencia de estas algias  
Se podrá aplicar a pacientes derivados por el correspondiente facultativo al fisioterapeuta de Fraga de atención especializada cuyo diagnóstico sea algia vertebral de tipo mecánico.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1º Reunión: Revisión bibliográfica y actualización de los ejercicios a prescribir en caso de cervicalgia

Fecha inicio: 29/07/2022

Fecha final.: 05/08/2022

Responsable.: Isabel Buil Mur

2. 2º Reunión: Revisión bibliográfica y actualización de los ejercicios a prescribir en caso de dorsalgia

Fecha inicio: 12/08/2022

Fecha final.: 26/08/2022

Responsable.: Isabel Buil Mur

3. 3º Reunión: Revisión bibliográfica y actualización de los ejercicios a prescribir en caso de lumbalgia

Fecha inicio: 02/09/2022

Fecha final.: 16/09/2022

Responsable.: Isabel Buil Mur

4. 4º Reunión: Realización del documento a repartir a los pacientes

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 20/09/2022

Responsable.: Isabel Buil Mur

5. 5º Reunión: Evaluación del proyecto con las posibles incidencias tanto del profesional como del paciente 12 meses tras la puesta en marcha del proyecto

Fecha inicio: 20/09/2023

Fecha final.: 20/09/2023

Responsable.: Isabel Buil Mur

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#248

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO TERAPEUTICO EN ESPALDA SANA

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes que tras darles el documento no tienen una recidiva por la misma patología

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes que tienen recidiva en la patología que tienen el documento

Denominador .....: Pacientes con la patología que tienen el documento

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Lista de espera de rehabilitación

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Porcentaje de pacientes que acuden a tratamiento presencial tras la puesta en marcha del proyecto

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes en tratamiento por algias vertebrales al año tras la puesta en marcha del programa

Denominador .....: Pacientes en tratamiento por algias vertebrales un año anterior a la puesta en marcha del programa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Memorias del servicio

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#302

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA FASE PRE ANALITICA EN EL C.E FRAGA. ESTRATEGIA PARA MINIMIZAR ERRORES EN ESTA FASE. ABORDAJE EN CONSULTAS-URGENCIAS-HOSPITALIZACION-LABORATORIO

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#302 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PORTOLES CARDONA MARIA PILAR

Título  
MEJORA EN LA FASE PRE ANALITICA EN EL C.E FRAGA. ESTRATEGIA PARA MINIMIZAR ERRORES EN ESTA FASE. ABORDAJE EN CONSULTAS-URGENCIAS-HOSPITALIZACION-LABORATORIO

Colaboradores/as:  
ALEGRE CANALIS OLIVIA  
CUCALON MARIN ROCIO  
HERRAIZ RAMOS SARA  
MUR BARRABES PATRICIA  
PORTOLES CAMBREDO MARGARITA

Ubicación principal del proyecto.: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Servicio/Unidad principal .....: OTROS SERVICIOS

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la fase pre analítica se vienen produciendo errores repetidos en varios aspectos los cuales se pueden minimizar, esta intervención pretende fomentar los conocimientos y dar seguridad a los profesionales, repercutiendo positivamente en la seguridad del paciente. Esta fase se inicia en las consultas externas y hospitalarias, terminando en la sala de extracciones, por lo que creemos necesario intervenir desde que se genera el proceso con la creación de la petición hasta la ejecución de la analítica

#### ÁREAS DE MEJORA

Nuestra intervención pretende intervenir en estas áreas (Hospitalización/Consultas Externas/Extracciones)

#### ANALISIS DE CAUSAS

Diariamente recibimos desde Barbastro el documento: CONTROL DE OBTENCIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS PARA LABORATORIO (NORMA UNE -EN -ISO 15189) en el también consta: TABLA DE INCIDENCIAS donde se reflejan las ocurridas durante el día en curso, posteriormente el personal encargado, realiza las tareas oportunas para subsanación de las mismas.

Estas incidencias están relacionadas con:

- 1- manipulación de la muestra (muestras coaguladas, insuficiente);
- 2- volantes (mal identificados, letra ilegible, pruebas que no se realizan en nuestro centro);
- 3- con el etiquetado: nos dejamos de etiquetar el tubo y/o el volante;
- 4-falta i/o sobrante de muestras;
- 5-falta la solicitud.

Observamos que estos errores se producen con bastante frecuencia teniendo que realizar nuevamente la gestión la cual implica: extracción u obtención de la muestra y localización de los pacientes para completar bien la analítica.

Todos estos errores se producen en la fase de PRE ANALÍTICA la cual comienza desde el momento que el profesional cumplimenta un volante en las consultas (la solicitud para el laboratorio), este se la entrega al paciente, hasta llegar al personal destinado a gestionar y realizar la extracción. La solicitud junto con las muestras pasan por una serie de filtros, hasta que llegan al analizador, es clave prestar atención a este procedimiento para evitar errores. Por ello creemos necesario intervenir en esta fase.

En el momento de las extracciones compartimos espacio con el personal de AP, lo cual provoca mucha rotación de personal y se ha observado en el periodo vacacional incremento de incidencias, lo cual indica que debemos tener en cuenta instruir al inicio a los sustitutos y al personal de nueva incorporación.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1-Minimizar errores en la fase PRE ANALÍTICA (errores del volante, errores del etiquetado), errores en el acto de la extracción)
- 2-dotar de conocimientos y habilidades para controlar y mejorar los procesos en esta fase
- 3-poner en conocimiento los procedimientos pre analíticos de nuestro laboratorio de referencia (Barbastro)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación/información para los trabajadores implicados sobre: perfiles analíticos, calidad en la obtención de la muestra, procedimientos existentes en la intranet.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Mª Pilar Portolés

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#302

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA FASE PRE ANALITICA EN EL C.E FRAGA. ESTRATEGIA PARA MINIMIZAR ERRORES EN ESTA FASE. ABORDAJE EN CONSULTAS-URGENCIAS-HOSPITALIZACION-LABORATORIO

2. Confección de volantes tipo para las consultas externas.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Margarita Portolés /Olivia Alegre

3. Resumen adaptado a nuestro centro de las guías/protocolos existentes de análisis clínicos: perfiles analíticos de uso habitual, magnitudes de obtención obligada en laboratorio de Barbastro. Lab .Ex

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Sara Herraiz/Patricia Mur/ MªPilar Portolés

4. Supervisión de volantes en origen por parte de enfermería (Hospitalización, Urgencias, Consultas )

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Olivia Alegre/Margarita Portolés/Rocío Cucalónn

5. Monitorización, seguimiento y comunicación mensual de errores de hoja diaria de incidencias (CONTROL DE OBTENCIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS PARA LABORATORIO NORMA UNE -EN -ISO 15189)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Sara Herraiz/Patricia Mur

6. Confección de poster perfiles analíticos para cada servicio

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: MªPilar Portolés/Sara Herraiz /Patricia Mur

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Evaluación en % de las incidencias extraídas de Modulab

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Estadística año 2020/2021 anterior al estudio

Denominador .....: Estadística año posterior a la implantación del proyecto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Programa de analíticas Modulab

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Información/Formación trabajadores de C.E Fraga

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Todo el personal perteneciente a los diferentes servicios : Hospitalización/C. Externas/

Laboratorio

Denominador .....: Personal que esta implicado en la extracción de analíticas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Personal perteneciente a Servicios Especializados

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Confección de guía /resumen de parámetros que no se pueden realizar en origen (C.E Fraga)/Póster

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Protocolos existentes

Denominador .....: Adaptación de las guías a nuestras necesidades

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Intranet

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#302

### 1. TÍTULO

**MEJORA EN LA FASE PRE ANALITICA EN EL C.E FRAGA. ESTRATEGIA PARA MINIMIZAR ERRORES EN ESTA FASE. ABORDAJE EN CONSULTAS-URGENCIAS-HOSPITALIZACION-LABORATORIO**

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#103

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN PLAN DE ACOGIDA Y FUNCIONAMIENTO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE URGENCIAS ESPECIALIZADAS DEL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA

Fecha de entrada: 13/06/2022

Nº de registro: 2022#103 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHEZ RIVAS VANESSA

Título  
ELABORACION DE UN PLAN DE ACOGIDA Y FUNCIONAMIENTO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE URGENCIAS ESPECIALIZADAS DEL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA

Colaboradores/as:  
MONTILLA DURAN LORENA  
TOLOSA BARRIOS OIHANA  
ALEGRE CANALIS OLIVIA  
PORTOLES CARDONA MARIA PILAR  
PUEYO LALIENA SILVIA

Ubicación principal del proyecto.: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La confección de un manual de acogida y funcionamiento de la unidad de urgencias quiere facilitar la integración al personal de enfermería de nueva incorporación contribuyendo a la seguridad laboral para dar soporte al trabajador durante el proceso.

#### ÁREAS DE MEJORA

En el servicio se pretende mejorar:  
- En el área administrativa y/o informática.  
- En destrezas en el funcionamiento del laboratorio.  
- En el control y funcionamiento de la unidad.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En la unidad de Urgencias especializada del centro sanitario Bajo Cinca de Fraga existe rotación de personal y no se dispone de un protocolo unificado de acogida al nuevo empleado de enfermería. La integración del personal de enfermería de nueva incorporación al servicio precisa de un conocimiento previo del mismo ya que hay un enfermer@ sol@ por turno, no se dispone de administrativo presencial en urgencias y en los turnos de tarde, noche, fines de semana y festivos no hay TCAE, ni técnico de laboratorio. En estos turnos, el personal de enfermería es el encargado del laboratorio del centro y también realizar las tareas de TCAE y administrativas.

Es por ello, la importancia de un protocolo unificado de acogida para poder controlar el servicio y poder garantizar el mejor funcionamiento con las menores incidencias posibles.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Conocer la organización y funcionamiento de la unidad
- Conocer las funciones de enfermería de la unidad.
- Conocer los recursos disponibles de la unidad
- Conocer las tareas asignada para cada día de la semana
- Conocer las herramientas y aplicaciones informáticas
- Conocer y poner en práctica un proyecto de calidad previo sobre revisión del carro de paros.
- Conocer el funcionamiento del laboratorio.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un manual práctico a modo de dossier explicativo

Fecha inicio: 27/06/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Vanessa Sánchez Rivas

2. Reuniones de equipos mensuales para organización de tareas.

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 24/10/2022

Responsable.: Vanessa Sánchez Rivas

3. Anotar en un libro de incidencias los problemas o dudas para luego tratarlas en las reuniones de equipo.

Fecha inicio: 27/06/2022

Fecha final.: 17/10/2022

Responsable.: Vanessa Sánchez Rivas



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#103

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN PLAN DE ACOGIDA Y FUNCIONAMIENTO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE URGENCIAS ESPECIALIZADAS DEL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

En el manual práctico aparecerá explicado cómo funciona la unidad, su organización, los recursos disponibles, las tareas de enfermería, el protocolo de revisión y mantenimiento del carro de paros, nociones básicas de cómo utilizar el programa informático "asistencial" (ingresar a un paciente, dar un alta...) y nociones básicas de funcionamiento de los aparatos del laboratorio, así como el programa informático "Laboratorio".

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de personal de enfermería de nueva incorporación que precisan revisión del manual.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de personal de enfermería de nueva incorporación que utilizan el manual.

Denominador .....: Número de personal de enfermería del servicio.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Enfermería de urgencias especializada.

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Personal de enfermería de nueva incorporación.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#831

### 1. TÍTULO

#### SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL TRAS COLOCACION DE CATETER EPIDURAL

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#831 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE

Título  
SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL TRAS COLOCACION DE CATETER EPIDURAL

Colaboradores/as:  
ABAD SANZ MARIA  
BARBERA PEREZ PAULA MARIA  
CARRASQUER PUYAL AURORA  
HUICI GERMAN ALBERTO  
MONTERROSO BLANCO CARMEN MARIA  
MORENO CASANOVA IRIS DIANA  
UNGRIA MURILLO JULIA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La cefalea postpunción dural (CPPD) es un cuadro clínico que se presenta tras la punción de la duramadre al realizar una técnica anestésica neuroaxial (intradural o epidural), siendo a su vez la complicación más frecuente asociada a la colocación de un catéter epidural.

En la mayoría de los casos se trata de una cefalea de carácter benigno y autolimitada, pero en ocasiones puede ser incapacitante y asociarse a complicaciones graves, por lo que es de vital importancia un temprano y correcto diagnóstico así como un tratamiento de la misma en el caso de que exista la sospecha clínica.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se propone la realización de este proyecto para evaluar y registrar la incidencia que existe en nuestro centro de CPPD, realizar un seguimiento de los pacientes afectados y crear un protocolo de prevención y tratamiento de la misma.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Consideramos de vital importancia registrar la incidencia de dicho efecto adverso y realizar un seguimiento y tratamiento en el caso de que se produzca ya que se trata de un claro indicador de calidad asistencial, bienestar del paciente y buena praxis, además de ser causa de prolongación de la estancia hospitalaria. Asimismo es importante contar con un protocolo actualizado para la prevención y tratamiento de la CPPD. Asimismo

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Identificar y registrar el número de casos de CPPD que se producen en nuestro centro
- Identificar la técnica relacionada (intradural o epidural, sobre todo en Obstetricia)
- Realizar un control y seguimiento exhaustivo de los pacientes afectados mediante la recogida de datos a través de la "Hoja de CPPD"
- Estandarizar y protocolizar el tratamiento profiláctico, el tratamiento analgésico conservador y la terapia intervencionista en el caso de que fuera necesaria
- Comparar los datos obtenidos con la casuística habitual

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Diseño de la "Hoja de CPPD" en la que se recogerán los datos

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Nekane Urrestarazu Esporrín

2. -Estandarización y creación de un protocolo de profilaxis y tratamiento de la CPPD basado en la bibliografía reciente para unificar el tratamiento prescrito

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Nekane Urrestarazu Esporrín

3. -Control diario de los síntomas así como signos de alarma y cambios en la medicación establecida o medidas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#831

### 1. TÍTULO

#### SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL TRAS COLOCACION DE CATETER EPIDURAL

terapéuticas adicionales como el parche hemático

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Nekane Urrestarazu Esporrín

4. -Archivo y estudio de los datos recogidos mediante las "Hojas de CPPD"  
Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Nekane Urrestarazu Esporrín

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. EVA diario desde la punción dural > 5 en reposo  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes con clínica de CPPD que presentan EVA mayor de 5 en reposo  
Denominador .....: Número total de pacientes que presentan clínica de CPPD  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de recogida de datos de CPPD  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

2. Incidencia de síntomas asociados (rigidez etc)  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que asocian síntomas diferentes a cefalea  
Denominador .....: Número total de pacientes que presentan clínica de CPPD  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de recogida de datos de CPPD  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

3. Incidencia de complicaciones asociadas  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que presentan complicaciones  
Denominador .....: Número total de pacientes que presentan clínica de CPPD  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de recogida de datos de CPPD  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

4. Incidencia de CPPD  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de casos con CPPD  
Denominador .....: Número total de partos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de recogida de datos de CPPD  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#867

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA. MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#867 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LATRE SASO CRISTINA

Título  
IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA. MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Colaboradores/as:  
BOIX GONZALEZ ANA MARIA  
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ  
GONZALEZ BUESA EDUARDO  
MORENO CASANOVA IRIS DIANA  
PUEYO VICENTE YOLANDA  
UNGRIA MURILLO JULIA  
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En nuestro país, los efectos adversos relacionados con la práctica quirúrgica se cifran entre el 4,2% (Aranaz et al., 2005) y el 8,5% (Ruelas et al., 2007) según las diferentes series de casos. Se cifra que además en torno al 50% de estos eventos son evitables siguiendo una serie de pautas de seguridad. Desde el año 2007, la Organización Mundial de la Salud se ha propuesto disminuir la incidencia de estos eventos evitables que suceden en el contexto perioperatorio en todo el mundo. Para ello se ideó el programa "La Cirugía Segura Salva Vidas". El desarrollo del programa se basó inicialmente en definir una serie básica de premisas de seguridad que constituyeran una herramienta básica que debería aplicarse en todo entorno quirúrgico. Así se idearon 10 premisas esenciales que posteriormente se sintetizaron dando lugar a lo que hoy se conoce como Lista OMS de verificación de seguridad quirúrgica o checklist quirúrgico (OMS, 2008). Estas premisas se aplican durante todo el proceso perioperatorio, desde el preoperatorio y la acogida, pasando por el intraoperatorio y el propio acto quirúrgico, para terminar evaluando la idoneidad de los cuidados postquirúrgicos. Desde el año 2008 hasta ahora numerosas publicaciones han demostrado que la aplicación de estas ayudas cognitivas contribuyen notablemente a la mejora de la atención sanitaria, reduciendo riesgos al paciente y al personal implicado.

#### ÁREAS DE MEJORA

Aualmente se realizan en el mundo un total de 234 millones de intervenciones quirúrgicas, de éstas, aparecen complicaciones en torno a 7. La aplicación sistemática del Listado de verificación quirúrgica o check-list ha demostrado reducir significativamente la incidencia de eventos adversos y por tanto disminuir las tasas de morbi-mortalidad. Su uso y la revisión constante de los resultados obtenidos ayudan a identificar las áreas de mejora y de riesgo. Así mismo se ha visto también que mejora las habilidades comunicativas del personal y las estrategias de trabajo en equipo.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El área quirúrgica y el entorno perioperatorio son uno de los escenarios de mayor complejidad en el ámbito de la Asistencia Sanitaria. En ellos un equipo de profesionales dispares trabaja en circunstancias de especial presión, utilizando tecnología cada vez más compleja para realizar procedimientos de diferente índole. Existe además una demanda de respuestas rápidas a condiciones cambiantes y retos imprevistos. El uso de este tipo de ayudas cognitivas ha demostrado reducir estos incidentes, establecer puntos de mejora y en definitiva suponen una mejora de la calidad asistencial.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Implantar de forma progresiva en el área quirúrgica del hospital de Barbastro la aplicación de un listado de verificación quirúrgica según el modelo determinado por la OMS. De forma que, mediante el uso del mismo se refuercen prácticas seguras reconocidas, disminuyendo la posibilidad de eventos adversos por variabilidad en la práctica clínica, olvidos de pasos esenciales, errores en la identificación del paciente o la cirugía, etc y fomentando una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas implicadas.
- Formación y promoción de la cultura de seguridad dentro del área quirúrgica y mejora de las habilidades no técnicas y el trabajo en equipo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de la Subcomisión dentro del comité de Seguridad del Hospital.

Fecha inicio: 16/06/2022

Fecha final.: 31/07/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#867

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA. MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Responsable.: Cristina Latre Saso

2. Adaptación parcial si procede del modelo de listado de la OMS a la sistematica del área

Fecha inicio: 16/06/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Cristina Latre Saso

3. Contacto con el Servicio de Documentación para Impresión en papel del modelo acordado

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Cristina Latre Saso

4. Formación al personal implicado en la aplicación del listado. Sensibilización sobre las ventajas de aplicación del mismo.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Cristina Latre Saso

5. Implantación piloto de la Lista de Verificación de Seguridad en los quirófanos de Cirugía General y Traumatología

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Cristina Latre Saso

6. Primera valoración general según los indicadores establecidos

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Cristina Latre Saso

7. Generalización del uso del listado al resto de quirófanos del área.

Fecha inicio: 01/10/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Cristina Latre Saso

8. Monitorización anual del uso y funcionamiento de la Lista de Verificación por parte de la Subunidad.

Propuestas de mejora y oportunidad de aplicación de las mismas

Fecha inicio: 30/06/2023

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Cristina Latre Saso

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Grado de cumplimiento del listado

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de intervenciones quirúrgicas en las que se realiza el Check-List

Denominador .....: Número de intervenciones totales.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Propios

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Calidad de la cumplimentación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Formularios correctamente completados

Denominador .....: Nº total de listados completados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Propios

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Listados en los que se detectan incidentes potenciales que originan una corrección inmediata

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de listados en los que se detecta un incidente potencial

Denominador .....: Nº total de listados completados

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#867

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA. MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA PRACTICA CLINICA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Fuentes de datos.: Propios

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. N° de listados en los que se detecta un incidente directo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de listados en los que se detecta un incidente directo

Denominador .....: N° total de listados completados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Propios

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes quirúrgicos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1156

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE ATENCION A LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 02/08/2022

Nº de registro: 2022#1156 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RUIZ ARANJUELO ALEJANDRA

Título  
PROGRAMA DE ATENCION A LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Colaboradores/as:  
ESCAPA LAPLANA ESTHER  
GRADOS SASO DANIEL  
MORLANES GRACIA PAULA  
RIANO ONDIVIELA ADRIAN  
SALVADOR CASABON JUAN MANUEL

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Ubicación/es secundaria/s  
BARBASTRO\*HOSPITAL DE BARBASTRO\*MEDICINA INTERNA\*HOSP (Hospitalización)  
BARBASTRO\*HOSPITAL DE BARBASTRO\*URGENCIAS\*HOSP (Hospitalización)  
BARBASTRO\*AP BARBASTRO\*OTROS SERVICIOS\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La insuficiencia cardiaca (IC) tiene una elevada prevalencia y es el proceso asistencial con mayor carga de enfermedad en España. Presenta una estancia prolongada y es una importante causa de mortalidad y de reingresos en el hospital, así como de pérdida de calidad de vida. Es, por tanto, una prioridad su manejo sistemático para reducir su incidencia y prevalencia, así como para garantizar la mejor asistencia a los pacientes que sufren esta patología, a lo largo de todo el proceso asistencial.

Las unidades y los programas de insuficiencia cardiaca se han desarrollado para sistematizar el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento clínico de los pacientes con dicha enfermedad. Estas unidades han demostrado ser capaces de mejorar los parámetros de calidad y eficiencia, reduciendo la mortalidad, la frecuentación a urgencias, la hospitalización inadecuada y los reingresos hospitalarios, mejorando con ello el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes con IC.

Los retos actuales que afrontan los programas de IC son múltiples y diversos, como su generalización en el sistema sanitario, la incorporación de nuevas estrategias de gestión clínica, y su integración real en los distintos niveles asistenciales implicados en la atención de los pacientes con IC.

#### ÁREAS DE MEJORA

Sistematizar el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento clínico de los pacientes con insuficiencia cardiaca.

Disminuir las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios.

Crear un hospital de día de insuficiencia cardiaca.

Ofrecer una consulta multidisciplinar a pacientes con diagnostico de insuficiencia cardiaca y además comorbilidades que aumenten su complejidad.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La insuficiencia cardiaca alberga gran complejidad en su diagnóstico y manejo.

En el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardiaca influyen diversos factores, tanto sanitarios como sociales.

Existe importante heterogeneidad en el manejo de estos pacientes.

No existe una ruta asistencial estandarizada en nuestro sector para los pacientes con insuficiencia cardiaca.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivos del proyecto:

1. Prevención del reingreso hospitalario, asegurando seguimiento estrecho de los pacientes a través de consulta prioritaria y acceso telefónico o presencial.
2. Acceso frecuente a la evaluación por parte de Cardiología y Enfermería especializada en diagnóstico y tratamiento de IC. Realizar valoración conjunta por el cardiólogo/enfermero.
3. Educar al paciente y a la familia mediante la promoción del autocuidado.
4. Monitorizar la tolerancia clínica y analítica de los tratamientos farmacológicos.
5. Ajustar, titular y optimizar el tratamiento.
6. Asistir de forma inmediata al paciente descompensado.
7. Identificar precozmente posibles descompensaciones.
8. Coordinación multidisciplinaria (cardiólogo, enfermería, médicos de atención primaria, de urgencias, medicina interna, geriatría...).

Población diana:

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1156

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE ATENCION A LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Pacientes con diagnóstico confirmado de insuficiencia cardiaca. Actualmente el criterio más utilizado para clasificar la IC es la fracción de eyección (FE) del ventrículo izquierdo. Este parámetro ha permitido tradicionalmente diferenciar dos patrones fenotípicos de la enfermedad con distintas características clínicas: IC con FE conservada (IC-FEc) si la FE es >50% IC o IC con FE reducida (IC-FEr) si la FE <50%. Diferenciamos pues dos grupos diferentes de pacientes a quienes ofreceremos estrategias distintas en función de su perfil. Por un lado, pacientes con diagnóstico de novo de IC-FEr que se van a beneficiar de un seguimiento estrecho en consulta de cara a realizar una adecuada y ágil optimización de las terapias que han demostrado mejorar la supervivencia en IC y marcar la estrategia individualizada para cada uno de ellos en función de sus características (por ejemplo, si sería tributario de terapias avanzadas o implante de dispositivos). Por otro lado, aquellos pacientes con diagnóstico de IC, independientemente de su FE (ICFER o ICFEc), que se consideran de alto riesgo de hospitalización o visita a urgencias recurrente por descompensación de IC. El objetivo en estos pacientes, además de realizar una correcta optimización del tratamiento médico, es identificar aquellos que pueden beneficiarse de sesiones ambulatorias en hospital de día, fundamentalmente para tratamiento diurético intravenoso. El marco más apropiado de seguimiento para cada paciente dependerá de su situación cognitiva, apoyo social y funcionalidad. Se considera que no todos los pacientes se pueden beneficiar de manejo en Hospital de Día de Insuficiencia Cardiaca, por lo que se deben de establecer unos criterios que permitan la inclusión en la unidad, unos criterios de exclusión, y unos criterios de alta de la unidad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Consulta monográfica de insuficiencia cardiaca a cargo de médico.

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/11/2024  
Responsable.: Alejandra Ruiz Aranjuelo

2. Consulta de insuficiencia cardiaca a cargo de enfermería, centrándose en el seguimiento telefónico de los pacientes.

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/11/2024  
Responsable.: Esther Escapa Laplana

3. Línea telefónica de consulta.

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/11/2024  
Responsable.: Juan Manuel Salvador Casabón

4. Administración de tratamiento intravenoso en Hospital de Día.

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/11/2024  
Responsable.: Adrián Riaño Ondiviela

5. Formación impartida a pacientes y familiares

Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 01/11/2024  
Responsable.: Paula Morlanes Gracia

6. Formación impartida a médicos no cardiólogos.

Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 01/11/2024  
Responsable.: Daniel Grados Saso

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de mortalidad hospitalaria por insuficiencia cardiaca

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº total de defunciones intrahospitalarias por IC (como diagnóstico principal) en un año

Denominador .....: nº de ingresos hospitalarios totales en un año

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Sistema de Información de Barbastro

Est.Mín.1ª Mem ..: 16.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 16.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1156

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE ATENCION A LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. Porcentaje de reingreso antes de 30 días tras el alta por insuficiencia cardiaca

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº total de reingresos por IC antes de 30 días tras el alta

Denominador .....: nº total de reingresos por cualquier causa antes de 30 días tras el alta

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Sistema de Información de Barbastro.

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

3. Estancia media de pacientes con insuficiencia cardiaca

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº total de días de hospitalización por IC

Denominador .....: nº total de altas habidas durante el año incluidas las altas por fallecimientos.

$x(1-100-1000)$  ...: 1

Fuentes de datos.: Sistema de Información de Barbastro.

Est.Mín.1ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

4. Porcentaje de pacientes incluidos en el programa que reciben educación sobre la IC

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: nº pacientes incluidos en el programa que reciben educación sobre IC.

Denominador .....: nº total de pacientes incluidos en el programa

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica.

Formularios satisfacción.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Enfermedades del sistema cardiovascular

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1175

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DE CALIDAD CONTROL ECOCARDIOGRAFICO EN PACIENTES ONCOHEMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO PREVENCIÓN Y MANEJO DE CARDIOTOXICIDAD INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA

Fecha de entrada: 03/08/2022

Nº de registro: 2022#1175 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GRADOS SASO DANIEL

Título  
PLAN DE MEJORA DE CALIDAD CONTROL ECOCARDIOGRAFICO EN PACIENTES ONCOHEMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO  
PREVENCIÓN Y MANEJO DE CARDIOTOXICIDAD INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA

Colaboradores/as:  
CASTILLO LASIERRA MARIA AMPARO  
ESCAPA LAPLANA ESTHER  
MARTINEZ ROYO ANA MARIA  
MORLANES GRACIA PAULA  
RIAÑO ONDIVIELA ADRIAN  
RUIZ ARANJUELO ALEJANDRA  
SALVADOR CASABON JUAN MANUEL

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los tratamientos oncohematológicos pueden afectar la función cardíaca. Se define cardiotoxicidad como el conjunto de enfermedades cardiovasculares derivadas del tratamiento quimioterápico. Las técnicas de imagen cardíaca permiten diagnosticar y monitorizar la afectación cardíaca de manera precoz, antes de que el deterioro de la función sistólica sea irreversible. La complejidad actual de los tratamientos oncohematológicos exige contar con un protocolo de monitorización y seguimiento ecocardiográfico de estos pacientes. Todos los documentos de consenso consideran la ecocardiografía con uso de técnicas de estudio de deformación miocárdica (strain) como la técnica de imagen de primera elección, por su amplia disponibilidad, el nivel científico que la avala, coste-efectividad y el hecho de ser una técnica no invasiva.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se debe evaluar la función ventricular mediante técnicas de ecocardiografía avanzada como el strain ya que el valor fundamental de esta técnica es que permite realizar el diagnóstico de la cardiotoxicidad antes de que el daño cardíaco sea irreversible.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La evidencia científica acumulada durante los últimos años muestra que el strain (strain longitudinal global) es más sensible que la FEVI y aporta información pronóstica adicional. En relación al gran número de pacientes con neoplasias y gracias los avances de los tratamientos quimioterápicos, se espera que cada vez más puedan sobrevivir a su enfermedad oncohematológica pero en cambio presentar cardiotoxicidad en el seguimiento. Se debe ofrecer a estos enfermos una prevención y manejo adecuados y actualizados de la misma. Las antiguas técnicas de medición como la fracción de eyección han sido superadas por el strain en este contexto.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### OBJETIVOS:

- Estandarizar la realización y seguimiento mediante ecocardiografía de la función cardíaca en los pacientes que reciben tratamiento oncohematológico.
- Detectar precozmente la aparición de cardiotoxicidad e instaurar tratamiento antes de que el deterioro miocárdico sea irreversible.
- Manejo multidisciplinar de pacientes oncohematológicos para su evaluación y tratamiento de manera óptima.

##### POBLACIÓN DIANA:

Pacientes con indicación de monitorización de función ventricular por ecocardiografía antes, durante o tras el tratamiento quimioterápico.

Se consideran pacientes de alto riesgo de desarrollo de cardiotoxicidad:

- Sexo femenino.
- Edad <15 o >65 años.
- Obesidad, sedentarismo, tabaquismo.
- FRCV: especialmente la HTA y DM tipo 2.
- Cardiopatía previa: insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, valvulopatía (de grado al menos moderado).
- Tratamiento concomitante o previo con radioterapia.
- Determinados tratamientos: toxicidades más frecuentes asociadas a fármacos:
  - o Antraciclinas: especialmente si = 250 mg/m2.
  - o AntiHER2.
  - o Taxanos.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1175

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DE CALIDAD CONTROL ECOCARDIOGRAFICO EN PACIENTES ONCOHEMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO PREVENCION Y MANEJO DE CARDIOTOXICIDAD INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA

Desde el punto de vista práctico, se debería considerar a los pacientes con las siguientes patologías:

- Hematología:
  - o Linfomas no Hodgkin: adriamicina, ciclofosfamida, radioterapia...
  - o Linfomas de Hodgkin: adriamicina, bleomicina, radioterapia...
  - o Mielomas: bortezomib, carfilzomib, melfalan (si autoTPH)...
  - o LMC: nilotinib.
  - o Leucemias agudas en tratamiento intensivo: idarubicina, citarabina...
- Oncología:
  - o Cáncer de mama: epirubicina, adriamicina, trastuzumab, pertuzumab, TDM-1, taxanos, radioterapia
  - o Cáncer gástrico: epirubicina, adriamicina, trastuzumab, ramucirumab
  - o Sarcomas: adriamicina, taxanos
  - o Cáncer renal: antiVEGF (bevacizumab), TKIs (sunitinib, pazopanib, cabozantinib)
  - o Cáncer de pulmón: taxanos, antiVEGF ( bevacizumab), radioterapia

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realiza la prueba (ecocardiograma transtorácico) y ajusta e inicia tratamiento médico si se precisa ante los hallazgos de la prueba en esa misma visita.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 01/10/2024  
Responsable.: DANIEL GRADOS SASO

2. Solicita ecocardiograma y analítica con biomarcadores: troponina (+ NT-proBNP) antes de cada ciclo.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 01/10/2024  
Responsable.: CLARA AURIA CABALLERO

3. Monitorización electrocardiográfica y preparación del paciente para ecocardiograma

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 01/10/2024  
Responsable.: ESTHER ESCAPA LAPLANA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Inicio precoz de tratamiento cardioprotector (en la misma visita en los casos en que esté indicado).

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Ecocardiograma avanzado con strain

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de ecocardiogramas que informan un valor de SLGVI  
Denominador .....: número de ecocardiogramas solicitados por onco y hematología  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE y sistemas de información. Base de datos de ecocardiografía  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Realización preferente

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de pacientes con indicación de seguimiento ecocardiográfico a los que se realiza ecocardiografía en el plazo máximo de un mes  
Denominador .....: número de pacientes con indicación de ecocardiograma  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE y sistemas de información. Base de datos de ecocardiografía  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Todos los estudios serán almacenados digitalmente para permitir la posterior comparación de las imágenes con los siguientes.

Información que queda recogida en informe en la historia clínica electrónica cada vez que se realiza un ecocardiograma a continuación queda disponible.

BIBLIOGRAFÍA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1175

### 1. TÍTULO

#### **PLAN DE MEJORA DE CALIDAD CONTROL ECOCARDIOGRAFICO EN PACIENTES ONCOHEMATOLOGICOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO PREVENCION Y MANEJO DE CARDIOTOXICIDAD INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA**

1 T.López-Fernández et al. Cardio-Onco-Hematología en la práctica clínica. Documento de consenso y recomendaciones. Rev Esp Cardiol. 2017;70(6):474-486

2 Nolan MT, Plana JC, Thavendiranathan P, Shaw L, Si L, Marwick TH. Cost-effectiveness of strain-targeted cardioprotection for prevention of chemotherapy-induced cardiotoxicity. Int J Cardiol. 2016 Jun 1;212:336-45.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#237

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLEMENTACION DE METODOLOGÍA DE REGISTRO ESTANDARIZADO DE EVOLUTIVO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE INGRESADO EN PLANTA DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#237 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
OLIVAR ORTEGA LORENA

Título  
ELABORACION E IMPLEMENTACION DE METODOLOGÍA DE REGISTRO ESTANDARIZADO DE EVOLUTIVO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE INGRESADO EN PLANTA DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Colaboradores/as:  
COSCUJUELA ROMAN ELIA  
ESTADA MURILLO CRISTINA PILAR  
FERNANDEZ SANCHEZ RUT  
MUR BARRABES DIANA  
PESQUER VILAS ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en el Hospital de Barbastro supuso una mejora en el evolutivo diario del paciente ingresado en el Hospital de Barbastro así como en la comunicación entre diferentes niveles asistenciales. Enfermería hace registro en cada turno de lo acontecido en éste con los pacientes a su cargo y la implantación de la HCE ha dejado patente la diversidad de modos de registro de dichos evolutivos. Ante dicha situación y ante el escenario planteado, creemos pertinente la elaboración e implementación de un registro de evolutivo de enfermería estandarizado, fomentando así una cultura de seguridad y comunicación esencial en nuestro centro.

#### ÁREAS DE MEJORA

El Proyecto de Mejora plantea un escenario con una comunicación más efectiva, fluida y consensuada entre niveles asistenciales y entre las diferentes unidades del Hospital de Barbastro, así como una mayor cultura de seguridad al establecer en el evolutivo de enfermería de la HCE, los criterios mínimos a contemplar y el modo de hacerlo, facilitando también la labor de registro enfermera, optimizando su tiempo y su modo de invertirlo.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La creación del evolutivo de enfermería en la HCE ha supuesto un reto en cuanto a la diversidad de criterios, prioridades y modos de plasmar lo acontecido en cada paciente a cargo del equipo enfermero del Hospital de Barbastro. Con todo ello, la necesidad de un consenso y aplicación de un evolutivo de enfermería estandarizado supone un reto a abordar mediante este Proyecto de Mejora.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El presente proyecto tiene como objetivo final la implantación en el Hospital de Barbastro de evolutivo de enfermería en HCE estandarizado, con el que se obtendrán objetivos derivados de éste:

- Aumento de la seguridad de nuestros pacientes con un manejo más efectivo de sus datos
- Facilitación de labor enfermera, tanto de enfermeros con larga trayectoria en nuestro centro como de aquellos de nueva incorporación a nuestra plantilla
- Optimización del tiempo enfermero dedicado al registro de datos
- Mejorar comunicación entre niveles asistenciales y entre los propios profesionales del Hospital de Barbastro

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión de bibliografía de registro enfermero

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 14/10/2022

Responsable.: Lorena Olivar Ortega

2. Consenso con la Comisión de Cuidados, personal enfermero, dirección de enfermería y supervisores del Hospital de Barbastro de datos a contemplar en dicho evolutivo y estructuración en la redacción

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 14/10/2022

Responsable.: Diana Mur Barrabes

3. Elaboración de plantilla/documento estandarizado de evolutivo enfermero para HCE en el Hospital de Barbastro

Fecha inicio: 17/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#237

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLEMENTACION DE METODOLOGÍA DE REGISTRO ESTANDARIZADO DE EVOLUTIVO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE INGRESADO EN PLANTA DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha final.: 17/11/2022

Responsable.: Cristina Estada Murillo

4. Realización de cuatro sesiones informativas en el aula del Hospital de Barbastro con aula abierta a todo el personal sanitario del Hospital de Barbastro

Fecha inicio: 18/11/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Isabel Pesquer Vilas

5. Designar un responsable enfermero por cada unidad hospitalaria del centro para que ayude a informar, implementar y ver resultados de la unidad asignada

Fecha inicio: 18/11/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Silvia Sicart Loncan

6. Recogida de resultados y análisis de éstos

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 15/03/2023

Responsable.: Elia Coscujuela Roman

7. Rectificación si se precisa tras la evaluación de resultados obtenidos y transmisión mediante correo electrónico, hojas informativas y transmisión por parte del enfermero responsable de cada unidad.

Fecha inicio: 16/03/2023

Fecha final.:

Responsable.: Rut Fernández Sánchez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de personal de enfermería del hospital que acude a las sesiones y talleres de formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de enfermeros que acuden a las sesiones

Denominador .....: Total de personal de enfermería que trabaja con la HCE

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de asistencia a las sesiones

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Uso de la plantilla/documento proporcionado

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: % enfermeros que usan la plantilla/documento

Denominador .....: Total de enfermería que trabajan con la HCE

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros de enfermería, HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Grado de satisfacción sobre utilidad y calidad de la información en los profesionales

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: % de personal satisfecha con el cambio

Denominador .....: Total personal acceso a la HCE del pcte

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#237

### 1. TÍTULO

**ELABORACION E IMPLEMENTACION DE METODOLOGÍA DE REGISTRO ESTANDARIZADO DE EVOLUTIVO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE INGRESADO EN PLANTA DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO**

Tipo de patología: --Otros--> Paciente ingresado en planta de hospitalización de hospital de Barbastro

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#731

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN ENDOSCOPIAS

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#731 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VIÑUALES CHUECA BEATRIZ

Título  
ACTUALIZACION DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN ENDOSCOPIAS

Colaboradores/as:  
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA  
ASPURU RUBIO KATALIN  
CORONAS CAVERO EVA MARIA  
NOGUES GARCIA ITZIAR  
OTTO NOGUERO MARIA PAZ  
PEREZ RALUY ANA MARIA  
VILLACAMPA AYERBE MARIA JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: DIGESTIVO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se pretende realizar una actualización del registro de enfermería, incluyendo nuevas escalas de valoración, reduciendo así los riesgos originarios de la prueba y el derivado de la sedación, con la finalidad de obtener una mejor valoración del paciente y una mejora de la calidad tanto en el pre-, intra- y post-procedimiento endoscópico.

#### ÁREAS DE MEJORA

Introducción de la escala ASA.  
Incorporación de la escala Mallampati.  
Adjuntar el test de Aldrete, una escala de puntuación de recuperación post-anestésica fiable.  
Documentar la medicación administrada durante la prueba, así como la terapéutica realizada.  
Implantar el registro del tiempo empleado en la realización de la colonoscopia.  
Registro de eventos adversos tanto inmediatos como tardíos.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Para valorar el estado de salud y las posibles comorbilidades previas a la endoscopia.  
Con el objetivo de predecir la facilidad en la intubación, en el caso de complicación en la sedación.  
De gran utilidad para la evaluación de la recuperación de funciones del paciente.  
Registrar las posibles incidencias o complicaciones derivadas de ambas.  
La realización de una colonoscopia normal, sin terapéutica en un tiempo mínimo de 6 minutos es un indicador de calidad.  
Con el interés de evaluarlos y poder minimizarlos a medio/largo plazo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La población diana que se acogerá con este proyecto de mejora serán todas aquellas personas que acudan a realizarse una endoscopia digestiva.  
-Actualizar el registro de enfermería obteniendo así la información necesaria para realizar una acogida del paciente y una endoscopia diagnóstico/terapéutica segura y de calidad.  
-Actualizar el número ítems a valorar en el registro de enfermería.  
-Disminuir la variabilidad asistencial y favorecer la intimidad del paciente.  
-Compartir la información con el personal sanitario partícipe del proceso de endoscopia.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Brainstorming con el equipo de endoscopias con el objetivo de valorar la información relevante en el registro de enfermería.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 06/09/2022

Responsable.: Ana Pérez

2. Revisión bibliográfica de indicadores de calidad en endoscopia en las Guías de Práctica Clínica más relevantes tales como ASGE y ESGE.

Fecha inicio: 07/09/2022

Fecha final.: 25/09/2022

Responsable.: Katalin Aspuru

3. Creación del modelo actualizado de registro de enfermería.

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#731

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN ENDOSCOPIAS

Responsable.: Beatriz Viñuales

4. Aprobación de las nuevas hojas de registro de enfermería por la Comisión de Historias Clínicas, Documentación y Calidad Asistencial.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 09/10/2022

Responsable.: Eva Coronas

5. Comunicación a todo el equipo de endoscopias del nuevo formulario, dónde poder encontrarlo y valorar la información necesaria a obtener en la entrevista de los pacientes.

Fecha inicio: 10/10/2022

Fecha final.: 23/10/2022

Responsable.: Maria José Villacampa

6. Implantación de la hoja de registro en la unidad.

Fecha inicio: 24/10/2022

Fecha final.: 30/10/2022

Responsable.: Itziar Nogués

7. Presentación de resultados a los profesionales sanitarios de la unidad de endoscopias y a la dirección del centro hospitalario tras la implantación del nuevo registro.

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Yolanda Arguedas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Los resultados de la implantación del nuevo registro los evaluaremos a los 6 meses y al año de su implantación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Evaluación clínica: antecedentes personales, alergias, medicación habitual

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes con una evaluación clínica previa adecuada

Denominador .....: Total de pacientes evaluados en el pre-procedimiento.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica electrónica y el propio paciente

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Registro de valoración de la Escala ASA y Mallampati

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes con valoración de ASA y Mallampati previa a la endoscopia por parte de enfermería.

Denominador .....: Total de pacientes evaluados en el pre-procedimiento.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de enfermería

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Monitorización del paciente sedado

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes donde consta monitorización del paciente con al menos pulsioximetría, frecuencia cardíaca y presión arterial

Denominador .....: Total de pacientes a los que se les administra sedación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de enfermería

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Sedación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes con un plan de sedación siguiendo los criterios de la SEED.

Denominador .....: Total de pacientes evaluados a los que se les ha realizado una endoscopia con sedación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de enfermería

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#731

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN ENDOSCOPIAS

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 5. Registro de procedimientos

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes con registro de los procedimientos correctamente cumplimentados por parte de enfermería.

Denominador .....: Total de pacientes a los que se realiza una endoscopia terapéutica/diagnóstica.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de enfermería

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 6. Tiempo de retirada

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes a los que se les realiza una colonoscopia

Denominador .....: Total de pacientes con realización de colonoscopia normal con un tiempo de retirada mínimo de 6 minutos.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de enfermería

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 7. Incidencia de eventos adversos

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de procedimientos en los que suceden eventos adversos

Denominador .....: Total de procedimientos realizados durante el tiempo de observación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de enfermería

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

-

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#169

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL USO Y MANEJO DE TELEMETRÍA CARDIACA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Fecha de entrada: 17/06/2022

Nº de registro: 2022#169 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BROTO GABARRE MARTA

Título  
MEJORA EN EL USO Y MANEJO DE TELEMETRÍA CARDIACA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Colaboradores/as:  
ALIAGA OBENSA MARIA PILAR  
BRAVO TRICAS IRENE PILAR  
MIRANDA PEREZ LOURDES  
SORO VIVAS ANA CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION 5 D MED. INTERNA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los pacientes con problemas cardíacos, manifiestan cambios de manera instantánea por lo que es preciso contar con dispositivos que alerten y registren esos cambios, para así el personal sanitario ofrecer mejoras en su salud y calidad de vida. Es por ello, por lo que se utiliza el sistema de Telemetría cardíaca.

La telemetría cardíaca es una tecnología en la obtención y transmisión de señales electrocardiográficas individualizadas por radiofrecuencia, enviadas en tiempo confiable y continuo de los pacientes ingresados en la unidad de cardiología, mediante una red inalámbrica.

#### ÁREAS DE MEJORA

La quinta planta del Hospital de Barbastro, cuenta con el servicio de Cardiología. En el año 2021, se implantó en el servicio la utilización de los dispositivos de telemetría cardíaca. Se postula que aún existe un conocimiento incipiente en cuanto a la construcción de materiales capaces de auxiliar en el proceso de educación en salud de los pacientes y educación permanente de los trabajadores de enfermería. Por todo esto, se considera relevante desarrollar un plan de mejora sobre el uso de estos dispositivos, para así brindar una buena atención a pacientes y familiares.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El personal de enfermería realiza una labor esencial en el uso de dichos dispositivos. Se encarga de la colocación del dispositivo en el paciente, y en la conexión con el monitor central, que es donde se quedará guardado el registro electrocardiográfico. Además de explicar a los pacientes, las pautas, cómo se debe manejar, las cosas que no se puede realizar mientras lo llevan puesto y las posibles dudas que se les presenten. También las enfermeras deben conocer cuáles son los signos de alarma, para poder detectar una situación de urgencia y así avisar al médico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- El principal objetivo será asegurar que todo el personal con pacientes a su cargo que requieran de Telemetría cardíaca sean capaces de colocar el dispositivo correctamente, tanto en el paciente (colocación correcta de derivaciones, batería etc.) como introducir los datos en el ordenador donde quedará registrado.
- Que el personal de enfermería sea capaz de dar la información necesaria y resolver las dudas que puedan tener los pacientes portadores de dispositivos de telemetría cardíaca.
- Conocer y saber dar solución a los diferentes errores que se puedan presentar a lo largo del periodo en que se esté usando la telemetría, para asegurar un buen registro electrocardiográfico (desconexión de derivaciones, fallos en la transmisión de la red o fin de batería).
- Que el personal sepa reconocer las alarmas que indiquen una situación de urgencia, para dar aviso al médico de guardia.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión de instrucciones del aparato de telemetría cardíaca y búsqueda bibliográfica de los signos de alarma de situaciones de urgencia según las patologías más comunes para las que se utiliza.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: IRENE BRAVO TRICAS

2. Realizar un díptico informativo sobre el uso correcto del aparato, colocación de electrodos y reconocer ritmos de alarma.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: LOURDES MIRANDA PERÉZ

3. Impartir una sesión de enfermería para presentar el díptico informativo, y enseñar de manera práctica la colocación y registro en el monitor de telemetría.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#169

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL USO Y MANEJO DE TELEMETRÍA CARDIACA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Fecha inicio: 18/10/2022

Fecha final.: 18/10/2022

Responsable.: PILAR ALIAGA OBENSA

4. Tras la sesión informativa, realización de una evaluación de los conocimientos adquiridos por parte del personal de enfermería.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 18/10/2022

Responsable.: CRISTINA SORO VIVAS

5. Elaboración de una encuesta de satisfacción del personal de enfermería para conocer si las medidas establecidas en la sesión informativa y el uso del díptico han servido de utilidad.

Fecha inicio: 05/06/2023

Fecha final.: 15/06/2023

Responsable.: MARTA BROTO GABARRE

6. Realización de hoja de información para el paciente portador y familia de telemetría cardíaca.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: MARTA BROTO GABARRE

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de enfermeras que acuden a la sesión informativa

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de enfermeras que acuden a la sesión

Denominador .....: Nº total de enfermeras de la planta de especialidades

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Planta de especialidades del Hospital de Barbastro

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. % de enfermeras que realizan la evaluación de conocimientos con máximo de dos errores

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de evaluaciones con máximo de dos errores

Denominador .....: Nº total de evaluaciones realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Planta de especialidades del Hospital de Barbastro

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. % de enfermeras que realizan la encuesta de calidad, manifestando alto grado de satisfacción

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de evaluaciones con alto grado de satisfacción

Denominador .....: Nº total de evaluaciones realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Planta de especialidades del Hospital de Barbastro

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Enfermedades cardíacas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1165

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON ICTUS

Fecha de entrada: 02/08/2022

Nº de registro: 2022#1165 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GRACIA MARGALEJO LAURA

Título  
MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON ICTUS

Colaboradores/as:  
ALTEMIR CORTES MARIA  
BAILA CALDERON BEATRIZ  
CALVO SANCERNI BEATRIZ  
GRACIA NADAL GLORIA  
PEYRET FERRER INMACULADA  
SERON PEREZ MARIA MAGDALENA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION 5 D MED. INTERNA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Mejorar la asistencia sanitaria a los pacientes que han sufrido un ictus es un reto para todo el personal que atiende a estos enfermos. Para ello es necesario un equipo de enfermería y TCAES capacitado y coordinado. El área de ictus es un área de hospitalización específica que en nuestro hospital está situada en la Planta de Especialidades médicas y comprende tres camas dotadas de monitor. Contamos con un protocolo de atención a pacientes con Ictus, con el que se pretende coordinar y mejorar el manejo de dicha patología. Lo ideal sería que en las áreas de ictus se produjeran los mínimos cambios de personal, pero observamos que la rotación de trabajadores en nuestra unidad es frecuente. Al personal de nueva incorporación se suman los períodos vacacionales, días festivos, bajas médicas. Aquel que comienza a trabajar en nuestra unidad de hospitalización, debe conocer las principales necesidades de estos pacientes para así realizar una adecuada valoración enfermera, aplicar un plan de cuidados normalizado, monitorizar para detectar y poder diagnosticar complicaciones potenciales en la fase aguda. Es necesario facilitar a todo este personal de nueva incorporación de varias herramientas que faciliten el trabajo. Pretendemos elaborar una guía de manejo de los monitores, con control de alarmas, instrucciones de registro y seguimiento para enfermería. Para Tcaes, elaboraremos un díptico que refleje los aspectos en que deben prestar especial atención y cómo deben intervenir en su trabajo para prevenir complicaciones. Estas propuestas pretenden aumentar la calidad de nuestros cuidados, reflejándose así en una disminución de la morbi-mortalidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la calidad de la atención en paciente en área ictus.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Rotación de personal con poca experiencia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la calidad de los cuidados del paciente ingresado en la unidad de ICTUS, disponiendo desde el inicio del proceso de un plan individual que permita su continuidad evitando así, posibles complicaciones potenciales. Disponer de una Unidad o Área de ictus de referencia con personal de enfermería y TCAE formados en cuidados específicos y con los recursos materiales y humanos necesarios. Capacitar al personal para desarrollar un trabajo eficaz en nuestra unidad. Prevenir y evitar complicaciones que se pueden producir en la fase temprana de la enfermedad. Favorecer la actualización y formación continuada del personal enfermero en contenidos y competencias que mejoren la asistencia y atención de los pacientes con ictus. Facilitar al paciente y familia durante su estancia en el hospital la adecuada formación e información para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio y conocer el grado de satisfacción de estos con la atención recibida.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar una revisión bibliográfica de publicaciones científicas recientes y protocolos en uso en nuestra comunidad autónoma.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Laura Gracia Margalejo

2. Diseñar una encuesta inicial a cumplimentar por el personal de la planta para valorar el nivel de conocimientos de los cuidados de pacientes ingresados en área de ictus y funcionamiento de aparataje.

Fecha inicio: 10/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1165

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON ICTUS

Fecha final.: 24/10/2022

Responsable.: Laura Gracia Margalejo

3. Según los resultados, cuantificar en un listado los puntos en que incidir para mejorar la recepción y atención temprana a los pacientes del área.

Fecha inicio: 25/10/2022

Fecha final.: 10/11/2022

Responsable.: Laura Gracia Margalejo

4. Elaborar una guía de manejo de los monitores del área ictus que resulte útil tanto para el personal fijo de la planta como el temporal.

Fecha inicio: 11/11/2022

Fecha final.: 20/12/2022

Responsable.: Laura Gracia Margalejo

5. Elaborar una guía de manejo del paciente orientada a TCAE, con pautas que ayuden en la atención a estos pacientes y faciliten la prevención de complicaciones.

Fecha inicio: 11/11/2022

Fecha final.: 20/11/2022

Responsable.: Laura Gracia Margalejo

6. Impartir sesiones de formación para dar a conocer las nuevas guías.

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 24/02/2023

Responsable.: Laura Gracia Margalejo

7. Tras la presentación e implementación, realizar una nueva encuesta al personal para valorar la efectividad de las medidas implantadas.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Laura Gracia Margalejo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. EFECTIVIDAD DE LA ENCUESTA

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % personal que cumplimenta la encuesta

Denominador .....: personal de la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. EFECTIVIDAD DE LA FORMACIÓN

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: % personal que acude a las sesiones informativas

Denominador .....: personal de la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE/FAMILIAR

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: % cumplimentación positiva de la encuesta

Denominador .....: nº de encuestas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1165

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON ICTUS

#### 4. REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: % actividades realizadas

Denominador .....: total de actividades propuestas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#9

### 1. TÍTULO

#### "ACERCANDO, CUIDANDO, NO ESTAS SOLO"

Fecha de entrada: 20/05/2022

Nº de registro: 2022#9      \*\* Eficiencia      \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR

Título  
"ACERCANDO, CUIDANDO, NO ESTAS SOLO"

Colaboradores/as:  
DIAZ MILLA LAURA  
ESCALANTE SIERRA ASUNCION  
FRONTONS RODRIGUEZ SONIA  
MESALLES EZEQUIEL CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION 5 IZ.

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La nueva situación vivida por el covid-19 nos ha hecho profundizar y reflexionar por las múltiples consecuencias para nuestros pacientes. ( soledad, miedo, falta de seguridad, pérdida de autonomía). La detección de problemas y las actividades a realizar, aumentara la seguridad y confort de nuestros pacientes covid.

#### ÁREAS DE MEJORA

Humanización en el covid-19  
En el servicio de Medicina Interna del Hospital de Barbastro.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Deshumanización por el aislamiento de la enfermedad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Aumentar la seguridad, confort y autonomía de nuestros pacientes.  
Facilitar el contacto con sus familiares.  
Disminuir la carga emocional del cuidador

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Facilitar tarjetas de Televisión gratis, biblioteca de libros y crucigrama.

Fecha inicio: 08/04/2021

Fecha final.: 22/04/2021

Responsable.: Pilar Medrano y Asuncion Escalante

2. Conseguir un banco de Cargadores

Fecha inicio: 08/04/2021

Fecha final.: 22/04/2021

Responsable.: Pilar Medrano

3. Contactar con revistas locales, ( Ronda somontano, La alegría, Somos Litera ) para que manden ejemplares a nuestros pacientes

Fecha inicio: 08/04/2021

Fecha final.: 26/05/2021

Responsable.: Sonia Frontons

4. Realizar llamadas telefónicas por las tardes a los familiares y después del ingreso, para informar.

Fecha inicio: 08/04/2021

Fecha final.: 22/04/2021

Responsable.: Laura Diaz y Cristina Mesalles

5. Se propone que desde la evolución de enfermería, se añada un pestaña " Situación anímica/ familiar", para escribir inquietudes del paciente que manifiesta al personal, para transmitir al equipo.

Fecha inicio: 08/04/2021

Fecha final.: 22/04/2021

Responsable.: Laura Diaz y Cristina Mesalles

6. Continuar con los objetivos que se marcan desde el hospital en nuestra unidad covid, de la que formamos parte por nuestra supervisora.

Fecha inicio: 08/04/2021

Fecha final.: 08/04/2021



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#9

### 1. TÍTULO

#### "ACERCANDO, CUIDANDO, NO ESTAS SOLO"

Responsable.: Pilar Medrano

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La fecha fin marcada en las actividades, es en la que se consigue realizar la actividad, pero continúan en la actualidad, ya que somos la unidad de referencia covid en nuestro hospital. Las actividades que son comunes a los objetivos que se marco el hospital son, la elección de menú a través de un programa informático, la realización de video llamadas, La instalación de cámaras para la vigilancia de pacientes agitados, guía informativa a familiares en formato folleto , cuidado espiritual por nuestro sacerdote y de peluquería, para el afeitado e imagen personal.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 2. Indicador de proceso

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: porcentaje del material facilitado al paciente  
Denominador .....: por el porcentaje del material solicitado  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: lugar de ubicacion y material necesario  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

#### 3. Indicador de proceso

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: porcentaje del personal que se implica en l proyecto de atención al familiar y humanización  
Denominador .....: por el personal de la unidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: implicacion del personal que marca la pestaña en HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 6.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 12.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

#### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se realiza en la unidad covid del Hospital de Barbastro de Medicina Interna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Paciente Covid.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#642

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE GESTION DE TRASLADO DE PACIENTES DE FORMA INTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#642 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PINTADO TORRECILLA MARINA

Título  
PROTOCOLO DE GESTION DE TRASLADO DE PACIENTES DE FORMA INTRAHOSPITALARIA

Colaboradores/as:  
ANDRES ALIERTA MARTA  
FRANCES RAMI ESMERALDA  
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR  
NASARRE GER ANA MARIA  
PEYRET FERRER INMACULADA  
PUYAL MELE ANA MARIA  
TORRES GRANDE MARIA JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION 5 IZ.

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Conocer y determinar las causas que generan la movilización de pacientes entre habitación de la misma planta y entre diferentes servicios.

ÁREAS DE MEJORA  
Disminuir la cantidad de traslados de pacientes.

ANALISIS DE CAUSAS  
Conocer las causas por las cuales se movilizan .

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Disminuir el número de cambios de habitación del paciente entre el mismo o diferente servicio.  
Crear un registro en la página de gestión de camas de enfermería que indique el número de traslados del paciente.  
Crear un protocolo para unificar y optimizar las causas de movilización de los pacientes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recogida de datos  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: MARINA PINTADO TORRECILLA

2. Análisis de los datos recogidos  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: MARINA PINTADO TORRECILLA

3. Creación registro en plataforma gestión de camas  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: MARINA PINTADO TORRECILLA

4. Creación y difusión del protocolo  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: MARINA PINTADO TORRECILLA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. REGISTRO DE TRASLADO  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: NÚMERO TOTAL DE PACIENTES INGRESADOS CON TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS  
Denominador .....: NÚMERO TOTAL DE PACIENTES INGRESADOS CON TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS REGISTRADOS EN LA PLATAFORMA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#642

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE GESTION DE TRASLADO DE PACIENTES DE FORMA INTRAHOSPITALARIA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: REGISTRO DE LAS PLANTAS Y REGISTRO INFORMÁTICO EN LA PLATAFORMA

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#620

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL REGISTRO INFORMATIZADO DE INCIDENCIAS PARA MEJORAR, EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGUN LOS REQUISITOS NORMA UNE-EN-ISO 9001:201

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#620 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SALAS BALLARIN EVA MARIA

Título  
IMPLANTACION DEL REGISTRO INFORMATIZADO DE INCIDENCIAS PARA MEJORAR, EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGUN LOS REQUISITOS NORMA UNE-EN-ISO 9001:201

Colaboradores/as:  
CARRUESCO BUETAS MARIA PAZ  
CLEMENTE ROLDAN EDUARDO  
DIAZ PEREZ JOSEFA DE LOS REYES  
FERNANDEZ GIL MARIA  
LANAU SAZATORNIL PILAR  
LOPEZ REYES ELISA  
SOPENA PUYUELO ROSA PAULINA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: ESTERILIZACIÓN

Línea estratégica: --Otras--

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
El adecuado registro de incidencias, bien documentado y actualizado, ayuda a analizar los problemas y riesgos detectados y buscar soluciones, tanto directamente en los procesos de la central, como en otras áreas que indirectamente afectan a ellos.

**ÁREAS DE MEJORA**  
Procesos de la central de esterilización.

**ANALISIS DE CAUSAS**  
Facilitar el análisis de las incidencias y su solución. Que sea un formato más accesible y manejable por todo el personal de la central.

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
Mantener el registro bien documentado y actualizado. Que sea un apoyo que facilite el trabajo de calidad de la central y sus procesos.

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Adaptar el formato F-06\_SA(E)X\_CE a Excel.

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 29/07/2022

Responsable.: Eduardo Clemente Roldán

2. Creación de tabla dinámica para el conteo de las incidencias.

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 29/07/2022

Responsable.: Eduardo Clemente Roldán

3. Solicitar a informática acceso directo a la carpeta EST (donde se guardan las incidencias) en el ordenador de la zona de limpio.

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Eva M<sup>a</sup> Salas Ballarin

4. Taller de actualización en la recogida de incidencias para el personal de la CE.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Paz Carruesco Buetas

5. Seguimiento de las incidencias.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Eva M<sup>a</sup> Salas Ballarin

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#620

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL REGISTRO INFORMATIZADO DE INCIDENCIAS PARA MEJORAR, EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGUN LOS REQUISITOS NORMA UNE-EN-ISO 9001:201

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. - Trabajadores de la Central de Esterilización que trabajan con los procesos.  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de trabajadores que han realizado el taller  
Denominador .....: N° de trabajadores de la central  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Plantilla y firmas del taller de actualización en la recogida de incidencias  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Registro informático de las incidencias sin que este disminuya en un 20%, respecto al año anterior.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° incidencias 2022 - N° incidencias 2021  
Denominador .....: n° de incidencias 2021  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Formato de registro de incidencias de 2021 y 2022  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes quirúrgicos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#657

### 1. TÍTULO

#### CODIFICACION DE LAS CAJAS DE TRAUMATOLOGÍA CON CODIGO DE BARRAS PARA SU CORRECTA IDENTIFICACION

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#657 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CARRUESCO BUETAS MARIA PAZ

Título  
CODIFICACION DE LAS CAJAS DE TRAUMATOLOGÍA CON CODIGO DE BARRAS PARA SU CORRECTA IDENTIFICACION

Colaboradores/as:  
DIAZ PEREZ JOSEFA DE LOS REYES  
FERNANDEZ GIL MARIA  
LANAU SAZATORNIL PILAR  
LOPEZ REYES ELISA  
SALAS BALLARIN EVA MARIA  
SOPENA PUYUELO ROSA PAULINA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: ESTERILIZACIÓN

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se detecta que hay cajas de traumatología sin identificar, lo que dificulta el poder seguir la trazabilidad de las mismas y puede dar pie a error al registrarlas en el programa de trazabilidad, por ello, al codificarlas con etiqueta de papel con código de barras, se pretende evitar estos problemas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Seguimiento de la trazabilidad de las cajas quirúrgicas de traumatología

#### ANALISIS DE CAUSAS

Existencia de cajas sin codificar lo que dificulta su correcta identificación y trazabilidad

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Compromiso del servicio de la central de esterilización para mantener la certificación UNE-EN ISO 9001, aplicando una mejora continua en los procesos de la misma.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaborar listado de cajas de traumatología introducidas en el programa de trazabilidad.

Fecha inicio: 22/06/2022  
Fecha final.: 23/09/2022  
Responsable.: EVA SALAS BALLARIN

2. Discriminar las cajas con chapa de las que no la llevan.

Fecha inicio: 23/09/2022  
Fecha final.: 24/10/2022  
Responsable.: M.PAZ CARRUESCO BUETAS

3. Imprimir los códigos en etiqueta de papel

Fecha inicio: 31/10/2022  
Fecha final.: 14/11/2022  
Responsable.: M.PAZ CARRUESCO BUETAS

4. Ajustar el número de cajas que necesitan código.

Fecha inicio: 14/11/2022  
Fecha final.: 22/06/2023  
Responsable.: EVA SALAS BALLARIN

5. Pegar las etiquetas en las cajas.

Fecha inicio: 14/11/2022  
Fecha final.: 22/06/2023  
Responsable.: M.PAZ CARRUESCO BUETAS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Trabajadores de la Central de esterilización

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#657

### 1. TÍTULO

#### CODIFICACION DE LAS CAJAS DE TRAUMATOLOGÍA CON CODIGO DE BARRAS PARA SU CORRECTA IDENTIFICACION

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° trabajadores de que han trabajado en el proyecto.

Denominador .....: N° de trabajadores de la central.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plantilla de la central.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Cajas quirúrgicas de traumatología

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de cajas codificadas de traumatología.

Denominador .....: N° de cajas de traumatología introducidas en el programa de trazabilidad .

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Programa de trazabilidad.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes quirúrgicos de Traumatología .

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#727

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS PACIENTES AMBULANTES DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DÍA

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#727 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CASAJUS NAVASAL ANDREA

Título  
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS PACIENTES AMBULANTES DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DÍA

Colaboradores/as:  
AURIA CABALLERO CLARA  
FERNANDEZ PALOMINO ALFONSO  
PARRA SALINAS INGRID MAGNOLIA  
PERELLA ARNAL MATILDE INES  
RIVAS ESTABEN IRENE  
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY  
SAHUN GARCIA ELISA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Ubicación/es secundaria/s  
BARBASTRO\*HOSPITAL DE BARBASTRO\*HEMATOLOGÍA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La prescripción electrónica es una herramienta segura y eficaz que evita errores de prescripción, transcripción, preparación y administración de medicamentos. Los protocolos están definidos y consensuados a priori, al introducir las medidas antropométricas del paciente se calculan de manera automática las dosis y se programan en la agenda los ciclos sucesivos pudiendo incluir diferentes alertas que añaden seguridad a todo el proceso. También permite la impresión de la hoja de preparación (que recoge las características básicas de la preparación de cada mezcla), las etiquetas pertinentes que acompañan a cada preparación y la hoja de administración (donde se indica tiempo de perfusión y características especiales de administración). En la actualidad este proceso está informatizado solo a nivel del Servicio de Farmacia. Tanto la prescripción médica como de administración de enfermería se realizan de forma manual en papel.

#### ÁREAS DE MEJORA

Prescripción médica de quimioterapia en formato electrónico que facilita su interpretación y evita errores de preparación y administración de la medicación.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Ordenes de prescripción con fechas y dosis de tratamientos manuales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Aumento de la seguridad del paciente.
  - Disminución de la probabilidad de error.
  - Aumento en la seguridad del proceso de transcripción médica, validación farmacéutica, preparación del fármaco y administración por parte de enfermería.
  - Mejora de la trazabilidad del proceso. Población diana: Pacientes ambulatorios del Servicio de Hematología.
- Servicios implicados: Servicio de Farmacia, Servicio de Hematología.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión de los protocolos introducidos en el programa informático y adecuación de los mismos consensuado con el Servicio de Hematología.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 19/08/2022

Responsable.: Andrea Casajús Navasal/Clara Auría

2. Formación de los médicos prescriptores.

Fecha inicio: 22/08/2022

Fecha final.: 02/09/2022

Responsable.: Andrea Casajús Navasal

3. Formación del equipo de enfermería.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 07/09/2022

Responsable.: Andrea Casajús Navasal



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#727

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LOS PACIENTES AMBULANTES DEL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DÍA

4. Inicio de la prescripción electrónica y supresión de la prescripción en papel.

Fecha inicio: 08/09/2022

Fecha final.: 23/09/2022

Responsable.: Andrea Casajús Navasal

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de prescripción electrónica

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de prescripciones electrónicas

Denominador .....: Numero de prescripciones no electrónicas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Modulo Farmatools dispensación de pacientes ambulantes

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#807

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DEL APLICATIVO SINASP EN EL SECTOR BARBASTRO

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#807 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BUSTOS MORELL CRISTINA

Título  
PUESTA EN MARCHA DEL APLICATIVO SINASP EN EL SECTOR BARBASTRO

Colaboradores/as:  
CLEMENTE ROLDAN EDUARDO  
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ  
GASTON AÑÑOS JUAN FRANCISCO  
GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ  
LATRE SASO CRISTINA  
MONCAYOLA VICEN JARA CRISTINA  
PEREZ BENAC LUIS

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde la publicación en el año 1999 del informe "To err is human" las organizaciones de asistencia sanitaria comenzaron estrategias para promover una asistencia segura y de calidad a los pacientes. En España el sistema SINASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente) desarrollado por el Ministerio de Sanidad, supone una herramienta a través de la cual pueden comunicarse y analizarse situaciones, problemas e incidentes que han producido o podrían haber producido daño a los pacientes. En nuestro sector no disponemos de esta herramienta por lo que los incidentes no se comunican ni se evalúan, y por tanto no pueden establecerse acciones de mejora para evitar que estos incidentes se produzcan de nuevo o alcancen a los pacientes

#### ÁREAS DE MEJORA

La herramienta de notificación SINASP permite que el personal sanitario pueda notificar de manera anónima o con deidentificación los incidentes relacionados con la asistencia sanitaria, promoviendo así una cultura no punitiva de seguridad clínica. Una vez que se conocen los incidentes se analizan por el grupo designado y se establecen los circuitos y mejoras que sean necesarias

#### ANALISIS DE CAUSAS

Permitir la notificación anónima de incidentes y cuasiincidentes nos permitirá conocer y priorizar las acciones preventivas y correctoras

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Promover una cultura de seguridad no punitiva, habilitar en nuestro centro el sistema de notificación SINASP y comenzar a gestionar las notificaciones que recibamos. Mediante este sistema se persigue aumentar la seguridad del paciente mediante el análisis de los incidentes notificados y la puesta en marcha de acciones y planes de mejora para evitar que puedan producirse estos errores y alcanzar al paciente

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Contactar con las personas responsables del SINASP en nuestra CCAA, designar un gestor principal y otros gestores para el hospital. Crear un protocolo de análisis de incidentes en el centro.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Cristina Bustos

2. Realizar las actividades formativas que se nos propongan desde el Ministerio de Sanidad de los miembros de la Comisión de Seguridad del Hospital de Barbastro que van a llevar a cabo la puesta en march

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Cristina Bustos

3. Sesiones formativas al resto del personal del centro

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final: 30/06/2023

Responsable.: Cristina Bustos

4. Poner en marcha el aplicativo y comenzarán a evaluarse las notificaciones.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final: 30/06/2023

Responsable.: Cristina Bustos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#807

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DEL APLICATIVO SINASP EN EL SECTOR BARBASTRO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Creación del protocolo

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Redacción del protocolo SINASP del Sector Barbastro  
Denominador .....: Redacción del protocolo SINASP del Sector Barbastro  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Propios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

##### 2. Creación del núcleo de seguridad (gestores del centro)

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Numero de gestores del centro  
Denominador .....: Numero de gestores del centro  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Propios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

##### 3. Numero de sesiones organizadas para formar al personal del centro

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Numero de sesiones organizadas para formar al personal del centro  
Denominador .....: Numero de sesiones organizadas para formar al personal del centro  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Propios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

##### 4. Numero de asistentes a las sesiones organizadas

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Numero de asistentes a las sesiones organizadas  
Denominador .....: Numero de asistentes a las sesiones organizadas  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Propios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

##### 5. Numero de notificaciones recibidas desde la puesta en marcha

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Numero de notificaciones recibidas desde la puesta en marcha  
Denominador .....: Numero de notificaciones recibidas desde la puesta en marcha  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Propios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

##### 6. Numero de reuniones del grupo de mejora para evaluar las notificaciones

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Numero de reuniones del grupo de mejora para evaluar las notificaciones realizadas  
Denominador .....: Numero de reuniones del grupo de mejora para evaluar las notificaciones propuestas  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Propios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#807

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DEL APLICATIVO SINASP EN EL SECTOR BARBASTRO

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#863

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA DESDE EL PROGRAMA PRESSALUD EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#863 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
FERNANDEZ PALOMINO ALFONSO

Título  
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA DESDE EL PROGRAMA PRESSALUD EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

Colaboradores/as:  
BUSTOS MORELL CRISTINA  
CASAJUS NAVASAL ANDREA  
GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA  
GASTON AÑÑOS JUAN FRANCISCO  
LEON SUBIAS ERICA  
SAHUN GARCIA ELISA MARIA  
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Ubicación/es secundaria/s  
BARBASTRO\*HOSPITAL DE BARBASTRO\*NEUMOLOGÍA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Ley del Medicamento 25/1990, del 20 de diciembre, establece, en su artículo 91, que para lograr el uso racional de los medicamentos los servicios de farmacia hospitalaria tienen entre sus funciones la dispensación de tratamientos extrahospitalarios que requieran una particular vigilancia, supervisión y control, así como la información de medicamentos y el desarrollo de actividades educativas y de cualquier otro tipo que puedan redundar en un mejor uso y control de los medicamentos.

Ya que existe una aplicación en el programa de prescripción electrónica PresSalud® para prescribir estos tratamientos y que está conectado con el programa Farmatools® de pacientes externos, el objetivo de este proyecto es ponerlo en marcha para mejorar todo el proceso clínico de asistencia sanitaria al paciente externo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualmente la prescripción de medicamentos de uso hospitalario para pacientes externos del servicio de neumología se realiza manualmente en formato papel debiendo el farmacéutico hospitalario transcribir la orden médica al programa de Farmatools®.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Prescripciones médicas en formato papel que aumenta el riesgo de cometer errores tanto en la prescripción, al no tener soporte informático (prescripción electrónica asistida) como en la transcripción al ordenador por parte del farmacéutico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la trazabilidad del proceso.
- Mejora en el proceso de prescripción médica.
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica.
- Reducción de probabilidad de error en prescripción y validación farmacéutica de forma que se asegure una correcta dispensación de medicamentos al paciente.
- Mejorar la Atención Farmacéutica en el área de pacientes externos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de protocolos para tratamientos de neumología de ayuda a la prescripción a pacientes externos.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Alfonso Fernández/Clara Viñado

2. Formación por parte del Servicio de Farmacia Hospitalaria de los facultativos en prescripción a pacientes externos en el módulo PresSalud®.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 25/09/2022

Responsable.: Alfonso Fernández

3. Actualización de la validación farmacéutica electrónica

Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#863

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA DESDE EL PROGRAMA PRESSALUD EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

Fecha final.: 25/09/2022

Responsable.: Alfonso Fernández

4. Inicio de la prescripción electrónica y supresión de la prescripción en papel

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 28/10/2022

Responsable.: Alfonso Fernández

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de Prescripción electrónica vs receta manual

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de prescripciones electrónicas

Denominador .....: Número de prescripciones no electrónicas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: FARMATOOLS Módulo de dispensación a pacientes externos.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1109

### 1. TÍTULO

#### EFICIENCIA DE UNA CONSULTA DE TELE-CURA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1109 \*\* Continuidad asistencial: interconsulta virtual \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ

Título  
EFICIENCIA DE UNA CONSULTA DE TELE-CURA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Colaboradores/as:  
BORAO MUÑOZ ELENA  
CARRASQUER PUYAL AURORA  
COGHI GRANADOS JORGE PABLO  
DELGADO BLANCO ELENA  
GARCIA CLAU SUSANA  
JUEZ JIMENEZ MIGUEL  
PALLARES SEGURA JOSE LUIS

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Ubicación/es secundaria/s  
BARBASTRO\*HOSPITAL DE BARBASTRO\*CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Continuidad asistencial: interconsulta virtual

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Telecura es una consultas virtuales que permiten al paciente recibir cuidados especializados en el propio domicilio.

En este marco detectamos la oportunidad de valorar la eficiencia de una teleconsulta en una unidad de curas de enfermería que actualmente existe en la cartera de servicios del Hospital de Barbastro.

Dicha consulta facilita la tarea diaria de enfermería de Atención Primaria contando con el apoyo de profesionales expertos, que pueden orientar, ayudar y guiar en la realización de los cuidados específicos relacionados con las heridas complejas, crónicas y/u ostomías.

Áreas de Mejora: Mejorar la atención sanitaria del cuidado de heridas complejas.

Mejora del Gasto sanitario y el uso de recursos evitando traslados de pacientes, con la incomodidad para ellos y el uso de vehículos de transporte sanitario y su personal.

Mejora de la Atención Paliativa de estos pacientes

#### ÁREAS DE MEJORA

Facilitar la atención especializada en heridas complejas o con mala evolución con mayor comorbilidad y rapidez para los Médicos de Atención Primaria y los especialistas (cirujanos generales y cirujanos vasculares).

Disminuir el tiempo de curación y mejorar la calidad de las curas en casos de heridas complejas. Optimizar el uso de las consultas de especialistas para valoración de dichas lesiones, mejorando y acortando la lista de espera para atender a los pacientes.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Mejora en la calidad de vida de los pacientes y familiares

Disminución de las re-hospitalizaciones.

Disminución de la Mortalidad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La población diana es el sector Sanitario de Barbastro (población de referencia 102.683) forma parte del Área de Salud I junto al Sector de Huesca (107.197) ambos con 14 zonas de salud respectivamente. La población de referencia del estudio es dicha Área de Salud, siendo una población muy envejecida, con un perfil de paciente crónico de edad avanzada, y distribuida en zonas rurales con poca densidad y alejadas de los centros de especialidades. Hacer que la atención primaria sea más resolutiva desde los primeros niveles de Atención Primaria-Evitar la variabilidad del tratamiento a la hora de curar. Esto permitirá al profesional ser más resolutivo, a la vez que se reducirán los ingresos, hospitalarios, traslados innecesarios y consecuentemente el gasto sanitario., con esto vamos a conseguir que los pacientes no tengan que desplazarse con menor frecuencia al centro de referencia, mejorando así el confort y tranquilidad que les ofrece su propio hogar y centro de salud. Resultados obtenidos hasta el momento: Se ha realizado valoración y tratamiento vía mail y por WhatsApp del personal especializado.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión Clínica para la difusión del nuevo recurso al centro de salud de Barbastro así como direcciones tanto de atención primaria como hospitalaria con ayuda de la comisión de heridas Crónicas.

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 30/09/2024

Responsable.: Maria de La Paz Garcia Diaz

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1109

### 1. TÍTULO

#### EFICIENCIA DE UNA CONSULTA DE TELE-CURA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. Taller informativa de los últimos avances de las Heridas Crónicas.

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Maria de la Paz Garcia Diaz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. %de Profesionales de EAP que reciben el Taller en el Hospital de Barbastro.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: %de Profesionales de EAP que reciben el Taller en el Hospital de Barbastro.

Denominador .....: %de Profesionales de EAP que reciben el Taller en el Hospital de Barbastro.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: AP SECTOR BARBASTRO-HUESCA

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. %de Pacientes EAP que reciben la Interconsulta virtual de Telecuras

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: %de Pacientes EAP que reciben la Interconsulta virtual de Telecuras

Denominador .....: %de Pacientes EAP que reciben la Interconsulta virtual de Telecuras .

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1279

### 1. TÍTULO

#### EFICIENCIA DE UN PROTOCOLO INTRAHOSPITALARIO EN PACIENTE CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO, MEDIANTE UNA CONSULTA DE EVALUACION PRE-TAVI POR EL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1279 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MORLANS GRACIA LUCIA

Título  
EFICIENCIA DE UN PROTOCOLO INTRAHOSPITALARIO EN PACIENTE CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO, MEDIANTE UNA CONSULTA DE EVALUACION PRE-TAVI POR EL SERVICIO DE GERIATRIA

Colaboradores/as:  
BAGÜESTE MORAN PATRICIA  
BIBIAN GETINO CLARA MARIA  
GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Ubicación/es secundaria/s  
BARBASTRO\*HOSPITAL DE BARBASTRO\*CARDIOLOGÍA\*HOSP (Hospitalización)  
BARBASTRO\*HOSPITAL DE BARBASTRO\*MEDICINA INTERNA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una atención rápida y eficaz es el objetivo de cualquier equipo sanitario asistencial, actualmente con el envejecimiento población del sector Barbastro, siendo muy frecuente el diagnóstico de estenosis aórtica en consulta de Cardiología, con el progreso de la intervención quirúrgica se decide instaurar un protocolo de indicación pre-quirúrgica para pacientes sintomáticos de 75 años, que se beneficiaran de la TAVI, mediante la derivación por cardiología/ Medicina Interna, a la consulta de Geriátrica para dicha aplicación del protocolo pre-quirúrgico.

La decisión se basa en diversos factores como la edad del paciente, el riesgo quirúrgico estimado, las características clínicas y los aspectos anatómicos y técnicos, así como cualquier enfermedad cardíaca coexistente que pudiera requerir una intervención concomitante  
El tratamiento con TAVI tiene como objetivo prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida del paciente mediante mejoras en los parámetros hemodinámicos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora de la Atención al paciente con Estenosis aórtica  
Mejora en la calidad de vida de los pacientes y familiares.  
Disminución de las re-hospitalizaciones  
Disminuir la Mortalidad.  
Disminución de la Mortalidad

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Mejora del Gasto sanitario y el uso de recursos.  
Optimización de los recursos aplicados a estos pacientes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Instauración de un programa de valoración Pre-TAVI en el Hospital de Barbastro en la consulta de Geriátrica, para aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida del paciente con Estenosis aórtica sintomática > 75 años, diagnosticados en Consulta de Cardiología/ Medicina Interna.  
Actualmente el Servicio de Geriátrica del Hospital de Barbastro realiza valoraciones al paciente mayor de 75 años, que presentan ESTENOSIS AÓRTICA subsidiarios a TAVI, por lo cual considero que los beneficios y los resultados son satisfactorios desde el año 2015, se derivan los pacientes a consulta para dicho protocolo pre-quirúrgico, así como valoración del anciano frágil no subsidiaria a tratamiento quirúrgico o tratamiento paliativo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Protocolo intrahospitalario en paciente con Estenosis Aórtica severa en el Hospital de Barbastro, mediante una consulta de evaluación Pre-TAVI por el Servicio de Geriatria.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 03/10/2024

Responsable.: Maria de la Paz Garcia Diaz

2. Reuniones de equipo para revisar resultados obtenidos e identificar las areas de mejora

Fecha inicio: 12/10/2023

Fecha final.: 12/10/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1279

### 1. TÍTULO

#### EFICIENCIA DE UN PROTOCOLO INTRAHOSPITALARIO EN PACIENTE CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO, MEDIANTE UNA CONSULTA DE EVALUACION PRE-TAVI POR EL SERVICIO DE GERIATRIA

Responsable.: Dani Grados

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
identificar a los pacientes candidatos a intervención quirúrgica Pre-TAVI mediante escalas de valoración  
Pronosticas en una consulta de Geriatria.  
Asi como tratamiento actual y el grado de síntomas que presentan actualmente ( mediante la escala de NYHA).

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes crónico complejo que tienen un plan de intervención para la valoración préquirurgica  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: % de pacientes crónico complejo que tienen un plan de intervención para la valoración préquirurgica  
Denominador .....: % de pacientes crónico complejo que tienen un plan de intervención préquirurgica en consulta de GERIATRIA  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
El proyecto esta dirigido a la población diana es el sector Sanitario de Barbastro (población de referencia 102.683) forma parte del Área de Salud I  
Actualmente tras reunión con el Servicio de Cardiología y Medicina Interna( se decide, la derivación a la consulta de Geriatria para la valoración de los pacientes mayores de >75 años, diagnosticados de Estenosis aórtica sintomatica, para establecer riesgo y comorbilidad asociad y se realizaran la recogida de información del paciente asi como se adjuntaran otras pruebas radiologicas ya realizadas.  
Actualmente, se citara al paciente en Consulta de Geriatria para realizar una serie de escalas de valoración funcional/ nutricional y cognitiva y se determinara los Marcadores pronósticos e indicadores de mortalidad mediante (Indice de Fragilidad, Escala de Karnofsky, Indice de comorbilidad de Charlson, Indice de Profound/ EuroScore se determinara, si el paciente es candidato aceptado o rechazo por alta cormorbilidad o candidato a cuidados paliativos o seguimiento clinico tras rechazar intervención quirúrgica.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#78

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS DE INMUNOHEMATOLOGÍA EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 10/06/2022

Nº de registro: 2022#78      \*\* Adecuación      \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AURIA CABALLERO CLARA

Título  
ACTUALIZACION DE PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS DE INMUNOHEMATOLOGÍA EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Colaboradores/as:  
MAIRAL LACOMA BEATRIZ  
OLIVA ARMISEN JOAQUIN  
PAUL VIDALLER PEDRO JOSE  
PERELLA ARNAL MATILDE INES  
RIVAS ESTABEN IRENE  
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY  
UBIERGO GARCES CARLOTA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: HEMATOLOGÍA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En los últimos años se ha vivido un cambio sustancial en la sección de inmunohematología del Banco de Sangre, debido fundamentalmente a la automatización de algunas técnicas y a la aparición de otras más sensibles y/o completas. Además, se han modificado varios instrumentos necesarios en el día a día (neveras, analizadores, etc...) y en las próximas semanas se instalarán nuevos equipos de automatización.

Todas esas técnicas son llevadas a cabo por personal Técnico Especialista en Laboratorio (TEL), tanto en horario de mañanas como en tardes, noches y días festivos.

Aunque dichas técnicas facilitan el trabajo diario y aumentan la seguridad transfusional, es preciso conocerlas en profundidad y se requiere su registro por escrito, de cara a su consulta por personal recién incorporado o menos habituado a estas complejas técnicas y, por otro lado, para las auditorías del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón.

Debido a los cambios sustanciales anteriormente mencionados, una gran parte de los procedimientos y técnicas del Banco de Sangre del Hospital de Barbastro se encuentran obsoletos o precisan de una profunda actualización. Esto puede dar lugar a pruebas innecesarias o no realizadas de manera óptima, con el consiguiente gasto, pérdida de tiempo y riesgo de errores transfusionales.

Se pretende llevar a cabo una actualización de técnicas y procedimientos del Banco de Sangre para evitar toda esta serie de problemas.

#### ÁREAS DE MEJORA

- En un primer momento se recabarán todos los procedimientos y técnicas actuales, valorándose conjuntamente entre los TEL y los facultativos de Hematología cuáles de ellos se encuentran obsoletos, cuáles precisan actualizarse y cuáles deberían crearse desde cero.

- Los procedimientos y técnicas obsoletos serán dados de baja del listado del Banco de Sangre.

- Los procedimientos y técnicas que precisen actualización serán valorados de manera conjunta por TEL y facultativos de Hematología. Se revisarán de manera pormenorizada, registrando por escrito los cambios realizados y siendo validados por todo el personal implicado en la inmunohematología de nuestro hospital.

- Se valorará la creación de nuevas técnicas y procedimientos en relación con el nuevo equipamiento disponible en nuestro hospital en las próximas semanas.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Debido a los cambios sustanciales que se han producido por la instalación de varios instrumentos, una gran parte de los procedimientos y técnicas del Banco de Sangre del Hospital de Barbastro se encuentran obsoletos o precisan de una profunda actualización. Esto puede dar lugar a pruebas innecesarias o no realizadas de manera óptima, con el consiguiente gasto, pérdida de tiempo y riesgo de errores transfusionales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Actualizar los procedimientos y técnicas del Banco de Sangre.
- Evitar o disminuir la posibilidad de error en la transfusión sanguínea.
- Optimizar el trabajo de laboratorio de los TEL.
- Formación y actualización de los TEL.
- Formación y actualización de los facultativos de Hematología.
- Cumplir con los criterios de las auditorías externas del Banco de Sangre.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - En un primer momento se recabarán todos los procedimientos y técnicas actuales cuáles de ellos se encuentran obsoletos, cuáles precisan actualizarse y cuáles deberían crearse desde cero.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#78

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS DE INMUNOHEMATOLOGÍA EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 01/01/2023  
Responsable.: Clara Auría Caballero

2. - Los procedimientos y técnicas obsoletos serán dados de baja del listado del Banco de Sangre.  
Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 01/01/2023  
Responsable.: Clara Auría Caballero

3. Los procedimientos y técnicas se revisarán de manera pormenorizada, registrando cambios realizados y siendo validados por todo el personal implicado en la inmunohematología de nuestro hospital.  
Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 01/01/2023  
Responsable.: Clara Auría Caballero

4. - Se valorará la creación de nuevas técnicas y procedimientos en relación con el nuevo equipamiento disponible en nuestro hospital en las próximas semanas.  
Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 01/01/2023  
Responsable.: Clara Auría Caballero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. % procedimientos y técnicas revisados y/o actualizados  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: procedimientos y técnicas revisados y/o actualizados  
Denominador .....: total procedimientos y técnicas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: procedimientos y técnicas actuales.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

3. % nuevos procedimientos y técnicas  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: nuevos procedimientos y técnicas  
Denominador .....: total procedimientos y técnicas.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: 2) % desconocido de nuevos procedimientos (hasta que no se disponga del nuevo equipamiento no se puede saber).  
Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1302

### 1. TÍTULO

#### INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROLINK) PARA LA GESTION CLINICA DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 22/08/2022

Nº de registro: 2022#1302 \*\* Crónico Complejo \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
COSCOJUELA OTTO ANA

Título  
INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROLINK) PARA LA GESTION CLINICA DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

Colaboradores/as:  
ANGUSTO SATUE MARINA  
ARAZO SOLANA EVA MARIA  
BUERA AGRAZ JAIME  
BUIL TORO LUZ  
COSCOJUELA RIVAS CARLOS  
VEGA VIDALLE MARIA CONCEPCION EMI  
ZAPATA BALCAZAR ANDREA PATRICIA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: HEMODIALISIS

Línea estratégica: Crónico Complejo

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Durante estas últimas décadas, los avances en el tratamiento de la enfermedad renal crónica estadio 5 en diálisis han ocasionado una disminución de complicaciones, mejorando así la calidad de vida de nuestros pacientes.

Tecnológicamente, el desarrollo de los nuevos monitores, así como dializadores y baños dializantes han aportado una mejora en el tratamiento y supervivencia del paciente. En todo este proceso, la informática es y ha sido uno de los pilares fundamentales en los que se sustentan muchos de estos avances (diseños de nuevas máquinas, módulos integrados...).

Además, es relevante también, la utilización de la informática como herramienta de apoyo para el manejo y racionalización de todos los datos que se obtienen en las unidades de hemodiálisis.

La informatización es un sistema activo que nos permite obtener datos, cruzarlos entre sí, reconocer normas, etc., y que, en definitiva, ayuda a todo el equipo de nefrología a mejorar la calidad asistencial del servicio, así como la seguridad clínica.

#### ÁREAS DE MEJORA

- \*Posibilidad de almacenar gran cantidad de datos y de relacionarlos entre sí para poder analizarlos.
- \*Prevenir posibles errores mediante sistemas de alarma.
- \*Integración de la información con los sistemas corporativos del Sistema Aragonés de Salud: Sistema de información, laboratorio + petición electrónica de pruebas analíticas y radiología.
- \*Explotación datos para su inclusión en los registros de Enfermos Renales autonómicos (RIRCA) y nacionales (SEN, ONT).
- \*Reducción importante del papeleo y posibilidad de total eliminación del mismo.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En la unidad de Hemodiálisis del Hospital de Barbastro realizamos pautas de diálisis y control de las sesiones de hemodiálisis en papel mediante una gráfica estandarizada pese a la introducción de nuevos monitores de hemodiálisis que nos permitirían la informatización de la unidad y la mejora asistencial que ello supone.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- \*Conseguir la informatización completa de todos los registros de medicina y enfermería (constantes, parámetros HD, curso clínico, hoja de acceso vascular, altas...)
- \*Integración de la información con los sistemas corporativos del SALUD.
- \*Supresión del papel en nuestra unidad de Hemodiálisis

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Instalación y adaptación programa Nefrolink.  
Creación perfiles de usuarios tanto para facultativos como para personal de enfermería.  
Integración con la Historia Clínica Electrónica del SALUD.  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Técnicos de informática del Hospital de Barbastro

2. Formación especializada:  
o Enfermería: Formación de la aplicación, 1-2 h

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1302

### 1. TÍTULO

#### INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROLINK) PARA LA GESTION CLINICA DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

o Facultativos: Formación de la aplicación, proceso asistencial y sesiones de hemodiálisis, 6-8 h

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Unidad informática Fresenius

3. Creación tarjetas personalizadas de los pacientes.  
Incluir en el programa informático a todos los pacientes tanto prevalentes como incidentes  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: FEA Nefrología

4. Seguimiento del curso clínico y tratamiento médico domiciliario de todos los pacientes atendidos en la Unidad.  
Creación de un informe clínico periódico de los pacientes de la Unidad

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: FEA Nefrología

5. Gestión del acceso vascular.  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: FEA Nefrología

6. Abandonar el uso del papel en la unidad de hemodiálisis  
Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: FEA Nefrología + Enfermería

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Informe trimestral informatizado  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Realización informe clínico trimestral mediante el programa informático  
Denominador .....: Total de pacientes introducidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Nefrolink  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Pacientes introducidos programa informático  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Pacientes crónicos introducidos en el programa informático  
Denominador .....: Total pacientes crónicos hemodiálisis  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Nefrolink  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Informe trimestral informatizado  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Realización informe clínico trimestral mediante el programa informático  
Denominador .....: Total de pacientes introducidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Nefrolink  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1302

### 1. TÍTULO

#### INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROLINK) PARA LA GESTION CLINICA DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#644

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE GESTION Y OPTIMIZACION DE CAMAS EN PACIENTES COVID EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y CENTRO SANITARIO BAIX CINCA

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#644 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LACOMA ABADIA ANA MILAGROS

Título  
PROTOCOLO DE GESTION Y OPTIMIZACION DE CAMAS EN PACIENTES COVID EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y CENTRO SANITARIO BAIX CINCA

Colaboradores/as:  
BUERA AGRAZ JAIME  
CABRERO LASIERRA FRANCISCO JAVIER  
CAMPO SIN ALICIA  
CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA  
GRACIA ASIN ESTHER  
TORRES GRANDE MARIA JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La enfermedad por coronavirus (COVID 19) es una enfermedad infecciosa provocada por el virus SARS-CoV-2. La mayoría de las personas que padecen COVID 19 sufren síntomas de intensidad leve a moderada y se recuperan sin necesidad de tratamientos especiales. Sin embargo, algunas personas desarrollan casos graves, necesitan atención médica e ingreso hospitalario

En el Hospital de Barbastro se deben de acondicionar áreas de aislamiento para responder a las necesidades de ingreso y garantizar las condiciones de seguridad de los pacientes y profesionales, gestionando las camas de modo óptimo.

Por todo ello y para adaptarse a las nuevas necesidades asistenciales propiciadas por la actual situación en la cual se da por finalizada la pandemia por Covid19 y teniendo que para dar respuesta a las necesidades de ingreso de pacientes Covid para garantizar garantizando todas las condiciones de seguridad para la recuperación de estos enfermos, se precisa una serie de actuaciones respecto a la habilitación y adecuación de espacios donde serán ingresados todos los pacientes sospechosos o confirmados con la enfermedad.

Por todo ello procede más que nunca la realización de un documento de consenso para mejorar y optimizar la gestión de camas en pacientes aislados por SARS-COV.2

Este protocolo pretende ayudar la visualización del aislamiento por parte de todas las personas implicadas en la gestión de camas, lo que facilitara la optimización del espacio hospitalario, así como la creación de alertas a nivel de análisis microbiológicos para recordar actuaciones que agilicen su resolución, ajustados a los protocolos de medicina preventiva para pacientes con gérmenes transmisibles o gérmenes multirresistentes.

#### ÁREAS DE MEJORA

gestión de pacientes covid y optimización de camas

ANÁLISIS DE CAUSAS  
covid

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

crear un protocolo que mejore y agilice la gestión de camas  
crear una aplicación informática para agilizar la información sobre los pacientes covid

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión con el servicio de informática para conocer las posibilidades de la creación de una página dentro de la aplicación mapa de camas que aúne todos los aislamientos COVID

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: ana lacoma

2. Reunión con el servicio de informática para consultar la posible modificación dentro el mapa de camas del diseño de la información que aparece por paciente

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: ana lacoma

3. Realización de protocolo

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: ana lacoma



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#644

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE GESTION Y OPTIMIZACION DE CAMAS EN PACIENTES COVID EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y CENTRO SANITARIO BAIX CINCA

4. Reunión con las supervisoras de enfermería para dar a conocer el protocolo.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: ana lacoma

5. Implementación de protocolo por parte de dirección de enfermería, supervisoras de tardes noches y servicio de medicina preventiva

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 01/02/2023

Responsable.: ana lacoma

6. Puesta en común con equipo de supervisión para conocer las dificultades o aportaciones y poder realizar mejoras.

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 01/02/2023

Responsable.: ana lacoma

7. Difusión de protocolo

Fecha inicio: 02/02/2023

Fecha final.: 01/04/2023

Responsable.: ana lacoma

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. indicador 1

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 100% de los profesionales sanitarios implicados en la gestión de camas conocerá el protocolo y lo aplicara 100%

Denominador .....: -

x(1-100-1000) ...: 1000

Fuentes de datos.: aplicación informática

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. indicador 2

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: 100% de los pacientes aislados POR COVID constaran en la aplicación mapa de camas.

Denominador .....: -

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: aplicación informática

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. indicador 3

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: 100% de los pacientes aislados ocuparan camas en espacios optimizados según protocolo

Denominador .....: -

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: aplicación informática

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. indicador 4

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: 100% de los pacientes aislados estarán revisados de acuerdo a protocolo

Denominador .....: -

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: aplicación informática

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#644

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE GESTION Y OPTIMIZACION DE CAMAS EN PACIENTES COVID EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y CENTRO SANITARIO BAIX CINCA

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1203

### 1. TÍTULO

#### PATOLOGIAS CONCRETAS: VACUNAS RECOMENDADAS PARA UNA OPTIMA INMUNIDAD

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1203 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GRAU SANZ MARIA SOLEDAD

Título  
PATOLOGIAS CONCRETAS: VACUNAS RECOMENDADAS PARA UNA OPTIMA INMUNIDAD

Colaboradores/as:  
BESCOS BETRAN INMACULADA  
ROLDAN MORENO LAURA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA PREVENTIVA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

- 1.- Existencia de demanda de colaboración cuantificada y habitual a MEDICINA PREVENTIVA por parte de los profesionales de la salud, que asisten diversas patologías de pacientes con inmunodeficiencias primarias, inmunodeficiencias secundarias; y acumulo de estas solicitudes sin respuesta por falta de profesional médico, ya fuera a jornada completa o parcial, desde finales de noviembre de 2021 hasta abril de 2022.
- 2.- Peticiones de colaboración a MEDICINA PREVENTIVA de profesionales de la salud; que asisten otras patologías de pacientes en los cuales se ve comprometida su inmunidad: Pacientes con enfermedades crónicas, y otros grupos de riesgo, que se demoraba en el tiempo la respuesta; sobremanera en el período indicado en el epígrafe anterior.
- 3.- Necesidad percibida en todos los niveles de los distintos servicios de salud de Implicar de manera más explícita a los usuarios de la sanidad pública en la prevención de las enfermedades y mantenimiento del bienestar; así como, facilitarles la participación en la gestión de esta materia.
- 4.- Carencia de relación interpersonal directa entre el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital de Barbastro y los usuarios del mismo; y, por tanto, muy limitada contribución a que mejoren la autonomía en sus decisiones de salud; ya que, al carecer de este canal, más concretamente; la comprensión y consecuente aceptación de las vacunas disponibles puede no ser óptima y por tanto, incrementarse el riesgo de recaídas y otras enfermedades.
- 5.- Medicina Preventiva, ha resultado decisiva en la gestión de la asistencia a pacientes en la pandemia COVID; e igualmente puede ser decisiva en la atención al estado de inmunidad de pacientes que por diversas causas lo necesitan; haciendo mejor hincapié en estos grupos de pacientes y garantizando una más completa asistencia, e incorporando las innovaciones que pudieran estar disponibles.
- 6.- Los recursos resultan habitualmente escasos y por ello hay que sentar las bases para que se optimice su uso en cuanto el grupo de pacientes objeto de atención; en este sentido frecuentes llamadas telefónicas poco productivas al respecto. Por ejemplo; usuarios que han sido citados para vacunarse de la 4ª dosis en el hospital por pertenecer al Grupo de riesgo, pero que finalmente se la administran en sus centros de salud; ya sea por conveniencia de los usuarios o bien por no existir o no observar criterios inequívocos al respecto.
- 7.- La relación profesional con los usuarios de SNS es una piedra angular del propio sistema; si bien a día de hoy; para que esta se lleve a efecto en mayor grado, se precisa de una relación interprofesional más colaborativa entre todos los profesionales de salud a los que concierne esta materia de vacunas "en todas las edades" y en consecuencia trabajar de forma más segura.

#### ÁREAS DE MEJORA

Oferta de servicios de Medicina Preventiva: Asistencia en Consulta Presencial y telefónica a pacientes y asesoramiento y colaboración continua entre profesionales sanitarios del Sector Barbastro en materia de INMUNIDAD y VACUNAS.

- 1.- Una Primera consulta presencial de atención a Usuarios incluidos en los epígrafes que se enunciaran en el apartado de análisis de causas.
- 2.- Consultas sucesivas en virtud de las particularidades de los pacientes que lo fundamenten; en su defecto consultas sucesivas telefónicas y asesoramiento telefónico o mediante correo electrónico.
- 3.- Garantía de respuesta mediante el canal habitual de interconsulta y puesta en marcha de otros medios de colaboración interprofesional; como asesoramiento puntual telefónico/telemático de lunes a viernes de 8 a 15 horas y participación en la elaboración/adaptación de protocolos.
- 4.- Coordinar la solicitud y obtención de resultados de analíticas; especialmente serologías con otros parámetros analíticos propios de la patología concreta de que se trate.
- 5.- Formar más adecuadamente a las enfermeras destinadas al Servicio de Medicina Preventiva, en cuanto estados de inmunidad y vacunas; en relación a las patologías contempladas en la revisión de 18 de junio de 2019 del protocolo: "VACUNACIÓN EN TODAS LAS EDADES DE LA VIDA".

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- 1.- Patologías cada vez más frecuente y nuevos tratamientos fruto de continuas aportaciones de investigaciones científicas; tales que:
  - Tratamiento con inmunosupresores e inmunomoduladores
  - Asplenia anatómica o funcional grave

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1203

### 1. TÍTULO

#### PATOLOGIAS CONCRETAS: VACUNAS RECOMENDADAS PARA UNA OPTIMA INMUNIDAD

- Trasplante de órgano sólido
  - Trasplante de progenitores hematopoyéticos.
  - Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana,
  - Cáncer/hemopatías malignas.
- 2.- Asimismo; el incremento de la esperanza de vida y en consecuencia aumento de la prevalencia en enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, enfermedades neurológicas y neuromusculares graves, enfermedad renal crónica y síndrome nefrótico, enfermedad hepática crónica, alcoholismo crónico y cirrosis, diabetes mellitus, hemofilia y otros trastornos de la coagulación, hemoglobinopatías y anemias, obesidad mórbida, tabaquismo, enfermedad celíaca, enfermedad cutánea grave diseminada; en la práctica diaria asistencial, generan interrogantes que se contestan con la aportación individualizada de cada profesional médico por su área de conocimientos pero, a su vez, conjunta de las distintas ramas de la medicina.
- 3.- Otros grupos de riesgo; que vale la pena destacar como: Implante coclear, fístula de LCR, antecedente de enfermedad meningocócica invasiva, antecedente de enfermedad neumocócica invasiva, Tratamiento crónico con AAS o con anticoagulantes, síndrome de Down, mujeres con lesión intraepitelial de cérvix de alto riesgo, también precisan de la garantía de un adecuado estado de inmunidad para ser afrontado lo más adecuadamente posible.

Todas estas situaciones y las personas que las padecen, para poder ser atendidas, los profesionales médicos a quienes compete el grueso de la asistencia sanitaria; precisan colaboración de otros profesionales sanitarios, como, por ejemplo, de los servicios de diagnóstico y también en algún momento del dilatado proceso asistencial del especialista en Medicina Preventiva, tal cual se desprende de la demanda de la misma. En este Hospital de Barbastro; desde finales de noviembre de 2021, hasta 30 de junio de 2022, se han generado 117 solicitudes de interconsulta y en el mes de julio, hasta fecha de hoy 16 solicitudes de interconsulta.

- 4.- Modus operandi tradicional del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital de Barbastro; que, al ser considerado de soporte, y en Barbastro, recurso ausente; ha practicado mínimamente la relación directa médico/enfermera/paciente en el sector., trasladando el informe escrito al médico principal del paciente, ya fuera de Atención Especializada, y en menor medida de Atención Primaria y sobrecargándole en esa tarea de información y consejo.
- 5.- El Protocolo implantado en Comunidad Autónoma de Aragón: "VACUNACIÓN EN TODAS LAS EDADES DE LA VIDA: Vacunación en grupos de riesgo", revisión 18 de junio de 2019 que ha facilitado unificar criterios y por tanto corresponde adecuar protocolos de centro y sistemáticas de asistencia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

**GENERAL:**  
Garantizar al 100% de los Especialistas en Medicina del Sector Barbastro que soliciten interconsultas en el modelo habilitado en soporte papel al Servicio de Medicina Preventiva su tramitación y atención a los pacientes en un tiempo variable, pero en consonancia con las situaciones de salud descritas en dichas solicitudes.

#### PARTICULARES:

1. Registrar en la base de datos elaborada al respecto el 100% de las interconsultas que se reciban en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital de Barbastro en relación de las patologías descritas.
2. Garantizar al 100% de los usuarios que sean atendidos en la primera consulta en el plazo de tiempo que exige su situación de salud descrita.
3. Registrar en Historia Clínica el seguimiento del 100% de los casos, las consultas telefónicas de seguimiento y asesoramiento recibidas en el Servicio de Medicina Preventiva.
4. Capturar el 100% de la actividad y realizar estadística anual de la actividad en consulta externa.
5. Ofertar a los profesionales del Sector este servicio

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recepción por las enfermeras de M. P. las solicitudes de INTERCONSULTA que hay que realizar en soporte papel. Se procurará implementación informática .

Fecha inicio: 16/08/2022

Fecha final.:

Responsable.: ENFERMERAS MEDICINA PREVENTIVA (MP)

2. Diseño y elaboración por las enfermeras de Medicina Preventiva de una base de datos informática para registro de las solicitudes INTERCONSULTA y que contenga los parámetros pertinentes.

Fecha inicio: 16/08/2022

Fecha final.:

Responsable.: ENFERMERAS MEDICINA PREVENTIVA (MP)

3. Planificación, selección de estos pacientes de las interconsultas que se reciban. Seguimiento hasta el alta del paciente.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.:

Responsable.: ENFERMERAS MEDICINA PREVENTIVA (MP)

4. Citación por teléfono por la Secretaria, en horario que sea compatible con sus obligaciones o con sistema de desplazamiento a una primera consulta.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.:

Responsable.: SECRETARIA COMPARTIDA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1203

### 1. TÍTULO

#### PATOLOGIAS CONCRETAS: VACUNAS RECOMENDADAS PARA UNA OPTIMA INMUNIDAD

5. Llevarla a efecto la asistencia en una dependencia de consultas externas destinada a ello, por el Especialista en Medicina PREVENTIVA y generar informe accesible en H<sup>a</sup> C

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.:

Responsable.: ESPECIALISTA MEDICINA PREVENTIVA

6. Asisitir en C. E. para un mayor conocimiento de los pacientes y coordinar distintas pruebas y actos asistenciales.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.:

Responsable.: ENFERMERAS MEDICINA PREVENTIVA (MP)

7. Captura de actividad de CE y archivar convenientemente la documentación.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.:

Responsable.: SECRETARIA COMPARTIDA

8. Divulgar entre los profesionales del sector la implementación de esta consulta y asesoramiento.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.:

Responsable.: ESPECIALISTA Y ENFERMERAS MEDICINA PREVENTIVA (MP)

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 2. REGISTRO ATENCIÓN

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: NUMERO DE PACIENTES REGISTRADOS EN LA BASE DE DATOS

Denominador .....: N° DE SOLICITUDES RECIBIDAS EN MEDICINA PREVENTIVA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: RERIVACIONES Y BSE DE DATOS

Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 99.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. CONTROL CITACIÓN

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: NUMEROIO DE PACIENTES CITADOS EN UNA JORNADA DE PREMERA CONSULTA PRESENCIAL

Denominador .....: NUMERO DE HUECOS DISPONIV;BLES EN LA AGENDA CORRESPONDIENTE

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: GUHARA

Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 97.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 4. ASISTENCIA

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS

Denominador .....: NUMERO DE PACIENTES CITADOS EN ESA JORNADA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: GUHARA

Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 5. INCOMPARECENCIAS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: NUMERO PACIENTES QUE NO ACUDEN Y NO JUSTIFICAN LA AUSENCIA

Denominador .....: NUMERO PACIENTES PLANIFICADOS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: GUHARA

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 21.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

#### 6. COLABORACIÓN-ASESORAMIENTO TELEFONICAS/INFORMÁTICAS

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1203

### 1. TÍTULO

#### PATOLOGIAS CONCRETAS: VACUNAS RECOMENDADAS PARA UNA OPTIMA INMUNIDAD

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: NUMERO DE CONSULTAS TELEFONICAS-INDO;FORMATICAS ATENDIDAS EN UN PLAZO INFERIOR A UNA SEMANA (7DÍAS)  
Denominador .....: NUMERO TOTAL DE CONSULTAS/SOLICITUD DE ASESORAMIENTO RECIBIDAS SEMANA CORRESPONDIENTE  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: BASE DE DATOS MP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Especificadas en el apartado en Analisis de causas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1300

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HEMODIALISIS (SALA Y PLANTA DE AGUAS)

Fecha de entrada: 22/08/2022

Nº de registro: 2022#1300 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ZAPATA BALCAZAR ANDREA PATRICIA

Título  
INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HEMODIALISIS (SALA Y PLANTA DE AGUAS)

Colaboradores/as:  
CABRERO LASIERRA FRANCISCO JAVIER  
CORONAS JUSTE MARIA DOLORES  
COSCOJUELA OTTO ANA  
GAIRIN NICOLAU OTILIA  
LARRAMONA BALLARIN RITA  
RASO BUERBA TERESA  
VEGA VIDALLE MARIA CONCEPCION EMI

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: NEFROLOGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En los últimos años las técnicas de diálisis han ido evolucionando junto a los distintos avances tecnológicos, mejorando así la supervivencia y el pronóstico de los pacientes afectados de insuficiencia renal, lo que conlleva a un aumento de dicha población con múltiples comorbilidades, y que justifica mejorar las condiciones de terapia renal sustitutiva que se les brinda, definiéndose así el término de diálisis adecuada.

Para tal fin, se establecen en diversas directrices lideradas por la Sociedad Española de Nefrología para el cumplimiento de estándares que lo garanticen, siendo uno de ellos un acceso unificado a la información de cada paciente dentro de la Comunidad Autónoma que permita a todo el personal una atención integrada del paciente. Partiendo de ésta premisa, es necesario disponer de un sistema de informatización de datos con el que actualmente no contamos, a través de un software determinado para así poder prescribir, monitorizar y hacer seguimiento de la terapia renal sustitutiva que reciben los pacientes en tiempo real (en línea) lo que minimizaría errores de tratamiento, garantizar la asistencia de los pacientes, fomentar la docencia, investigación y gestión clínica, entre otros.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Registro de la sesión de hemodiálisis y de las incidencias clínicas por enfermería y facultativos, actualmente realizado en papel.
- Transmisión de las órdenes médicas, verbales o por escrito, frecuente fuente de errores de interpretación.
- Establecimiento de los parámetros de diálisis óptima para cada paciente, que estén basados en mediciones reales a lo largo de la sesión de hemodiálisis.
- Explotación de datos clínicos y analíticos concernientes a la hemodiálisis, ahora registrados manualmente.
- Gestión del material fungible y contabilización del consumo farmacéutico de la Unidad de hemodiálisis.
- Registro de la actividad realizada en la Unidad de hemodiálisis, realizada manualmente.
- Mantenimiento y controles de la planta de aguas, realizados por el servicio de Mantenimiento del Hospital de forma manual.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Al registrar manualmente se facilita el hecho que se produzcan errores de comprensión en órdenes médicas, de enfermería, etc.
- Ante la ausencia de la informatización no podremos identificar con facilidad y prontitud incidencias durante las sesiones de diálisis que si estuviera informatizado( en tiempo real).

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la calidad y tolerancia de las sesiones de diálisis, con un estrecho control del estado hemodinámico del paciente y administrando un líquido de hemodiálisis ultrapuro.
- Detección precoz de incidencias en las sesiones de hemodiálisis, mejorando así la atención del paciente.
- Gestionar la programación, prescripción y seguimiento de las sesiones de hemodiálisis sin necesidad de utilizar papel, eliminando los errores en la interpretación y contribuyendo a la reducción de costes.
- Gestión y control del material fungible y medicamentos utilizados en cada sesión de hemodiálisis, facilitando la provisión y minimizando gastos.
- Automatización de la elaboración del líquido de diálisis, facilitando la corrección de alteraciones y disminuyendo la necesidad de intervención del S. de Mantenimiento del hospital.
- Informatizar la explotación de datos en la Unidad de hemodiálisis: memorias de actividad, de gestión, de gasto, de calidad, estudios de investigación, etc.
- Integrar el proceso del tratamiento renal sustitutivo en la HCE del hospital.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1300

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HEMODIALISIS (SALA Y PLANTA DE AGUAS)

1. -Instalación de Nefrolink y conexión al mismo de los monitores, balanza electrónica y tarjeta individualizada del paciente.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Unidad informática de Fresenius

2. 1ra fase de Formación para Enfermería en el manejo de los Monitores de hemodiálisis. 20-25 h

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 29/07/2022

Responsable.: Unidad informática de Fresenius

3. 2da fase de formación para Enfermería en la aplicación del programa Nefrolink. 2-3 h

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Unidad informática de Fresenius

4. Formación para el personal Facultativo de Nefrología en la aplicación de Nefrolink. 6-8h

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Unidad informática de Fresenius

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Actividades relacionadas a lo antes descrito:

- Creación de perfiles de usuarios para facultativos y enfermería.

-Registro de toda la información de cada sesión de hemodiálisis por parte de enfermería.

-Control y monitorización de las sesiones en tiempo real desde la aplicación permitiendo en modo bidireccional la programación y prescripción individualizada de la pauta de diálisis, extensiva a todos los pacientes atendidos en la Unidad (crónicos, agudos y temporales).

-Elaboración de un curso clínico de las sesiones de diálisis (enfermería y facultativos) y programación del tratamiento médico durante las mismas.

-Instalación y puesta en marcha de una planta de agua automatizada.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicador de diálisis adecuada

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de pacientes del denominador que alcancen eKtv mayor o igual 1.2

Denominador .....: número de pacientes prevalentes que lleven más de 3 meses en hemodiálisis y que se dializan tres veces por semana.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Guía de unidades de Hemodiálisis 2020 de la Sociedad Española de Nefrología

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Porcentaje de pacientes crónicos en HDF-OL que alcancen un volumen de sustitución > 21 litros.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de pacientes con volumen de reposición > o igual 21 L

Denominador .....: número de pacientes prevalentes que lleven en HDF-OL más de 3 meses y que se dializan tres veces por semana.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Guía de unidades de Hemodiálisis 2020 de la Sociedad Española de Nefrología

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Conductividad del agua tratada (< 5 mS):

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de determinaciones con valores < 5 microsiemens

Denominador .....: número total de determinaciones de conductividad del agua tratada en el periodo del estudio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Guía de unidades de Hemodiálisis 2020 de la Sociedad Española de Nefrología

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Porcentaje de cultivos de líquido de diálisis con crecimiento de colonias inferior al rango

Tipo de indicador: impacto



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1300

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HEMODIALISIS (SALA Y PLANTA DE AGUAS)

Numerador .....: número de cultivos del agua tratada con crecimiento bacteriano < 0.01 UFC/ml

Denominador .....: número de cultivos del agua tratada del periodo del estudio.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Guía de unidades de Hemodiálisis 2020 de la Sociedad Española de Nefrología

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Niveles de endotoxinas en líquido de diálisis (< 0.03 UE/ml)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de determinaciones del denominador con valores < 0.03 UE/ml

Denominador .....: número total de determinaciones de líquido de diálisis realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Guía de unidades de Hemodiálisis 2020 de la Sociedad Española de Nefrología

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#542

### 1. TÍTULO

#### CONTROL DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA EN TRATAMIENTO CON ANTIFIBROTICOS

Fecha de entrada: 11/07/2022

Nº de registro: 2022#542 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA

Título  
CONTROL DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA EN TRATAMIENTO CON ANTIFIBROTICOS

Colaboradores/as:  
LEON SUBIAS ERICA  
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

cterizadas principalmente por la afectación del intersticio pulmonar y en ocasiones también del epitelio alveolar y vascular. La más frecuente de las EPID y la de peor pronóstico es la Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI), con una prevalencia del 17-37% de todas las EPID, en España se calcula una incidencia aproximada que oscila entre 13 casos por cada 100000 mujeres y 20 casos por cada 100000 hombres y con una supervivencia entre 2,5 a 5 años sin tratamiento. La FPI es una enfermedad progresiva de causa desconocida, debida a una anormal respuesta de las células del epitelio bronquial a diferentes lesiones. Se caracteriza por patrón radiológico y anatomopatológico de Neumonía Intersticial Usual (NIU). Se produce una sustitución difusa y progresiva del parénquima pulmonar por depósito de matriz extracelular que lleva a una fibrosis irreversible. No existe a día de hoy ningún tratamiento curativo para la FPI, pero desde hace algo más de 7 años, dos fármacos para el tratamiento de la FPI están aprobados en España y otros países europeos. Estos fármacos, pirfenidona y Nintedanib, tienen propiedades principalmente antifibróticas, reducen la pérdida de función pulmonar y enlentecen la progresión de la enfermedad. La aparición de los fármacos antifibroticos ha mejorado la esperanza de vida, llegando hasta una media de 8 años.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar el seguimiento de los pacientes en tratamiento con antifibróticos

#### ANALISIS DE CAUSAS

Conocer los motivos por los cuales los pacientes suspenden los medicamentos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Saber el número actual de paciente en tratamiento con antifibróticos
- Conocer el número de pacientes que han estado con tratamiento antifibrótico y lo han suspendido.
- Educar al paciente sobre la FPI y los efectos secundarios de la medicación
- Mejor control de la enfermedad

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Pruebas clínicas para confirmar el diagnostico de FPI

Fecha inicio: 01/10/2017  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Yojana Garcia

2. Pruebas neumológicas para el seguimiento diagnostico y terapéutico

Fecha inicio: 01/10/2017  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Yojana Garcia

3. Valoración de la respuesta a los antifibróticos

Fecha inicio: 01/10/2017  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Yojana Garcia

4. Valoración de los efectos secundarios

Fecha inicio: 01/10/2017  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Yojana Garcia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se solicitará al servicio de farmacia los datos sobre los pacientes que han estado y están con tratamiento antifibrótico durante el periodo estipulado (01/10/2017 al 30/09/2022)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#542

### 1. TÍTULO

#### CONTROL DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA EN TRATAMIENTO CON ANTIFIBROTICOS

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Seguimiento de la respuesta clínica a los antifibróticos

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Meses durante los cuales ha estado en tratamiento  
Denominador .....: Suspensión del tratamiento  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clinica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Seguimiento de los efectos adversos

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Efectos adversos presentados  
Denominador .....: Total de pacientes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clinica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Atención integral del paciente

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes en tratamiento antifibrótico  
Denominador .....: Pruebas y consultas realizadas (seguimiento)  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clinica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

- Esta actividad se realiza desde octubre 2017 pero sus datos no han sido estudiados
- Los datos se recogerán de la historia clínica y de la información proporcionada por el Servicio de farmacia
- Las pruebas neumológicas se realizan en el Hospital de Barbastro y el Hospital San Jorge de Huesca

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#29

### 1. TÍTULO

#### LA EVALUACION NEUROPSICOLOGICA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS POR NEUROLOGÍA

Fecha de entrada: 31/05/2022

Nº de registro: 2022#29 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER

Título  
LA EVALUACION NEUROPSICOLOGICA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS POR NEUROLOGÍA

Colaboradores/as:  
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO  
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA  
MILLAN GARCIA JOSE RAMON  
NADAL ABADIAS NATALIA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La evaluación neuropsicológica es necesaria en muchos de los pacientes atendidos por neurología. En el momento actual se remiten al servicio de psiquiatría y anteriormente al H. San Jorge de Huesca, pero restringiendo en parte su uso para no sobrecargar dicho servicio. La posibilidad de realizar es nuestro centro evaluación neuropsicológica asistida informática permitirá aumentar el número de pacientes valorados y evitará el desplazamiento del paciente

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la atención de pacientes con alteraciones cognitivas (demencia, deterioro cognitivo ligero, trastorno cognitivo funcional).

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de estandarización de pruebas neuropsicológicas, posibilidad de hacer evaluación de forma prospectiva para medir la evolución

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Ampliar el número de estudios neuropsicológicos, mejorando considerablemente la calidad de la visita neurológica al poder diagnosticar con mayor precisión. Evitar el desplazamiento de pacientes a otros servicios para realizar dichos test.  
Tener evaluación correcta de los pacientes que requieran valoración neuropsicológica por problemas cognitivos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Test NuCog (test neuropsicológico informatizado)

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Francisco Javier Mora Pueyo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: defecto                      Sexo: defecto

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#453

### 1. TÍTULO

#### ESTABLECER DURANTE EL CONTROL GESTACIONAL EL CRIBADO DE RIESGO DE PREECLAMPSIA CLINICO Y ANALITICO

Fecha de entrada: 03/07/2022

Nº de registro: 2022#453 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GIL MELGOSA LIGIA

Título  
ESTABLECER DURANTE EL CONTROL GESTACIONAL EL CRIBADO DE RIESGO DE PREECLAMPSIA CLINICO Y ANALITICO

Colaboradores/as:  
BENITO VIELBA MARTA  
CASTELLA SEGARRA MARTA  
GIL ARRIBAS LAURA  
GOMEZ GARCIA VERONICA  
LAZARO FRACASSA NOELIA  
LUNA ALVAREZ CRISTINA  
PALLARES ARNAL VICTORIA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), los trastornos hipertensivos afectan hasta a un 10% de las gestaciones. La preeclampsia es una enfermedad multisistémica que afectará a un 3% de las gestaciones, implicando una importante morbimortalidad materna y neonatal.

Dicha morbimortalidad es principalmente ocasionada por la necesidad de finalizar de forma prematura la gestación y por la asociación de la preeclampsia con el crecimiento intrauterino restringido.

La preeclampsia se considera la segunda causa de mortalidad materna en los países desarrollados. En los últimos años la para incidencia de preeclampsia está en aumento debido al incremento de la edad materna, la obesidad, las técnicas de reproducción asistida y las comorbilidades médicas que predisponen como son la diabetes, la hipertensión y la enfermedad renal.

En los últimos años se han desarrollado herramientas de predicción de la preeclampsia útiles en el diagnóstico y en la prevención. Existen algoritmos que combinan historia clínica junto con parámetros biofísicos y bioquímicos con buena especificidad y sensibilidad para la predicción de la preeclampsia.

Este cribado está justificado puesto que las gestantes seleccionadas con alto riesgo de preeclampsia se beneficiarán de la profilaxis con ácido acetil salicílico (AAS) a baja dosis (150mg). Dicho tratamiento ha demostrado ser efectivo en la reducción del desarrollo de enfermedad asociada y a una menor morbimortalidad neonatal siempre que sea administrado antes de la semana 16 de embarazo.

Según el estudio ASPRE, la administración de 150mg de AAS antes de la semana 16 hasta la semana 36 se asoció a un 62% de reducción de la incidencia de preeclampsia pretérmino, sin hallarse reducción de la incidencia significativa en el riesgo de preeclampsia a término.

Existen diversos modelos de cribado de PE en el primer trimestre, desde la mera valoración de factores de riesgo maternos hasta modelos predictivos multivariantes más complejos, la utilización de cualquiera de ellos dependerá de las condiciones asistenciales de cada centro.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Establecer el cribado en las consultas de Tocología para detectar casos de alto riesgo de Preeclampsia y CIR

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Posibilidad de detectar casos de alto riesgo con parámetros clínicos, analíticos y biofísicos y poner tratamiento preventivo.  
- Protocolizar el cribado de preeclampsia y CIR para evitar el no detectar pacientes con alto riesgo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivo general

- Mejorar la atención al embarazo y parto en el Sector Barbastro.  
- Mejorar el control prenatal de las embarazadas de riesgo.  
- Prevenir casos graves de preeclampsia disminuyendo morbimortalidad asociada  
- Disminuir los ingresos por preeclampsia.  
- Detectar precozmente retrasos de crecimiento intrauterino

##### Objetivos específicos.

- Establecer criterios para Identificar precozmente las pacientes con alto riesgo de preeclampsia  
- Protocolizar seguimiento ecográfico para pacientes con riesgo alto de Preeclampsia y CIR  
- Instaurar tratamiento precoz de pacientes de riesgo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Se realizarán sesiones informativas al equipo de ginecología y obstetricia para unificar criterios

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#453

### 1. TÍTULO

#### ESTABLECER DURANTE EL CONTROL GESTACIONAL EL CRIBADO DE RIESGO DE PREECLAMPSIA CLINICO Y ANALITICO

médicos en el manejo de pacientes de riesgo.

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: GIL MELGOSA, LIGIA

2. - Se actualizará el Protocolo de control de embarazo de bajo riesgo y Preeclampsia y se instaurará la consulta de tocología en las 14 semanas para realizar un cribado clínico + analítico + biofísico,

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: TODOS LOS COMPONENTES

3. - Se administrará 150mg de ácido acetil salicílico a todas aquellas pacientes con riesgo alto, antes de la semana 16 y hasta la semana 36 como prevención de factores adversos.

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: TODOS LOS COMPONENTES

4. - En la ecografía ya establecida de las 20 semanas, se realizará medición doppler de arterias uterinas, para detectar aquellas pacientes que por tener un percentil mayor de 95 puedan necesitar control

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: TODOS LOS COMPONENTES

5. - Recogida de datos y evaluación semestral del Proyecto.

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: GIL MELGOSA, LIGIA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de Preeclampsias detectadas en el año

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de preeclampsias detectadas en 1 año en el Hospital de barbastro

Denominador .....: Número total de gestaciones en el Hospital de Barbastro

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicio de Estadística Hospital de Barbastro

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 3.00

2. Número de ingresos por preeclampsia en el año

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de ingresos por preeclampsia en 1 año en el Hospital de BARbastro

Denominador .....: Número total de ingresos por patología obstétrica en Hospital de Barbastro

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicio de Estadística Hospital de Barbastro

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

3. % preeclampsias reducidas en un año

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Numero de preeclampsias en un año

Denominador .....: Numero de preeclampsias en el año anterior

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicio de Estadística Hospital de Barbastro

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 14.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 14.00

4. % de gestantes con riesgo alto de preeclampsia que se tratan

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Gestantes con alto riesgo de preeclampsia en un año

Denominador .....: número total de gestantes en un año

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicio de Estadística Hospital de Barbastro

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#453

### 1. TÍTULO

#### ESTABLECER DURANTE EL CONTROL GESTACIONAL EL CRIBADO DE RIESGO DE PREECLAMPSIA CLINICO Y ANALITICO

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

5. % de gestantes con retraso de crecimiento intrauterino que se detectan de forma precoz  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de gestantes con retraso de crecimiento intrauterino que se detectan de forma precoz  
Denominador .....: Número total de gestantes con retraso de crecimiento intrauterino  
 $x(1-100-1000) \dots$ : 100  
Fuentes de datos.: Servicio de Estadística Hospital de Barbastro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#352

### 1. TÍTULO

#### UNIFICACION DE CRITERIOS EN LA REALIZACION DEL REGISTRO CARDIOTOCOGRAFICO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL SECTOR BARBASTRO PARA DISMINUIR EL INTERVENCIONISMO

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#352 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BENITO VIELBA MARTA

Título  
UNIFICACION DE CRITERIOS EN LA REALIZACION DEL REGISTRO CARDIOTOCOGRAFICO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL SECTOR BARBASTRO PARA DISMINUIR EL INTERVENCIONISMO

Colaboradores/as:  
CASTELLA SEGARRA MARTA  
GIL ARRIBAS LAURA  
GIL MELGOSA LIGIA  
GOMEZ GARCIA VERONICA  
LAZARO FRACASSA NOELIA  
LUNA ALVAREZ CRISTINA  
PALLARES ARNAL VICTORIA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El parto es el motivo más frecuente de ingreso en la mujer sana, y por ello, en la actualidad nos vemos en la necesidad de ofrecer una atención personalizada evitando el intervencionismo innecesario, sin renunciar a la seguridad y posibilidades de control médico que se deben realizar en los centros hospitalarios. En el año 2007 se inició en nuestro servicio un Plan de Mejora de Calidad para promover el uso de buenas prácticas en la atención al parto normal con la finalidad de cumplir los objetivos de la nueva Estrategia de atención al parto.

Para adaptarnos a esta Estrategia hemos visto necesario establecer actuaciones conjuntas y coordinadas entre los especialistas, matronas de hospital y Atención Primaria con el objetivo de reorientar nuestras prácticas clínicas así como la formación de los profesionales implicados.

A fecha actual seguimos implicados en la mejora y aplicación de las buenas prácticas y aunque una gran parte de ellas, están integradas en la labor cotidiana de nuestra actividad asistencial, vemos necesario seguir manteniendo una actitud de cambio y promover la atención al parto normal bajo el concepto de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el que solo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad.

El registro cardiotocográfico es una prueba de monitorización fetal que se ha demostrado de utilidad en la evaluación del bienestar fetal en gestaciones de riesgo. Sin embargo, en población gestante de bajo riesgo no ha demostrado mejorar los resultados perinatales.

En los últimos años se ha venido objetivando un aumento de solicitud de registros cardiotocográficos (RCTG) sin que estas solicitudes se adecúen a los criterios establecidos en las principales guías clínicas. Creemos conveniente unificar los criterios de solicitud desde la consulta de esta prueba en función de los factores de riesgo y la edad gestacional. Asimismo debe establecerse una frecuencia de repetición de la misma.

#### Datos Barbastro.

En 2019 se asistieron 546 partos y se realizaron 976 RCTG; en 2020 se atendieron 534 partos y se hicieron 1000 RCTG; y en 2021 se atendieron 534 partos y se realizaron 1258 RCTG.

La mortalidad perinatal es en 2 en 2019, 1 en 2020 y 2 en 2021.

En 2021 la tasa de cesáreas es del 23,53% en 2021; 23.78% en 2020 y 25,27% en 2019.

El incremento en el número de RCTG no disminuye ni la mortalidad ni la tasa de cesáreas.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Disminuir la solicitud innecesaria de registros cardiotocográficos en gestaciones de bajo riesgo.
- Mejorar el control prenatal de gestaciones de alto riesgo, iniciando la monitorización cardiotocográfica fetal a la edad gestacional que corresponda en función de cada factor de riesgo y/o patología.
- Unificar los criterios de solicitud de registros cardiotocográficos entre los diferentes profesionales implicados en el control gestacional de las pacientes del sector.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Falta de consenso entre los diferentes profesionales en cuanto a la edad gestacional adecuada para el inicio de la monitorización fetal.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivo general

- Mejorar la calidad de vida de las embarazadas del Sector.
- Mejorar la atención al embarazo y parto en el Sector Barbastro.
- Disminuir el intervencionismo innecesario en el embarazo de bajo riesgo.
- Mejorar el control prenatal de las embarazadas de riesgo.
- Unificar criterios entre los diferentes profesionales implicados en el control gestacional de las



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#352

### 1. TÍTULO

#### UNIFICACION DE CRITERIOS EN LA REALIZACION DEL REGISTRO CARDIOTOCOGRAFICO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL SECTOR BARBASTRO PARA DISMINUIR EL INTERVENCIONISMO

pacientes del sector.

Objetivos específicos.

- Establecer la indicación y la frecuencia de realización de la monitorización cardiotocográfica fetal a las gestantes de bajo riesgo.
- Disminuir la solicitud innecesaria de registros cardiotocográficos en gestaciones de bajo riesgo y evitar intervencionismo.
- Establecer el inicio de realización de esta prueba en función de los factores de riesgo de la gestación y de la edad gestacional.
- Reducir el número de registros cardiotocográficos innecesarios.
- Disminuir el consumo de recursos sanitarios innecesarios.
- Consensuar la asistencia clínica de las gestaciones de alto riesgo que pueden precisar esta prueba de bienestar fetal desde etapas precoces de la gestación y mejorar los resultados perinatales de dichas gestaciones.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Revisión del Protocolo de embarazo de bajo riesgo

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: Marta Benito Vielba

3. Actualización de protocolos de riesgo obstétrico: Diabetes, disfunción tiroidea, hemorragia obstétrica aguda, muerte perinatal para planificar la edad gestacional de inicio de la monitorización fetal

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: Marta Benito Vielba

4. Recogida de datos y evaluación trimestral del Proyecto

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Marta Benito Vielba

5. Recogida de datos y evaluación trimestral del Proyecto

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Marta Benito Vielba

1. Reuniones de los facultativos colaboradores en el proyecto de mejora para adecuar y unificar criterios sobre la edad gestacional de inicio de monitorización fetal en cada escenario clínico

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Marta Benito Vielba

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Monitorización fetal en gestaciones de bajo riesgo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº gestaciones de bajo riesgo a las que se les solicita monitorización fetal

Denominador .....: Nº total de gestaciones de bajo riesgo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de solicitud de RCTG

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Cumplimiento de criterios en la solicitud de monitorización fetal

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de peticiones que se ajustan a los criterios establecidos

Denominador .....: Nº total de peticiones de registros cardiotocográficos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de solicitud de RCTG

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#352

### 1. TÍTULO

#### UNIFICACION DE CRITERIOS EN LA REALIZACION DEL REGISTRO CARDIOTOCOGRAFICO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL SECTOR BARBASTRO PARA DISMINUIR EL INTERVENCIONISMO

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#907

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE CONSULTA ESPECIFICA DE ENFERMERIA PARA EL CONTROL AMBULATORIO DE TOXICIDADES ASOCIADAS A TERAPIAS ONCOLOGICAS

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#907 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FERNANDEZ RUIZ ALEXIA

Título  
DESARROLLO DE CONSULTA ESPECIFICA DE ENFERMERIA PARA EL CONTROL AMBULATORIO DE TOXICIDADES ASOCIADAS A TERAPIAS ONCOLOGICAS

Colaboradores/as:  
BRUNO CASADO LIDIA  
CASTILLO LASIERRA MARIA AMPARO  
CATENA LACOMA MARIA JOSE  
GASCON RUIZ MARTA  
OCARIZ DIEZ MAITANE  
SICART LONCAN SILVIA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGÍA MEDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La incidencia creciente de los diagnósticos oncológicos y el progresivo incremento de los pacientes en tratamiento, pone de manifiesto la necesidad de consultas de apoyo y seguimiento de las toxicidades potenciales asociadas a las terapias. La enfermería con formación específica tiene un papel de vital importancia en la estructura del específica tiene un papel muy importante para el funcionamiento con calidad de un H. Día oncológico.

#### ÁREAS DE MEJORA

Desarrollo y especialización de la enfermería oncológica

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

-Incremento del número y complejidad de los tratamientos oncológicos  
- Necesidad de intervención de enfermería en el proceso de enfermedad de los pacientes oncológicos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo del proyecto es desarrollar y poner en marcha una consulta específica de enfermería oncológica dentro del H. Día, para hacer seguimiento de las toxicidades más importantes y dar soporte y apoyo a los pacientes que se manejan ambulatoriamente

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Entrenamiento y formación específica de la enfermería para el control y manejo de toxicidades asociadas

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 11/09/2023

Responsable.: Alexia Fernández Ruiz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Durante todo el año se procederá a la formación específica y entrenamiento de la enfermería para este proyecto

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Sesiones formativas registradas y se hará un registro-seguimiento de todos los casos atendidos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes en tratamiento oncológico atendidos por enfermería durante el tiempo de registro

Denominador .....: Número de pacientes totales en tratamiento oncológico durante el tiempo de registro

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de consultas y tratamiento de citas y programa de H. día

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#907

### 1. TÍTULO

**DESARROLLO DE CONSULTA ESPECIFICA DE ENFERMERIA PARA EL CONTROL AMBULATORIO DE TOXICIDADES ASOCIADAS A TERAPIAS ONCOLOGICAS**

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#910

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLIZACION Y USO RACIONAL DE LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS UTILIZADAS EN EL SEGUIMIENTO DE TUMORES MAS PREVALENTES ( CARCINOMA DE MAMA, COLON Y PULMON)

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#910 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
OCARIZ DIEZ MAITANE

Título  
PROTOCOLIZACION Y USO RACIONAL DE LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS UTILIZADAS EN EL SEGUIMIENTO DE TUMORES MAS PREVALENTES ( CARCINOMA DE MAMA, COLON Y PULMON)

Colaboradores/as:  
FERNANDEZ RUIZ ALEXIA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGÍA MEDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La oncología médica tiene una actividad creciente. Cada vez es mayor la incidencia del cáncer, mayores las estrategias de tratamiento y mayor el número de pacientes sometidos a procesos diagnóstico-terapéuticos, con largos supervivientes. El uso no indicado o incluso abusivo de pruebas diagnósticas lleva a los pacientes a sufrir los inconvenientes de intervenciones no necesarias, a sobrecargar a los servicios proveedores y a incrementar el gasto sanitario. La optimización en la cantidad y frecuencia de las pruebas realizadas, ajustándose a la mayor evidencia científica disponible, repercute en beneficio del paciente y en la reducción de la sobrecarga asistencial y el gasto sanitario evitable.

#### ÁREAS DE MEJORA

-Optimización del uso de las pruebas diagnósticas durante el seguimiento  
- Protocolización y homogeneización de los calendarios

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Posible sobreutilización de pruebas diagnósticas  
- Disparidad de criterios entre profesionales

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El ajuste en el número y calendario de pruebas a realizar en los tumores más prevalentes ( CCR, mama y pulmón), puede tener un alto impacto en disminuir la presión asistencial de los servicios implicados y en ahorro de costes asociados. Se revisará también la indicación y el uso racional de pruebas de mayor impacto económico ( por ej. PET)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Desarrollo de protocolos de seguimiento para cada una de las patologías más prevalentes en función de datos publicados y recomendaciones internacionales

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 11/09/2023

Responsable.: Maitane Ocariz Diez

2. - Análisis comparativo respecto de los estudios solicitados y realizados en años previos

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 11/09/2023

Responsable.: Maitane Ocariz Diez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. NUMERO DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS

SOLICITADAS PARA SEGUIMIENTO DE

PACIENTES EN CONTROLES

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: PRUEBAS SOLICITADAS DURANTE

1 AÑO (RX. +ECO+TAC+PET)

Denominador .....: PRUEBAS SOLICITADAS DURANTE EL AÑO PREVIO

AL ESTUDIO (RX. +ECO+TAC+PET)

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#910

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLIZACION Y USO RACIONAL DE LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS UTILIZADAS EN EL SEGUIMIENTO DE TUMORES MAS PREVALENTES ( CARCINOMA DE MAMA, COLON Y PULMON)

Fuentes de datos.: REGISTRO CITACIONES Y RADIOLOGIA

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1283

### 1. TÍTULO

#### LA IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO Y LA NUTRICIÓN COMO ADYUVANTES DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1283 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SICART LONCAN SILVIA

Título  
LA IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO Y LA NUTRICIÓN COMO ADYUVANTES DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Colaboradores/as:  
CUELLO FERRANDO ANDREA  
GOMILA PONS PAULA  
NAGER OBON VANESA  
ORTIZ LORENTE CARMEN  
PALACIN ARIÑO CLARA CARMEN  
PEÑA GIMENEZ ANA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGÍA MÉDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una intervención multidisciplinar en el estilo de vida, que incluya recomendaciones en dieta y ejercicio físico en pacientes oncológicos puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes y por tanto repercutir favorablemente en la evolución de su enfermedad.

Con una enfermedad crónica como el cáncer, crece la prevalencia de desnutrición relacionada con la enfermedad, de sarcopenia, de caquexia y de fragilidad. Estas se asocian a mortalidad, a toxicidad por tratamiento antineoplásico y a complicaciones posquirúrgicas. Están demostradas las evidencias sobre la eficacia del tratamiento nutricional y multimodal, con el ejercicio físico como principal aliado.

En recientes estudios se demuestra que el ejercicio físico otorga beneficios a los pacientes oncológicos con respecto a la fatiga y desempeño funcional y físico. Además el ejercicio muestra efectos prometedores en el mantenimiento de la composición corporal, el metabolismo, el funcionamiento inmune y el psicológico.

Por otro lado el impacto beneficioso de una nutrición óptima sobre la prevención del deterioro funcional está ampliamente sustentado por la evidencia científica. Para mantener un buen estado funcional es crucial conservar y fortalecer el músculo esquelético que se estimula, en gran parte, mediante la ingesta de proteínas de la dieta. Para pacientes oncológicos las guías ESPEN recomiendan una ingesta proteica superior a 1g de proteína/kg/día y, si es posible, que ésta alcance los 1.5 g de proteína/kg /día

#### ÁREAS DE MEJORA

El proyecto de mejora quiere demostrar que una adecuada intervención nutricional unida a la práctica del ejercicio mejora la respuesta a los tratamientos y el estado funcional de los pacientes oncológicos y por tanto mejora su calidad de vida.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La creación de un equipo multidisciplinar que controle y analice la influencia y sinergia de una intervención en nutrición y actividad física en los pacientes oncológicos supone un reto en cuanto a la diversidad de criterios entre los diferentes niveles asistenciales a los que nos enfrentamos cada día.

Con este proyecto de mejora se va a intentar cubrir el mayor número de necesidades del paciente oncológico viéndolo como un todo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Principal:

Evidenciar como la intervención y seguimiento nutricional en el paciente oncológico, unido a la práctica de ejercicio físico, mejora la tolerancia y respuesta a los tratamientos, así como también proporciona una mejor calidad de vida.

##### Específicos:

Aumentar la adhesión a los hábitos de vida saludables de los pacientes oncológicos.

Facilitar a los trabajadores del área de oncología herramientas para una unificación de criterios de actuación.

Mejorar la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales.

Facilitar a los pacientes oncológicos herramientas para que puedan seguir unos hábitos de vida saludables.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión bibliográfica y análisis del estado actual de las recomendaciones sobre hábitos de vida saludables a los pacientes oncológicos.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 24/10/2022

Responsable.: Todo el equipo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1283

### 1. TÍTULO

#### LA IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FISICO Y LA NUTRION COMO ADYUVANTES DEL TRATAMIENTO ONCOLOGICO

2. Consenso del grupo del proyecto de mejora y el resto de servicios implicados (Oncología, Rehabilitación, Nutrición)

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 24/11/2022

Responsable.: Todo el equipo

3. Creación de un manual estandarizado de las recomendaciones sobre hábitos de vida saludables (ejercicio físico y dieta).

Fecha inicio: 25/11/2022

Fecha final.: 25/02/2023

Responsable.: Todo el equipo

4. Elaborar un tríptico general para los pacientes oncológicos donde se haga hincapié en los hábitos de vida saludables incidiendo sobre todo en dieta y ejercicio físico.

Fecha inicio: 27/02/2023

Fecha final.: 28/04/2023

Responsable.: Todo el equipo

5. Desarrollar pautas de atención individualizada tanto nutricional como de ejercicio físico a los pacientes que lo requieran para afianzar su adhesión al tratamiento.

Fecha inicio: 25/02/2023

Fecha final.: 28/04/2023

Responsable.: Todo el equipo

6. Realizar un seguimiento pautado a los pacientes para valorar adhesión al tratamiento.

Fecha inicio: 02/05/2023

Fecha final.: 21/09/2023

Responsable.: Todo el equipo

7. Evaluar la calidad de vida de pacientes con cáncer que reciben una intervención multidisciplinar de dieta y ejercicio físico.

Fecha inicio: 02/05/2023

Fecha final.: 21/09/2023

Responsable.: Todo el equipo

8. Evaluar a los pacientes intervenidos con control de parámetros antropométricos y distintas capacidades y funcionalidades físicas tanto al inicio como al finalizar la intervención.

Fecha inicio: 02/05/2023

Fecha final.: 21/09/2023

Responsable.: Todo el equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes oncológicos que reciben la información y explicación del tríptico

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de pacientes que reciben información

Denominador .....: Total de pacientes oncológicos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros de pacientes en oncología

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de pacientes que requieren atención individualizada

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Numero de pacientes que reciben atención personalizada

Denominador .....: Total de pacientes que reciben información

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros de pacientes en oncología

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de pacientes con seguimiento pautado para ver adhesión al tratamiento

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....:

Numero de pacientes en seguimiento



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1283

### 1. TÍTULO

#### LA IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FISICO Y LA NUTRION COMO ADYUVANTES DEL TRATAMIENTO ONCOLOGICO

Denominador .....: Total de pacientes que reciben información  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros de pacientes en oncología  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % de pacientes intervenidos con control de parámetros antropométricos y distintas capacidades y fu  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Numero de pacientes con controles  
Denominador .....: Total de pacientes que reciben información  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros de pacientes en oncología  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Grado de satisfacción sobre la utilidad de la información obtenida por parte del paciente oncológico  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: % de pacientes satisfechos  
Denominador .....: Total de pacientes que reciben información  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#251

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE EVOLUTIVO DE ENFERMERÍA ESTANDAR EN DATOS Y REDACCION EN HCE EN PACIENTE QUE PROCEDE DE OTRAS UNIDADES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (URGENCIAS,QUIROFANO,UCI) DE OTRO CENTRO O DE DOMICILIO

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#251 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BRAVO TRICAS IRENE PILAR

Título  
REALIZACION DE EVOLUTIVO DE ENFERMERÍA ESTANDAR EN DATOS Y REDACCION EN HCE EN PACIENTE QUE PROCEDE DE OTRAS UNIDADES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (URGENCIAS,QUIROFANO,UCI) DE OTRO CENTRO O DE DOMICILIO

Colaboradores/as:  
COSCUJUELA ROMAN ELIA  
ESTADA MURILLO CRISTINA PILAR  
GRACIA ASIN ESTHER  
MUR BARRABES DIANA  
OLIVAR ORTEGA LORENA  
PESQUER VILAS ISABEL  
PUY FORADADA JOSEFA MAGDALENA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: OTROS SERVICIOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una valoración integral del paciente al ingreso en las unidades de hospitalización del Hospital de Barbastro (tanto de las condiciones previas a dicho ingreso como en el momento de éste) es facilitadora de unos adecuados cuidados enfermeros. Un evolutivo al ingreso del paciente: ya sea este desde urgencias, desde quirófano, desde uci o de forma programada, donde se recojan todos los datos en torno al paciente, va favorece el conocimiento del mismo y posibilita la aplicación efectiva y coordinada de sus cuidados, así como la continuidad de cuidados durante el ingreso.

La implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en nuestro centro puede facilitar la vía de homogeneizar los datos del paciente a tener en cuenta y consensuar e implementar su redacción.

#### ÁREAS DE MEJORA

El presente proyecto nos plantea un escenario más seguro para los pacientes del Hospital de Barbastro (se tienen en cuenta los datos más relevantes, minimizando el riesgo de obviar o no mentar aquellos considerados esenciales en una adecuada valoración enfermera). A la par, genera una facilitación en la inmersión de nuevos compañeros enfermeros en las diferentes unidades, homogeneizando la dinámica valorativa y el procedimiento de manejo de datos. El potencial comunicador de la HCE entre niveles asistenciales y entre las diferentes unidades de nuestro hospital, se ve aumentado y facilitado con un adecuado registro al ingreso.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La variabilidad interpersonal en el manejo de los datos y en su reflejo en los registros sanitarios oficiales como la HCE presenta riesgos que pueden minimizarse con la aplicación de este Proyecto de Mejora y potenciar un mejor uso de la información y registro de ésta para conciliar unos cuidados, acorde con las necesidades y características de nuestros pacientes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El presente proyecto tiene como objetivo final la implantación en el Hospital de Barbastro de evolutivo de enfermería en HCE estandarizado, con el que se obtendrán objetivos derivados de éste:

- Aumento de la seguridad de nuestros pacientes con un manejo más efectivo de sus datos
- Facilitación de labor enfermera, tanto de enfermeros con larga trayectoria en nuestro centro como de aquellos de nueva incorporación a nuestra plantilla
- Optimización del tiempo enfermero dedicado al registro de datos
- Mejorar comunicación entre niveles asistenciales y entre los propios profesionales del Hospital de Barbastro

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión de bibliografía de registro enfermero

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 15/10/2022  
Responsable.: ESTHER GARCIA ASIN

2. Consenso con la Comisión de Cuidados, personal enfermero, dirección de enfermería y supervisores del Hospital de Barbastro de datos a contemplar en dicho evolutivo y estructuración en la redacción

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 15/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#251

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE EVOLUTIVO DE ENFERMERÍA ESTANDAR EN DATOS Y REDACCION EN HCE EN PACIENTE QUE PROCEDE DE OTRAS UNIDADES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (URGENCIAS,QUIROFANO,UCI) DE OTRO CENTRO O DE DOMICILIO

Responsable.: IRENE BRAVO TRICAS

3. Elaboración de plantilla/documento estandarizado de evolutivo enfermero para HCE en el Hospital de Barbastro

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 17/11/2022

Responsable.: DIANA MUR BARRABES

4. Realización de cuatro sesiones informativas en el aulario del Hospital de Barbastro con aula abierta a todo el personal sanitario del Hospital de Barbastro

Fecha inicio: 18/11/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: CRISTINA ESTADA MURILLO

5. Designar un responsable enfermero por cada unidad hospitalaria del centro para que ayude a informar, implementar y ver resultados de la unidad asignada

Fecha inicio: 18/11/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: ISABEL PESQUER VILAS Y JOSEFA MAGDALENA PUY FORADADA

6. Recogida de resultados y análisis de estos

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 15/03/2023

Responsable.: ELIA COSCOJUELA ROMAN

7. Rectificación si se precisa tras la evaluación de los resultados obtenidos y transmisión mediante correo electrónico,hojas informativas y transmisión por parte del enfermero responsable de cada unidad

Fecha inicio: 16/03/2023

Fecha final.:

Responsable.: LORENA OLIVAN ORTEGA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de personal de enfermería del hospital que acude a las sesiones y talleres de formación .

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de enfermeros que acuden a las sesiones

Denominador .....: Total de personal de enfermería que trabaja con la HCE

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de asistencia a las sesiones

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Uso del documento proporcionado

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: % enfermeros que usan la plantilla o documento

Denominador .....: Total de enfermería que trabajan con la HCE

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros de enfermería en HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Grado de satisfacción sobre utilidad y calidad de la información plasmada.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: % de personal satisfecho con el cambio

Denominador .....: Total personal acceso a la HCE del paciente

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#251

### 1. TÍTULO

**REALIZACION DE EVOLUTIVO DE ENFERMERÍA ESTANDAR EN DATOS Y REDACCION EN HCE EN PACIENTE QUE PROCEDE DE OTRAS UNIDADES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (URGENCIAS,QUIROFANO,UCI) DE OTRO CENTRO O DE DOMICILIO**

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Paciente ingresado en planta de hospitalización del Hospital de Barbastro

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#381

### 1. TÍTULO

#### CIRCUITO DE PASO INTRAHOSPITALARIO DEL PADRE EN EL PROCESO DEL PARTO Y PUERPERIO PARA MANTENER EL VÍNCULO FAMILIAR ( MADRE- RECIEN NACIDO-PADRE)

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#381 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TABUEÑA ACIN MARIA JARA

Título  
CIRCUITO DE PASO INTRAHOSPITALARIO DEL PADRE EN EL PROCESO DEL PARTO Y PUERPERIO PARA MANTENER EL VÍNCULO FAMILIAR ( MADRE- RECIEN NACIDO-PADRE)

Colaboradores/as:  
ABAD SANZ MARIA  
BAILA TRUC MERCEDES  
COSCOJUELA SANTALIESTRA INMACULADA  
GUARDIA DODORICO LORENA DEL PILAR  
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA  
LARRAZ MIGUEL ALICIA  
SESE PIQUER MARIA ANGELES

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: PARITORIOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Según los principios de la Organización Mundial de la salud ( OMS ) , en el cuidado perinatal, la atención al parto debe ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres , niños y familias. Además , debería estar centrado en las familias , estando dirigido hacia las necesidades de la gestante , su hijo y las de su pareja.

Siguiendo estas directrices, el Hospital de Barbastro ha logrado la acreditación que le certifica cómo hospital IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al nacimiento y la Lactancia) u "Hospital amigable de las madres". Por ello, vemos la necesidad que la familia conformada por el trinomio ( madre-hijo-padre) permanezca unidos el máximo tiempo posible.

Actualmente cuando se traslada a la madre de la planta de materno-infantil a paritorios y viceversa, el padre no puede acceder por la misma ruta , ya que al entrar en zona quirúrgica tiene que cambiar su vestuario y ponerse un pijama verde y unas calzas; la exclusiva dónde se cambia el padre se haya en la intermedia del servicio de paritorios y para acceder a esta zona el padre tiene que realizar una ruta compleja.

Si a la madre se le tiene que realizar una cesárea urgente , tras ella, se traslada a la madre a la zona de despertar , y habitualmente el recién -nacido y el padre se quedan en la habitación de la planta de materno infantil, perdiendo el contacto madre y recién nacido. Por todo ello vemos pertinente hacer todo lo posible para la disminución de la interrupción trinomio madre -recién nacido-padre.

#### ÁREAS DE MEJORA

No separación del trinomio recién nacido -madre-padre , con el fin obtener los beneficios resultantes de esta actuación.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Barrera arquitectónicas.
- Actuaciones basadas en la cultura y no en la evidencia científica.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mantener estrechamente el vinculo familiar pre y post parto.
- Facilitar el desplazamiento del trinomio ( madre-hijo-padre) desde la planta de materno infantil a paritorio y viceversa.
- En caso de cesárea que el padre y recién nacido puedan estar junto con la madre en el área de despertar.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Al ingreso de la mujer , el padre accederá a la planta de materno infantil por la ruta actual ,para ello se facilitara un tríptico explicativo de dicha ruta.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/01/2023

Responsable.: Personal de paritorio

2. Colocado señalización y carteles informativos en las áreas pertinentes, para que el padre pueda acudir a la planta de materno infantil al ingreso

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#381

### 1. TÍTULO

#### CIRCUITO DE PASO INTRAHOSPITALARIO DEL PADRE EN EL PROCESO DEL PARTO Y PUERPERIO PARA MANTENER EL VÍNCULO FAMILIAR ( MADRE- RECIEN NACIDO-PADRE)

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/01/2023  
Responsable.: Personal de paritorio

3. Entrega de folleto explicativo del proceso al ingreso.  
Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/01/2023  
Responsable.: Personal del area de materno infantil

4. Entrega de la ropa necesaria ( pijama verde) al padre, en el area de materno infantil, para que este pueda acompañarla cada vez que entre en zona de partos.  
Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/01/2023  
Responsable.: Personal de materno infantil

5. Charlas informativas con el personal de los servicios implantados.  
Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/01/2023  
Responsable.: Jara Tabueña Acin

6. Entrega de una encuesta de satisfacción del proceso del parto de madre y padre, que será entregada por el personal de paritorios durante el puerperio inmediato.  
Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/01/2023  
Responsable.: Personal de paritorio

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Grado de satisfaccion materna.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Un resultado mayor a 3 en escala Liekert  
Denominador .....: mujeres que han dado a luz entre el 15 de septiembre de 2022 y 15 de enero de 2023 en el Hospital de Barbastro.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: resultados obtenidos en la encuestas de satisfaccion  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.30  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.50  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.80

2. Grado de satisfacci3n paterna  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Un resultado mayor a 3 en escala Liekert  
Denominador .....: padres que han acompa3ado a las parturientas, que han dado a luz entre el 15/09/2022 y 15/01/2023 en el hospital de Barbastro.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Resultados obtenidos en la encuesta de satisfaccion  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.30  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.50  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.80

\*\* Información adicional sobre el dise3no de la evaluaci3n  
. Ninguna

#### POBLACI3N DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participaci3n de la poblaci3n: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#638

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE GESTION DE ROTURAS DE STOCK DE MATERIAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#638 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PUYAL MELE ANA MARIA

Título  
PROTOCOLO DE GESTION DE ROTURAS DE STOCK DE MATERIAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Colaboradores/as:  
ANDRES ALIERTA MARTA  
ARANDA OROS SARA  
BAILA TRUC MERCEDES  
CARDIEL GONZALEZ ANA PILAR  
LACOMA ABADIA ANA MILAGROS  
MUÑOZ MUR EUGENIO  
NASARRE GER ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: PARITORIOS

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La rotura de stock es una situación que requiere especial vigilancia, seguimiento y pronta solución debido a las graves consecuencias que genera. Las roturas de stock referidas a productos sanitarios son muy frecuentes, agravadas en caso de productos con compra centralizada, más con la actual tendencia a gestionar los almacenes lo más cercano a un "just in time", reduciendo de esa manera los stocks en los diferentes servicios implicados en el proceso.

Definimos stock como la cantidad de producto sanitario que dispone una empresa, un centro, almacén, unidad en un determinado momento para el cumplimiento de sus objetivos. La noción puede asociarse a un inventario (el documento que registra y ordena la totalidad de los materiales que se almacenan) o a las existencias (los materiales disponibles).

Una rotura de stock se define como la cantidad de demanda solicitada por un consumidor o cliente no satisfecha por ausencia de stock suficiente para atenderla.

Por este motivo se debe de generar un circuito para tratar de gestionar esta información, coordinando las diferentes acciones para asegurar que las roturas de stock sean resueltas lo antes posibles, sin redundancias, poner en marcha las medidas necesarias cuando sean precisas y llevar un registro detallado.

#### ÁREAS DE MEJORA

GESTION DE LAS ROTURAS DE STOCK

#### ANALISIS DE CAUSAS

LA FALTA DE MATERIAL REPERCUTE EN EL CORECTO DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CLINICAS TANTO EN HOSPITALIZACION COMO EN CENTROS DE SALUD

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

MEJORAR LA GESTION DE LAS ROTURAS DE STOCK PARA EVITAR EL DESABASTECIMIENTO

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Información sobre notificaciones enviadas al hospital, servicios que la reciben y gestión de su difusión

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final: 30/09/2022  
Responsable.: Ana Puyal Mele

2. Identificar los diferentes puntos de entrada de estas notificación

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Ana Puyal Mele

3. Conocer como se notifican estas roturas de stock a los servicios implicados

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Ana Puyal Mele

4. Gestionar como se realizara la difusión de las roturas de stock

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Ana Puyal Mele

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#638

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE GESTION DE ROTURAS DE STOCK DE MATERIAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

5. Crear un protocolo y registro de las roturas de stock y de su solución

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: Ana puyal Mele

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. REGISTRO DE ROTURA DE STOCK

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % roturas de stock

Denominador .....: roturas de stock

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ROTURAS RECIBIDAS

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. GESTIÓN DE ROTURA DE STOCK

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: % roturas de stock gestionadas/r

Denominador .....: rotura de stock oturas de stock recibida

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ROTURAS RECIBIDAS

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#797

### 1. TÍTULO

#### EMBARAZO Y POSTPARTO EN CONFIANZA

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#797 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FERNANDEZ SANCHEZ RUT

Título  
EMBARAZO Y POSTPARTO EN CONFIANZA

Colaboradores/as:  
BOSCH ALCOLEA ELISABET  
FACI ALCALDE ELENA  
GARCIA LASHERAS ANA JULIA  
NAVARRO GIL MARTA  
SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER  
SESE PIQUER MARIA ANGELES  
ULLATE JIMENEZ ISABEL MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Ubicación/es secundaria/s  
BARBASTRO\*CENTRO DE SALUD GRAUS\*EAP GRAUS\*AP (Atención Primaria)  
BARBASTRO\*HOSPITAL DE BARBASTRO\*PARITORIOS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el hospital de Barbastro se han llevado a cabo diversas iniciativas de mejora desde la Unidad interdisciplinar de suelo pélvico del mismo. La creación de una consulta de fisioterapia de derivación directa para acortar los tiempos de espera, que abarca toda la prevención pelviperineal y en concreto la prevención de desgarros perineales durante el parto, ha sido una importante hazaña de la que estamos muy orgullosos. Continuando con nuestro empeño por mejorar la atención de la mujer embarazada, nos planteamos ahora la necesidad de informar adecuadamente a este colectivo de su proceso de parto. El parto humanizado incluye el respeto por el proceso fisiológico y la dinámica de cada nacimiento donde las intervenciones deben ser cautelosas, evitando excesos y utilizando los recursos tecnológicos disponibles. En la humanización del parto no significa realizar o no procedimientos, sino hacer de la mujer la protagonista de ese momento, dándole la libertad de elección en los procesos fisiológicos. El estímulo y la confianza transmitidos por un equipo multidisciplinar de forma integral pueden tener una marcada influencia en la reducción de la tensión emocional en el trabajo de parto, sobre todo cuando las mujeres tienen la oportunidad de discutir sus sentimientos, realizar preguntas y expresar sus temores. Los profesionales de la salud son coadyuvante de esta experiencia, porque tienen la oportunidad de poner sus conocimientos al servicio del bienestar de las mujeres, reconociendo los momentos críticos en los que sus intervenciones son necesarias para garantizar la salud de ambos. Por otra parte, entendemos que nuestro sistema sanitario, una vez acontecido el parto, concentra toda su atención en el bebé y se produce un desconcertante "vacío" en el seguimiento y apoyo de la mujer en el postparto. Es por ello, que con este proyecto pretendemos cubrir también esta necesidad de acompañar a la mujer después del parto. Apostamos por la prevención y esperamos que este seguimiento permitirá que se minimicen las disfunciones de suelo pélvico acontecidas tras el embarazo y postparto como dolor pélvico crónico, incontinencias urinarias, fecales o prolapsos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Desconocimiento de la embarazada de su proceso de parto  
Aparición de disfunciones de suelo pélvico postparto

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de información y de divulgación durante el embarazo  
Falta de un programa de atención a la mujer tras el parto

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar el plan asistencial de las embarazadas del Sector de Barbastro
- Empoderar a la mujer embarazada en su proceso de parto.
- Crear un programa de atención a la mujer después del parto.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar una sesión informativa en el tercer trimestre de gestación cuyo objetivo promueva el binomio embarazada-profesional dando mayor visibilidad al propio servicio de obstetricia y rehabilitación

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Maria Angeles Sesé Piquer

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#797

### 1. TÍTULO

#### EMBARAZO Y POSTPARTO EN CONFIANZA

2. Soporte digital de zonas de dilatación/paritorio/fisioterapia facilitado en torno a la semana 30 de gestación  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 30/04/2023  
Responsable.: Elisabet Bosch Alcolea

3. Apoyo a la lactancia y elaboración del plan de parto

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Maria Angeles Sesé Piquer

4. Recuperación de la mujer en el postparto: sesiones grupales después de la cuarentena

Fecha inicio: 01/02/2023  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Rut Fernández Sánchez

5. Rehabilitación del suelo pélvico posparto en caso de disfunción del suelo pélvico y tratamiento en alteraciones relacionadas con la episiotomía, desgarros y cicatrices de cesárea.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Marta Navarro Gil

6. Elaboración de encuesta de satisfacción para colgar en la plataforma Survio

Fecha inicio: 01/04/2023  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Esther Santorromán Jovellar

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Para el soporte digital necesitaremos la colaboración de Técnicos en formatos audiovisuales pendientes de confirmar.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de embarazadas atendidas para prevención de desgarros

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº embarazadas en consulta PPP o AP  
Denominador .....: nº partos en hospital de Barbastro  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio de Partos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. Porcentaje de mujeres con desgarro atendidas en consulta de prevención

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº desgarros perineales  
Denominador .....: nº embarazadas consulta PPP o AP  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio de Partos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Porcentaje de embarazadas que acceden al soporte digital

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: nº embarazadas que visualizan la información digital  
Denominador .....: nº partos en hospital de Barbastro  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio de partos y centros de salud  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Porcentaje de disfunciones de suelo pélvico tras el parto

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº derivaciones a rehabilitación de suelo pélvico postparto  
Denominador .....: nº total de derivaciones a rehabilitación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio de rehabilitación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#797

### 1. TÍTULO

#### EMBARAZO Y POSTPARTO EN CONFIANZA

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Cuestionario de satisfacción de las pacientes en la plataforma Survio

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#887

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DE LAS TECNICAS DE ELECTROTERAPIA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#887 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NAGER OBON VANESA

Título  
ESTANDARIZACION DE LAS TECNICAS DE ELECTROTERAPIA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION

Colaboradores/as:  
NADAL ZUFERRI MARCOS  
CUELLO FERRANDO ANDREA  
GISTAIN BULL LAURA  
MONTALVO COSCULLUELA JORGE  
ORTIZ LORENTE CARMEN  
PARDO MONESMA ELENA  
PISA MAÑAS JARA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dada la alta rotación de personal en el servicio, se ha observado una gran variabilidad en la aplicación de los diferentes aparatos de electroterapia por lo que consideramos pertinente la realización de protocolos para la unificación de criterios de aplicación y revisión de la evidencia científica actual sobre las diferentes terapias de rehabilitación.

#### ÁREAS DE MEJORA

En nuestro servicio de rehabilitación, la ubicación profesional para realizar la electroterapia se establece de forma rotatoria, es decir, cada dos meses se produce un cambio del fisioterapeuta al que le corresponde el turno anual correspondiente. Los tratamientos prescritos por el médico rehabilitador son realizados por este profesional y deben continuar con cada paciente de forma correcta, independientemente de que el fisioterapeuta cambie una vez se ha iniciado el tratamiento.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La variabilidad en la aplicación de los tratamientos de electroterapia no es beneficiosa para el paciente y crea sentimientos de desconfianza y falta de organización que podrán ser evitados de forma satisfactoria gracias a la puesta en marcha de esta iniciativa de mejora.

Además estimamos que los resultados obtenidos con una aplicación unificada y normalizada de dichos tratamientos podrán ser potencialmente mucho mejores.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Homogeneizar los criterios en la utilización de las técnicas de electroterapia del servicio de rehabilitación. Los pacientes en los que se aplicarán las técnicas de electroterapia serán a los que prescriban de la consulta de rehabilitación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se va a realizar un protocolo de actuación para cada una de las siguientes técnicas de electroterapia: IONTOFORESIS (Endomed 582ID)

Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Andrea Cuello Ferrando

2. TENS (TensMed 911, 931, P82, S82)  
Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Jorge Montalvo Cosculluela

3. ENMS (Estimulación eléctrica neuro)  
Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Jara Pisa Mañas

4. MICROONDAS (Radarmed 650+)

Fecha inicio: 05/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#887

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DE LAS TECNICAS DE ELECTROTERRAPIA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Laura Gistain Buil

##### 5. INTERFERENCIALES (Endomed 582ID)

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Elena Pardo Monesma

##### 6. ONDA CORTA (Curapuls 670)

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Carmen Ortiz Lorente

7.

##### ULTRASONIDOS (Sonopuls Serie 6)

###### MAGNETOTERAPIA

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Marcos Nadal Zuferrri

##### 8. LÁSER (Endolaser 476)

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Vanesa Náger Obón

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Tras la realización de los mismos, se llevarán a cabo diferentes sesiones clínicas para poner en conocimiento de todo el servicio la manera de proceder según la evidencia científica actual.

Para las nuevas incorporaciones o posibles dudas se tendrán en cuenta todos los manuales realizados y archivados para su consulta.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Encuesta de satisfacción de los fisioterapeutas del servicio

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Satisfacción de los profesionales con los nuevos protocolos

Denominador .....: Satisfacción de los profesionales con los nuevos protocolos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Consulta de los protocolos por las nuevas incorporaciones

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de profesionales nuevos que consultan los protocolos

Denominador .....: Número de profesionales nuevos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros de consulta de los protocolos

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Número de profesionales que reciben las sesiones

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de profesionales que reciben las sesiones

Denominador .....: Total de profesionales en el servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro asistencia a las sesiones clínicas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#887

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DE LAS TECNICAS DE ELECTROTERAPIA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes susceptibles de ser tratados con electroterapia

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#723

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DE DISFAGIA EN PACIENTE DE UCI

Fecha de entrada: 20/07/2022

Nº de registro: 2022#723 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ZAMORA ELSON MONICA

Título  
VALORACION DE DISFAGIA EN PACIENTE DE UCI

Colaboradores/as:  
ALBAS MAZA RAUL  
ALEGRE CASTRO MARCOS  
BARRIO ALLER JOSE MARIA  
MONCAYOLA VICEN JARA CRISTINA  
OLIVAN SARASA GUILLERMO  
PIEDRAFITA BARRIO LETICIA  
SANZ CARDIEL ALICIA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Necesidad de la valoración de la existencia de disfagia en un grupo determinado de pacientes ingresados en UCI

#### ÁREAS DE MEJORA

Pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados intensivos que tengan o puedan tener dificultad en la deglución tras necesitar intubación orotraqueal y haya podido ser retirada o pacientes con presencia de traqueostomias.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La disfagia es un problema en la deglución muy frecuente en los pacientes de las unidades de Cuidados intensivos.

Los mecanismos para el desarrollo de disfagia son multifactoriales:

- Causas mecánicas ocasionadas por una vía aérea
- Efecto de la medicación analgésica
- Sedación residual
- Alteraciones cognitivas durante el ingreso en UCI

#### Indicadores pronósticos.

- Gravedad de la enfermedad
- Estado cognitivo
- Existencia de disfagia previa
- Tiempo que se tarda en iniciar tolerancia oral
- Días que requiere vía aérea
- Días de ventilación mecánica
- Duración de la estancia hospitalaria
- Edad

Desde la unidad de Medicina intensiva se propone la creación de un protocolo que se pueda realizar por el personal de la UCI que detecte los pacientes que puedan tener problemas de deglución y en estos aplicar un test de disfagia homogéneo para todos los pacientes, que ayude a saber que pacientes pueden o no tolerar la nutrición enteral y el tipo de nutrición y el formato que se puede dar al paciente

La población con mayor riesgo de padecer disfagia:

- Pacientes que requieren más días de vía aérea y ventilación mecánica
- Antecedentes de enfermedad neurológica, neuromuscular y enfermedad pulmonar crónica
- Edad avanzada
- Mayor gravedad al ingreso en UCI, valorado por APACHE II
- Disminución del estado de consciencia en el momento de valorar la deglución.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Valorar pacientes de UCI que puedan tener problemas en la deglución

- Implementar un test de disfagia que debe ser fácil de realizar e implementar
- El test debe ser conocido por todo el personal de la uci
- Aplicar este test a los pacientes que lo precisen a partir de las 24 postextubación
- Si el paciente no supera el test la evaluación clínica debe enfocarse a detectar signos de alteración en la seguridad de la deglución, como los cambios en la calidad de la voz, presencia de tos postdeglución y sensación de ahogo referida.
- Evitar problemas con la deglución como la broncoaspiración.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Detectar pacientes ingresado en UCI con riesgo de padecer disfagia

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 01/06/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#723

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DE DISFAGIA EN PACIENTE DE UCI

Responsable.: Marcos Alegre

3. En pacientes de riesgo realizar el test elegido que es el test MECV-V (Test de exploración clínico-volumen viscosidad) para el diagnóstico de disfagia en el paciente crítico

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final: 01/06/2023

Responsable.: Raul Albás

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Proyecto de mejora con implantacion final en el servicio

Los resultados del test de disfagia se recogen en la historia clínica del paciente y se realiza tantas veces como sea necesario.

El test MECV-VC consiste: utilizar bolos en volúmenes de 5, 10 y 20 ml con viscosidad néctar (puede beberse sorbiendo con una pajita y al decantar el líquido, éste cae formando un hilo fino, por ejemplo zumo de tomate o yogur líquido), líquida y puding (solo puede tomarse con cuchara y al decantarlo cae en bloques), y observar si aparecen alteraciones en los signos de seguridad (tos, cambios en la calidad de la voz y desaturación de oxígeno) y en los signos de eficacia de la deglución (sello labial, residuo oral, deglución fraccionada y residuo faríngeo).

La prueba comienza ofreciendo el bolo de menor volumen (5 ml) con viscosidad néctar, y se aumenta la cantidad a 10 y 20 ml si el paciente no manifiesta alteraciones en los signos de seguridad de la deglución.

Si el paciente ingiere sin alteraciones los tres bolos con viscosidad néctar, se continúa la prueba con viscosidad líquida, comenzando por el volumen de 5 ml. Si, por el contrario, el paciente manifiesta alteraciones en los signos de seguridad con la viscosidad néctar, se ofrecerá el bolo más bajo de la viscosidad puding. Durante la prueba, el paciente debe monitorizarse, con el fin de detectar las aspiraciones silentes. Se puede realizar en la cabecera de la cama

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. Pacientes ingresados en uci que tras extubación tienen riesgo de presentar disfagia

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: numero de pacientes con riesgo de padecer disfagia

Denominador .....: numero de pacientes que han precisado VM y han sido extubados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pubmed

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Pacientes con riesgo de padecer disfagia a los que se realiza test de disfagia

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes a los que se realiza test de disfagia

Denominador .....: Pacientes con Riesgo de padecer disfagia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pubmed

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Toda patología que precise ingreso en UCI, que precise ventilación mecánica y que se pueda extubar.

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1187

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE VALORACION DEL GRADO DE SATISFACION DE LOS DISTINTOS INTERVINIENTES EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1187 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS

Título  
IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE VALORACION DEL GRADO DE SATISFACION DE LOS DISTINTOS INTERVINIENTES EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Colaboradores/as:  
ALBAS MAZA RAUL  
CAMPO SIN ALICIA  
GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS  
MARTINEZ TRIVEZ MARIA PILAR  
SALLAN CIUTAD VERONICA  
SANTIAGO BARA ANTONIO  
SANZ BERROY ASCENSION

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una de las líneas estratégicas de la Sociedad española de Medicina Intensiva (SEMICYUC) es el Proyecto Humanización en las UCIs (H-UCI). Con el fin de implementar este proyecto en la UCI del Hospital de Barbastro en los próximos años, es necesario conocer que apreciación tienen los distintos implicados en los procesos asistenciales que realizamos (usuarios, familiares, profesionales sanitarios intra y extra unidad) sobre el funcionamiento del servicio. Actualmente no existe registro de estas opiniones, sólo la transmisión verbal positiva o negativa al respecto o alguna nota de agradecimiento o queja.

#### ÁREAS DE MEJORA

Hacer partícipes en la organización del funcionamiento y de sus modificaciones a los intervinientes en la UCI en los distintos procesos realizados en la UCI.

#### ANALISIS DE CAUSAS

No conocemos realmente la opinión que hay trabajo realizado por el personal del servicio de medicina intensiva

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Obtener información suficiente para organizar la participación de los pacientes y familiares en los cuidados de los paciente.
- Valorar el Modificar los procesos asistenciales implantados en relación a la satisfacción percibida por los intervinientes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión formalización del proyecto. Lluvia de ideas y división de tareas.

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 02/10/2022

Responsable.: Carlos González Iglesias

2. Elaboración de encuestas de opinión a los distintos implicados.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Alicia Campo

3. Puesta en común, modificaciones e impresión de encuestas

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 22/12/2022

Responsable.: Carlos González Iglesias

4. Entrega y recogida de encuestas:

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Todos

5. Generación de base de datos y actualización de la misma

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Juan Carlos García Ronquillo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1187

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE VALORACION DEL GRADO DE SATISFACION DE LOS DISTINTOS INTERVINIENTES EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

6. Informe de conclusiones y acciones a modificar en los proyectos asistenciales

Fecha inicio: 01/11/2023

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Todos

7. Presentación de Resultados a Congresos, calidad, Uci...

Fecha inicio: 01/12/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Todos

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Calidad percibida por pacientes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° encuestas contestadas por pacientes

Denominador .....: n° pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

2. Calidad percibida por las familia

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° encuestas contestadas por familiares

Denominador .....: n° de encuestas pasadas a familiares

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

3. Calidad percibida por personal de UCI

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: n° de encuestas contestadas por personal de UCI

Denominador .....: n° encuestas realizadas a personal UCI

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Calidad percibida por personal externo de UCI

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: n° de encuestas contestadas por personal externo de UCI

Denominador .....: n° encuestas realizadas a personal externo a UCI

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. Modificaciones realizadas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° modificaciones efectivas

Denominador .....: n° modificaciones sugeridas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta, programa recogida datos, informe provisional del proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

6. Difusión de resultados

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1187

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE VALORACION DEL GRADO DE SATISFACION DE LOS DISTINTOS INTERVINIENTES EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: n° publicaciones enviadas

Denominador .....: n° posibles publicaciones

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Informe definitivo proyecto + resultados programa informático

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología crítica ingresada en la UCI

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1192

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DE LA FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE UCI EN TERAPIAS RESPIRATORIAS Y NUEVAS TECNOLOGIAS

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1192 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCES CAMPO BEGOÑA

Título  
ESTANDARIZACION DE LA FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE UCI EN TERAPIAS RESPIRATORIAS Y NUEVAS TECNOLOGIAS

Colaboradores/as:  
ALEGRE CASTRO MARCOS  
BALLARIN GIMENEZ MARIA ISABEL  
BARRIO ALLER JOSE MARIA  
CABRERO MAISONE NATALIA  
LLUCH LARDIES MARIA PILAR  
MENDIARA BERBIELA YOLANDA  
PUYUELO SUBIAS ANA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los manuales de acogida para personal de nueva incorporación se han mostrado como una herramienta útil para la gestión, facilitan su integración y satisfacción, disminuyendo las cargas de trabajo del personal experto y aumentando la seguridad de los pacientes.

Por otro lado, el cuidado del paciente crítico es muy complejo, tanto desde el punto de vista técnico como humano, el personal de enfermería de cuidados intensivos desarrolla su trabajo en un entorno muy dinámico y cambiante que se caracteriza por la aparición de nuevas tecnologías asistenciales, que modifican el trabajo diario y generan la necesidad continua de ampliar conocimientos y competencias. No solo para el personal de nueva incorporación sino de todo el equipo de enfermería.

En concreto de los respiradores, humidificadores y demás aparatos de terapia respiratoria que se han incorporado recientemente. Hecho por el cual, hemos planteado este proyecto de mejora.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualización continua de conocimientos ante la incorporación de nuevas tecnologías a la unidad.

Manejo adecuado de aparataje, mantenimiento y limpieza, así como el conocimiento de los diferentes aparatos y sus fungibles, especialmente en las terapias respiratorias.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Aparición de nuevos aparatos especialmente en relación a terapias respiratorias y en los últimos años. (cambio de respiradores, sistemas de humidificación, VMNI, alto flujo, etc.)

Alta rotación del personal de enfermería (enfermeras y TCAES) en la UCI

Alta complejidad en el manejo del paciente crítico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Proporcionar al personal de enfermería de la UCI formación continua para alcanzar las competencias necesarias en el cuidado del paciente crítico.

Proporcionar la actualización en el manejo de las nuevas tecnologías de manera práctica, sencilla y ordenada para el personal de nueva incorporación.

Mejorar la calidad de los cuidados prestados y la seguridad del paciente.

Disminuir el nivel de ansiedad de las enfermeras de nueva incorporación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión equipo de mejora para evaluar las necesidades de formación y reparto de tareas.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Begoña Garcés Campo

2. Elaboración de una guía rápida de manejo de terapias respiratorias (diferentes ventiladores, VMNI, alto flujo etc.) aspectos prácticos y peculiaridades de cada aparato, mantenimiento y limpieza.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Miembros equipo de mejora

3. Elaborar un poster resumen con los fungibles según modelo y humidificador.

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 24/03/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1192

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DE LA FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE UCI EN TERAPIAS RESPIRATORIAS Y NUEVAS TECNOLOGIAS

Responsable.: Miembros equipo de mejora

4. Publicitar tanto la guía como el poster.

Fecha inicio: 27/03/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Begoña Garcés Campo

5. Realización de dos talleres al año de actualización de aparataje y fungibles. Encuesta de satisfacción. Se realizarán en la unidad para favorecer la asistencia al mayor número de profesionales.

Fecha inicio: 10/04/2023

Fecha final.: 20/10/2023

Responsable.: Miembros equipo de mejora

6. Análisis de resultados de las encuestas de satisfacción.

Fecha inicio: 23/10/2023

Fecha final.: 02/12/2023

Responsable.: Miembros equipo de mejora

7. Realización de un taller adicional en caso de variación importante de la plantilla de enfermería y/o incorporación de nueva tecnología.

Fecha inicio: 10/04/2023

Fecha final.: 22/12/2023

Responsable.: Miembros equipo de mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración guía rápida

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: guía rápida

Denominador .....: No realización de la guía

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Existencia de la guía rápida

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Realización y publicación del poster en la unidad

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Realización y publicación del poster

Denominador .....: No realización y publicación del poster

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Existencia del poster

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Asistencia a los talleres en %

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número enfermeras que han realizado el taller

Denominador .....: Total enfermeras de la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas asistencia a los talleres

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Asistencia a los talleres en %

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de TCAES que han realizado el taller

Denominador .....: Total TCAES de la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas asistencia a los talleres

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1192

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DE LA FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE UCI EN TERAPIAS RESPIRATORIAS Y NUEVAS TECNOLOGIAS

5. Grado de satisfacción talleres en %  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de profesionales satisfechos/muy satisfechos  
Denominador .....: Total profesionales que realizan los talleres  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#298

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA EXPERIENCIA DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#298 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
PEREZ BENAC LUIS

Título  
MEJORA DE LA EXPERIENCIA DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

Colaboradores/as:  
ABADIA ORTIZ ESTER  
ALLUE CIUTAT MARTA  
ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA  
DÍAZ MARTINEZ NOEMI  
GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ  
RENAU GONZALEZ LAIA  
TIERZ VELEZ LETICIA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Ausencia de proyecto previo  
Necesidad de mejora en la adaptación y en el desarrollo de los alumnos de 3º y 4º curso de Enfermería que realizan prácticas en Urgencias.  
Servicio saturado ocasionalmente que impide dedicar tiempo óptimo a los alumnos en algunos momentos.  
Posibilidad de participación de todos los profesionales del Servicio.  
Mejora de la atención al paciente prestada en la Unidad.  
Mejora en la formación impartida a los alumnos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Demora en la integración y/o asunción de funciones y en el progreso en determinadas esferas (técnicas, implicación, iniciativa, asunción de funciones).  
Ausencia de formación específica.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Ausencia de manual de acogida.  
Evaluación de progreso escasa y no estructurada.  
Formación no reglada.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la adaptación y la formación de los alumnos mediante un circuito formativo.  
Facilitar la mejora continua de los alumnos a través de evaluación interna.  
Mejorar la satisfacción y la percepción de la atención prestada por los alumnos en el servicio de Urgencias.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Diseño del circuito formativo

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 09/09/2022  
Responsable.: LUIS PEREZ

#### 2. Aplicación del circuito y evaluación de alumnos

Fecha inicio: 12/09/2022  
Fecha final.: 15/12/2022  
Responsable.: ESTER ABADIAS

#### 3. Evaluación y memoria intermedia

Fecha inicio: 16/12/2022  
Fecha final.: 30/12/2022  
Responsable.: LUIS PEREZ

#### 4. Aplicación del circuito y evaluación de alumnos

Fecha inicio: 02/01/2023  
Fecha final.: 30/11/2023  
Responsable.: ALICIA ALQUEZAR

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#298

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA EXPERIENCIA DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

##### 5. Memoria Final

Fecha inicio: 01/12/2023  
Fecha final.: 29/12/2023  
Responsable.: LUIS PEREZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Solicitud a Supervisión del Servicio y de Formación de participación en el proyecto.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. alumnos con formación completa

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº alumnos con 90% check-list completo

Denominador .....: total alumnos en prácticas durante periodo a estudio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: hoja registro check-list  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. alumnos con evaluación intermedia - final favorable

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº alumnos con aumento de puntuación en evaluación intermedia - final

Denominador .....: total alumnos prácticas en periodo a estudio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: hojas evaluación alumnos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. nivel satisfacción alumnos

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: suma de calificación encuesta satisfacción alumnos

Denominador .....: nº encuestas satisfacción alumnos  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: encuesta satisfacción alumnos

Est.Mín.1ª Mem ..: 8.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 8.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

##### 4. percepción de mejora de la adaptación del alumnado y de la atención prestada

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: suma de calificación encuesta satisfacción enfermeras  
Denominador .....: nº encuestas satisfacción enfermeras  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: encuesta satisfacción enfermeras

Est.Mín.1ª Mem ..: 8.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 8.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#298

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA EXPERIENCIA DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: --Otros--> NO PROCEDE

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#315

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO PARA AJUSTAR LA PETICION DE RADIOGRAFIAS DE ABDOMEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#315 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LANAU BELLOSTA NOELIA

Título  
PROYECTO PARA AJUSTAR LA PETICION DE RADIOGRAFIAS DE ABDOMEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
AREVALO DURAN MONICA  
CORONAS MORANCHO MARIA ANA  
EITO CUELLO JUAN JOSE  
MUNIESA GRACIA PAULA  
NUÑO BELLOC JORGE  
ORTIZ BESCOS VICTORIA  
PEREZ PAÑART MARIA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dada la frecuencia de los pacientes que acuden con dolor abdominal al Servicio de Urgencias creemos necesario la revisión de la solicitud de las radiografías de abdomen solicitadas por parte de los facultativos para evaluar su adecuación.

El diagnóstico más frecuente de estas patologías es dolor inespecífico por lo que la rentabilidad de la radiografía simple de abdomen es escasa dado que los hallazgos, por lo general, no modifican la actitud terapéutica. A pesar de ello, la cantidad de solicitudes es elevada con respecto a dicha rentabilidad.

Los motivos de dichas peticiones no se encuentran justificados en la mayoría de los casos, ya sea por petición "defensiva" o por desconocimiento de la indicación de dicha prueba.

Por todo ello, sería beneficioso, tanto para el paciente como para el personal sanitario, el conocimiento de la indicación de la solicitud de dicha prueba diagnóstica

#### ÁREAS DE MEJORA

PONER EN CONOCIMIENTO DE LOS FACULTATIVOS SOLICITANTES LA INDICACIÓN DE LA RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN EN PATOLOGIAS URGENTES

#### ANALISIS DE CAUSAS

EL DESCONOCIMIENTO DE LA INDICACIÓN DE RADIOGRAFIAS DE ABDOMEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal de este proyecto es ajustar la solicitud de la radiografía simple de abdomen en aquellos pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias por dolor abdominal.

La población diana a la que se encuentra dirigido este proyecto son los médicos, tanto facultativos como Médicos Internos Residentes

Los resultados que se pretenden obtener en la disminución de la solicitud de pruebas inadecuadas en al menos un 20% durante el primer año

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión bibliográfica de las indicaciones de solicitud de radiografía de abdomen en patología urgente

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: noelia lanau bellosta

2. Sesión clínica, tanto para facultativos como MIR, para explicar la motivación de dicho proyecto y divulgar las indicaciones extraídas de la revisión bibliográfica previamente referida

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: victoria ortiz bescos

3. Poner en conocimiento del proyecto al Servicio de Radiodiagnóstico

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: maria isabel perez pañart

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#315

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO PARA AJUSTAR LA PETICION DE RADIOGRAFIAS DE ABDOMEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Sesiones, con control de asistencia, de formación y divulgación de la indicación de la radiografía

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de profesionales que han acudido al menos a un sesión

Denominador .....: número total de profesionales (facultativos + MIR)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firma de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2.

Disminución en el número de radiografías de abdomen solicitadas desde Urgencias al finalizar el año

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de radiografías de abdomen solicitadas en Urgencias

Denominador .....: número total de pacientes atendidos en urgencias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes asistidos en PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#345

### 1. TÍTULO

#### CIRCUITO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL ENFERMERO DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#345 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TIERZ VELEZ LETICIA

Título  
CIRCUITO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL ENFERMERO DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
ABADIA ORTIZ ESTER  
ALLUE CIUTAT MARTA  
ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA  
MAZON GARCIA ANDREA  
MUR BORRACHERO LORENA  
RENAU GONZALEZ LAIA  
TORRES ALVAREZ MARINA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El servicio de urgencias tiene una serie de características propias y únicas que hacen que el personal de nueva incorporación necesiten recibir una formación y entrenamiento diferente al de otras áreas del hospital. Las características propias de la urgencia (saturación del servicio, rapidez en la actuación...) hacen que sea dificultoso el aprendizaje del personal de nueva incorporación. El servicio de urgencias precisa de una atención rápida y eficiente de todo el personal implicado ante la multitud de situaciones diferentes de emergencia que se atienden. Necesidad de protocolizar ruta asistencial del paciente que entra por urgencias. Necesidad de protocolizar algunas de las técnicas de enfermería más habituales en urgencias. Rotación de mucho personal sin conocimientos previos sobre el servicio, que se enfrentan durante sus primeros días a novedades en técnicas, organización, distribución, priorización de procedimientos y documentación. Ausencia de proyecto previo. Participación de todo el personal del servicio.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora en la adaptación del personal de enfermería de nueva incorporación al servicio de urgencias.  
Mejora en la satisfacción de dichas enfermeras.  
Integración y comprensión de las especificaciones del servicio.  
Mejora la transcripción y documentación de cada proceso de atención asistencial abierto.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Ausencia de protocolo de asistencia de urgencias del personal de nueva incorporación.  
Ausencia de manual de acogida.  
Circuito de asistencia no documentada.  
Apoyo entre profesionales experimentados en ocasiones escaso, por sobrecarga de trabajo debido a un aumento de la demanda asistencial.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la adaptación del personal de enfermería de nueva incorporación en urgencias  
Mejorar los conocimientos sobre la urgencia y emergencia de este personal.  
Implantar el protocolo de acogida (curso y material escrito) al nuevo personal de enfermería en los primeros 6 meses de su llegada al servicio

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Preparación del material necesario para el proyecto  
Manual de acogida, encuesta de satisfacción y de conocimientos a los enfermeros de nueva incorporación  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final: 15/09/2022  
Responsable.: Leticia Tierz
2. Preparación del curso de formación  
Fecha inicio: 16/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Leticia Tierz
3. Realización del curso de formación y evaluación de satisfacción y conocimientos  
Fecha inicio: 01/11/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#345

### 1. TÍTULO

#### CIRCUITO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL ENFERMERO DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Leticia Tierz

#### 4. Evaluación y memoria interna

Fecha inicio: 16/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Leticia Tierz

#### 5. Realización del curso de formación a nuevas enfermeras y evaluación de satisfacción y conocimientos

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 15/12/2023

Responsable.: Leticia Tierz

#### 6. Memoria final

Fecha inicio: 16/12/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Leticia Tierz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Enfermeros de nueva incorporación con formación completa

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de enfermeros que realizan el curso completo

Denominador .....: Total de enfermeros de nueva incorporación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Nivel de satisfacción de los enfermeros de nueva incorporación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Suma de la calificación de la encuesta de satisfacción

Denominador .....: Número de encuestas

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 7.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 7.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

#### 3. Mejora de los conocimientos de los enfermeros que realizan el curso

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Media de la calificación de la encuesta de conocimientos posterior menos la media de la calificación de la encuesta de conocimientos previa

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Encuesta de conocimientos

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#425

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES AL ALTA EN PACIENTES PORTADORES DE INMOVILIZACION DE MIEMBRO INFERIOR

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#425 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MUR BORRACHERO LORENA

Título  
RECOMENDACIONES AL ALTA EN PACIENTES PORTADORES DE INMOVILIZACION DE MIEMBRO INFERIOR

Colaboradores/as:  
BAFALLUY MELE MARIA DEL MAR  
DIARTE OLIVA MARTA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde el servicio de urgencias se ha observado que se podría disminuir las complicaciones de las inmobilizaciones en miembro inferior. Se ha objetivado que carece de proyecto previo. Debido a la demanda asistencial que este servicio presenta en determinadas circunstancias creemos conveniente poder tener la información por escrito en un tríptico en el cual los pacientes puedan ser conocedores de las posibles complicaciones de la inmovilización, de los cuidados de la misma; asimismo, se podría fortalecer la correcta administración de HBPM (heparina de bajo peso molecular) en caso pertinente. Muchos pacientes no son de nuestra área de salud y creemos que se les podría enseñar unos ejercicios básicos para mejorar la recuperación de las lesiones.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora de educación sanitaria al paciente.  
Desconocimiento de la técnica de administración de HBPM.  
Mejorar la técnica de ejercicios en casa.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Ausencia de tríptico/hoja informativa.  
Escasa educación sanitaria en administración de HBPM.  
Falta de fortalecimiento de los cuidados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar el conocimiento de los cuidados de la inmovilización.  
Empoderamiento del paciente en la administración de HBPM.  
Evitar/disminuir las complicaciones más comunes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Búsqueda bibliográfica de las complicaciones mas comunes.

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Lorena Mur

2. creación de contenido.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/10/2022  
Responsable.: Marta Diarte

3. Creación de tríptico/hoja informática.

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Maria del Mar Bafalluy

4. memoria intermedia.

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Lorena Mur

5. aplicación del proyecto.

Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 30/09/2023  
Responsable.: Marta Diarte

6. Encuesta de satisfacción.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#425

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES AL ALTA EN PACIENTES PORTADORES DE INMOVILIZACION DE MIEMBRO INFERIOR

Fecha inicio: 01/10/2023  
Fecha final.: 31/10/2023  
Responsable.: Maria del Mar Bafalluy

7. Curso profesionales.  
Fecha inicio: 01/11/2023  
Fecha final.:  
Responsable.: Lorena Mur

8. Memoria final.  
Fecha inicio: 01/12/2023  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Marta Diarte

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Folleto entregado a pacientes.  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de folleto entregados.  
Denominador .....: Número total de pacientes con inmovilización en miembro inferior.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: check-list  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Formación realizada por profesional de enfermería.  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de profesionales de enfermería con formación completa.  
Denominador .....: Número total de profesionales de enfermería del servicio.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: check-list formación  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Seguridad en la administración de la HBPM.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que se han sentido seguros en la administración de HBPM.  
Denominador .....: Número total de pacientes que han realizado la encuesta.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Dificultad realización ejercicios.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que se han tenido poca o ninguna dificultad.  
Denominador .....: Número total de pacientes que han realizado la encuesta.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#425

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES AL ALTA EN PACIENTES PORTADORES DE INMOVILIZACION DE MIEMBRO INFERIOR

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#427

### 1. TÍTULO

#### FOLLETO INFORMATIVO PARA LA CORRECTA ADMINISTRACION DE ENOXOPARINA SUBCUTANEA TRAS EL ALTA

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#427 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GRACIA MAIRAL AIMAR

Título  
FOLLETO INFORMATIVO PARA LA CORRECTA ADMINISTRACION DE ENOXOPARINA SUBCUTANEA TRAS EL ALTA

Colaboradores/as:  
CLAVEIRO ARA LYDIA  
LANAU SOLER NOELIA  
MAINER LOPEZ CLARA

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La enoxaparina sódica es un derivado de bajo peso molecular de la heparina, empleada como anticoagulante. Se utiliza para prevenir el desarrollo de coágulos en pacientes que están en reposo o que han sido sometidos a cirugía. En el servicio de urgencias del Hospital de Barbastro es frecuente atender muchos pacientes con patología traumática que precisan de tratamientos inmovilizadores (yesos, férulas, vendajes...) y por tanto precisan ser tratados con Enoxaparina subcutánea. Al ser dados de alta el personal de enfermería realiza una intervención educativa, se realiza la administración de la primera dosis y se explica verbalmente como realizar la administración posterior en domicilio. Con frecuencia tanto pacientes como familiares son reticentes a administrarse dicha inyección por miedo a realizarlo mal o hacer daño. Por ello creemos importante realizar un folleto informativo sobre la administración de la Enoxaparina que proporcionaríamos a la vez que se explica la técnica para que así, dispongan de la información en el domicilio que les permita tener más seguridad a la hora de realizar la técnica.

#### ÁREAS DE MEJORA

La reticencia e inseguridad de pacientes o familiares a autoadministrarse o administrar Enoxaparina subcutánea en el domicilio.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Los pacientes y familiares no están familiarizados con la técnica de administración de medicación subcutánea y no disponen de ningún medio informativo escrito ni audiovisual sobre la misma.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Proporcionar soporte escrito a pacientes sobre la técnica de administración de Enoxaparina subcutánea. Mejorar los autocuidados de los pacientes en cuanto a la técnica. Aumentar la seguridad del paciente y/o familiares.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se realizará un tríptico informativo por parte de los componentes del proyecto en el que se proporcionará información sobre la técnica de administración de Enoxaparina subcutánea en domicilio.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Enfermera

2. Educación en la administración de Enoxaparina subcutánea tras el alta del servicio y soporte con tríptico informativo.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Enfermera

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Encuesta de valoración.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que reciben el tríptico y rellenan la encuesta.  
Denominador .....: Número de pacientes totales a los que se les ha entregado el tríptico.  
x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#427

### 1. TÍTULO

#### FOLLETO INFORMATIVO PARA LA CORRECTA ADMINISTRACION DE ENOXOPARINA SUBCUTANEA TRAS EL ALTA

Fuentes de datos.: Encuestas de valoración recogidas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 500000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 500000.00

2. Número de pacientes a los que se les entrega tríptico.

Tipo de indicador: alcance

Numerador ....., Número de pacientes a los que se les entrega el tríptico.

Denominador ....., Número de pacientes a los que se les pauta enoxoparina.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de personas a los que se les ha entregado el tríptico y PCH.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 500000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 500000.00

3. Número de familiares a los que se les entrega tríptico.

Tipo de indicador: alcance

Numerador ....., Número de familiares a los que se les entrega el tríptico.

Denominador ....., Número de familiares a los que se les pauta enoxoparina.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de personas a los que se les ha entregado el tríptico y PCH.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 500000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 500000.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#452

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DEL SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE ( SET ) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.SALA DE VISITA RAPIDA.ALTA RESOLUCION

Fecha de entrada: 03/07/2022

Nº de registro: 2022#452 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MAGALLON PUY JUAN ALBERTO

Título  
PROYECTO DE MEJORA DEL SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE ( SET ) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.SALA DE VISITA RAPIDA.ALTA RESOLUCION

Colaboradores/as:  
DIESTE SILVA PURIFICACION  
GARCIA ANADON ZULEMA  
GRACIA MAIRAL AIMAR  
HURTADO PONCE GABRIEL  
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA  
MAR HERNANDEZ IRIS LIVIA  
TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Mejorar los tiempos de atención en el servicio de urgencias , aplicando priorizaciones en función del nivel de triaje , optimizando localizaciones y prioridad.

ÁREAS DE MEJORA  
Se pretende mejorar los tiempos de espera en el servicio de urgencias

ANALISIS DE CAUSAS  
Saturación de los servicio de urgencias hospitalarios

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
1.-Implantación de una consulta de visita rápida ( sala de visita rápida , Fast-track )para patología correspondiente a niveles IV y V , siguiendo las recomendaciones del SET, disminuir los tiempos de espera y descongestionar el servicio de urgencias. 2.- Determinación de criterios uniformes de activación /desactivación de la sala de visita rápida según factores de presión asistencial. 3.- Mejora y disminución de los tiempos de clasificación inicial en Triage , estableciendo estándares y criterios de calidad según el SET.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1.-Elaborar un plan de actuación sobre la base de criterios uniformes y comunes en el área de triaje y en la sala de visita rápida.

2.- Establecer circuitos de atención en el área de triaje.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/03/2023

Responsable.: Dr.Juan Alberto Magallón Puy

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Revisión de resultados cada seis meses.Puy

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de pacientes que acuden a urgencias / número de pacientes ingresados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes en urgencias

Denominador .....: número de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PAT

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.10

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.02

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.01

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.02

2. Promedio diario de pacientes

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#452

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DEL SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE ( SET ) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.SALA DE VISITA RAPIDA.ALTA RESOLUCION

Denominador .....: período de 24 h  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: PAT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Tiempo medio de espera  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Tiempo de espera  
Denominador .....: período de 24 h  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: PAT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. Tiempo de primera atención en triaje  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Llegada a servicio de urgencias  
Denominador .....: Atención por enfermera de triaje  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: PAT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

5. Tiempo medio de demora en triaje  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Inicio del triaje  
Denominador .....: Fin  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: PAT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

6. Tiempo de decisión clínica  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Fin del triaje  
Denominador .....: Inicio visita médica  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: PAT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

7. Tiempo asistencial  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Inicio de la visita médica  
Denominador .....: Fin  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: PCH  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

8. Permanencia en el servicio de urgencias  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Llegada al servicio de urgencias  
Denominador .....: Alta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: PAT y PCH  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#452

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DEL SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE ( SET ) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.SALA DE VISITA RAPIDA.ALTA RESOLUCION

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Análisis de los resultados en seis meses.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Toda la patología atendida en los servicio de urgencias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#623

### 1. TÍTULO

#### UNIFICACION Y ESTANDARIZACION DE CRITERIOS PARA LA ATENCION DE LA POBLACION PEDIATRICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#623 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AREVALO DURAN MONICA

Título  
UNIFICACION Y ESTANDARIZACION DE CRITERIOS PARA LA ATENCION DE LA POBLACION PEDIATRICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Colaboradores/as:  
BARBERA PEREZ PAULA MARIA  
FACI ALCALDE ELENA  
GRIABAL GARCIA MANUEL  
LALAGUNA MALLADA PAULA  
LANAU BELLOSTA NOELIA  
PLANA FERNANDEZ MARIANO  
TIRADO MELERO MONTSERRAT

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las urgencias pediátricas son una causa frecuente de consulta en nuestro hospital. Dicho manejo se lleva a cabo tanto por los médicos de urgencias hospitalarias como por los pediatras. Es por ello necesario una colaboración estrecha entre ambos servicios para un manejo unificado de cada patología, así como una comunicación fluida y constante que ayude a mejorar la asistencia de dichos pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la asistencia de los pacientes pediátricos en urgencias unificando criterios de actuación y creando protocolos actualizados con su posterior implementación

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Manejo multidisciplinar de las patologías urgentes en edad pediátrica requiriendo la unificación de criterios para el manejo de las mismas

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Análisis de la situación actual en las Urgencias Pediátricas del Hospital de Barbastro para detectar problemas a los que se enfrenta el personal involucrado en su atención y buscar posibles puntos de mejora
- Realizar protocolos clínicos para unificar la actuación para cada una de las patologías pediátricas más frecuentes en el Servicio de Urgencias
- Realizar reuniones periódicas para evaluar la implantación de los protocolos, así como otras posibles mejoras en el manejo de las urgencias pediátricas
- Formación y actualización del personal sanitario implicado en la atención del paciente pediátrico en el Servicio de Urgencias

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión y actualización de protocolos ya existentes en el Servicio de Urgencias para el manejo del paciente pediátrico

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: MONTSERRAT TIRADO MELERO

2. Crear nuevos protocolos de manejo de las patologías pediátricas más frecuentes en el Servicio de Urgencias

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: NOELIA LANAU BELLOSTA

3. Reuniones periódicas para valorar posibles puntos de mejora en la asistencia de las urgencias pediátricas y reevaluación de la situación actual

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: PAULA MARIA BARBERA PEREZ

4. Impartir formación al personal sanitario implicado en la atención al paciente pediátrico en Urgencias para actualizar conocimientos y presentar los protocolos realizados

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 01/09/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#623

### 1. TÍTULO

#### UNIFICACION Y ESTANDARIZACION DE CRITERIOS PARA LA ATENCION DE LA POBLACION PEDIATRICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Responsable.: MONICA AREVALO DURÁN

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Sesiones con control de asistencia al personal sanitario implicado en su atención

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de personal sanitario que ha acudido al menos a una sesión

Denominador .....: Numero total de personal sanitario implicado en su atención

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firma de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Actualizar protocolos ya existentes

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de protocolos actualizados

Denominador .....: Número de protocolos existentes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Protocolo de practica clinica

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Conocimiento del personal sanitario y la aplicación de los protocolos ya presentados

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de respuestas acertadas

Denominador .....: Número de respuestas totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionario entregado en las sesiones realizadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> URGENCIAS PEDIÁTRICAS (ENTRE LOS 0 Y LOS 13 AÑOS)

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#678

### 1. TÍTULO

#### AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES DE LA CALLE A HOSPITAL

Fecha de entrada: 17/07/2022

Nº de registro: 2022#678 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
EITO CUELLO JUAN JOSE

Título  
AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES DE LA CALLE A HOSPITAL

Colaboradores/as:  
ABELLA BARRACA SALAS  
CLAVEIRO ARA LYDIA  
DIAZ HURTADO MARCOS  
FRANCIA FRANCO FRANCISCO  
IBÁÑEZ LOPEZ MARIA SOLEDAD  
LOPEZ SANVICENTE MARIA CARMEN  
NAVASAL CORTES MIGUEL

Ubicación principal del proyecto.: H BARBASTRO

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Nuestro Sector de Salud cuenta con diferentes recursos que deben atender a la población en situaciones de urgencia, actualmente los principales son puestos de atención continuada, ambulancia medicalizada y través de los servicios de urgencias hospitalarios.

La coordinación entre todos los miembros que forman el equipo de urgencias, es vital para llegar a la excelencia en la calidad de atención al paciente.

Es complejo debido a la diversidad, por ello, debemos entrenar competencias para el trabajo en equipo.

Una de las debilidades y amenazas detectadas para una unidad de pacientes críticos en los Servicios de Urgencias Hospitalarias y Extrahospitalarias, es la diversidad de personal interviniente en el proceso.

El movimiento de personal es continuo, usando protocolos propios y la casuística variada.

En la Estrategia de Seguridad del Paciente como primera Línea estratégica dice; "Incorporar líderes clínicos que promuevan la implantación, desarrollo y evaluación de prácticas clínicas seguras en los centros/unidades. Difundir de forma periódica las recomendaciones actualizadas para evitar los cuidados sanitarios innecesarios, de escaso valor o perjudiciales para el paciente."

#### ÁREAS DE MEJORA

Dificultades de coordinación entre los profesionales que atienden a la población en situaciones de urgencia  
Distintos protocolos de actuación ante la urgencia

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Diversidad de profesionales con distinta formación, capacitación y experiencia en la atención  
Los profesionales pertenecen a distintas unidades (Pac, ambulancia medicalizada...)

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Dotar al equipo de urgencias (enfermería, medicina y personal no sanitario) de los conocimientos/habilidades necesarias para prestar una atención de calidad y seguridad clínica al paciente ante situaciones urgentes y emergentes.
- Recordar y reproducir los conceptos básicos aplicados en urgencias y emergencias en los diferentes ámbitos durante el proceso de urgencia.
- Desarrollar habilidades no técnicas como son trabajo en equipo, comunicación eficaz, liderazgo.
- Adquirir destreza con las técnicas innovadoras.

Afianzar los conocimientos para desarrollar el trabajo en equipo ante los procesos de Código ICTUS, Código INFARTO y Trauma GRAVE., unificando protocolos de urgencias y emergencias, definiendo desarrollos conjuntos de los mismos , para aumentar la seguridad de la atención

- % DE PROFESIONALES DEL EQUIPO DE URGENCIAS QUE PARTICIPAN EN LA FORMACIÓN (POR PUESTOS DE TRABAJO)

- % DE SESIONES LLEVADAS A CABO DE LAS PLANIFICADAS

- % PROFESIONALES QUE SE MUESTRAN SATISFACCIÓN ALTA O MUY ALTA CON LA SITUACIÓN LABORAL ANTES DE LA PUESTA EN

MARCHA DEL PROYECTO  
- % PROFESIONALES QUE SE MUESTRAN SATISFACCIÓN ALTA O MUY ALTA CON EL TRABAJO EN EQUIPO (ANTES Y DESPUES DE LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO)

- % PROFESIONALES QUE SE MUESTRAN SATISFACCIÓN ALTA O MUY ALTA CON EL SENTIMIENTO DE PERTENENCIA (ANTES Y DESPUES DE LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO)

- % PROFESIONALES QUE RECONOCEN ADQUISICIÓN DE DESTREZAS NECESARIAS PARA SU PUESTO DE TRABAJO TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO)

- Encuesta preproyecto para analizar situación actual del equipo de urgencias (satisfacción laboral, con el equipo, sentimiento de pertenencia). Estandar 80%

- Encuesta postproyecto (satisfacción laboral, con el equipo, sentimiento de pertenencia). Estandar 80%



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#678

### 1. TÍTULO

#### AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES DE LA CALLE A HOSPITAL

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Definición del plan de entrenamiento, competencias vinculadas, indicadores de proceso, de resultado e impacto en salud, en el Área de Urgencias, segmentado por puesto de trabajo y categoría profesional

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final: 21/10/2022

Responsable: JUAN JOSE EITO

2. Definición de la memoria técnica para el acondicionamiento de los escenarios demostradores definidos en el proyecto.

Fecha inicio: 24/10/2022

Fecha final: 28/10/2022

Responsable: JUAN JOSE EITO

3. Sesiones para desarrollo competencial de habilidades no técnicas (trabajo en equipo, comunicación eficaz, liderazgo, análisis de la situación), todas se llevarán a cabo a lo largo del año 2022-23.

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final: 20/04/2023

Responsable: JUAN JOSE EITO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % DE PROFESIONALES DEL EQUIPO DE URGENCIAS QUE PARTICIPAN EN LA FORMACIÓN (POR PUESTOS DE TRABAJO)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: numero profesiones por puesto

Denominador .....: numero total de trabajadores

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. % DE SESIONES LLEVADAS A CABO DE LAS PLANIFICADAS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: numero sesiones realizadas

Denominador .....: numero de sesiones previstas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. - % PROFESIONALES QUE SE MUESTRAN SATISFACCIÓN ALTA O MUY ALTA CON LA SITUACIÓN LABORAL ANTES DE LA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: % PROFESIONALES QUE SE MUESTRAN SATISFACCIÓN ALTA O MUY ALTA

Denominador .....: total profesionales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. - % PROFESIONALES QUE SE MUESTRAN SATISFACCIÓN ALTA O MUY ALTA CON EL TRABAJO EN EQUIPO

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: - % PROFESIONALES QUE SE MUESTRAN SATISFACCIÓN ALTA O MUY ALTA CON EL TRABAJO EN EQUIPO

Denominador .....: total profesiones

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. - % PROFESIONALES QUE RECONOCEN ADQUISICIÓN DE DESTREZAS NECESARIAS PARA SU PUESTO DE TRABAJO TRAS L

Tipo de indicador: alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#678

### 1. TÍTULO

#### AREA DE ENTRENAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES DE LA CALLE A HOSPITAL

Numerador .....: - % PROFESIONALES QUE RECONOCEN ADQUISICIÓN DE DESTREZAS NECESARIAS PARA SU PUESTO DE TRABAJO  
Denominador .....: TOTAL PROFESIONES  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#226

### 1. TÍTULO

#### LA SIERRA DE ALBARRACÍN SALVA VIDAS

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#226 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTIN CLEMENTE MANUELA

Título  
LA SIERRA DE ALBARRACÍN SALVA VIDAS

Colaboradores/as:  
PUERTO GOMEZ LUISA  
YUSTA RODRIGO CRISTINA  
CASTILLON ALFAYE IGNACIO  
ESTEVA DE ANDRES HELENA  
HERNANDEZ LAHUERTA RAMON  
PEREZ LOBERA SILVIA  
SANCHO PARRA NATALIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALBARRACIN

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALBARRACIN

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La parada cardíaca extrahospitalaria de carácter inesperado es un problema de primera magnitud para la salud pública. En nuestro país, las enfermedades cardiovasculares constituyen uno de los problemas de salud más importantes para la población. La mayoría de las muertes evitables se deben a enfermedades coronarias, y se producen en el medio extrahospitalario. Se estima que cada año se producen en España más de 24.500 paradas cardíacas, lo que equivale a una media de una cada 20 minutos, ocasionando cuatro veces más muertes que los accidentes de tráfico, y la fibrilación ventricular es la responsable inicial de hasta un 85 por ciento de las paradas cardíacas extrahospitalarias, puede revertir en un 90% de los casos si la desfibrilación se lleva a cabo en el primer minuto, mientras que por cada minuto de retraso en su realización las posibilidades de sobrevivir disminuyen de un 7 a un 10%. de forma que después de 10 minutos las posibilidades de sobrevivir son mínimas. Para combatir este problema, diversos estudios científicos de investigación han demostrado la efectividad, utilidad y el nulo riesgo de la utilización de los desfibriladores semiautomáticos en los programas de atención inmediata realizados por personal no sanitario en espacios públicos, y avalan que dicha utilización puede salvar la vida a personas que sufren una fibrilación ventricular.

#### ÁREAS DE MEJORA

En 2019 la comarca Sierra de Albarracín dotó a todas las localidades con un DEA, cada municipio decidido donde instalarlo. Se acreditó por cada DEA a una persona en cada localidad. En la actualidad de las 33 personas que se formaron solo se han reacreditado 8 personas. La mayoría de los habitantes no tienen formación/conocimientos en usar estos dispositivos ni cómo. Por lo que consideramos positivo informar a la población para que estos recursos disponibles en los municipios cumplan su objetivo y ayuden a salvar vidas, sobre todo en nuestra Sierra caracterizada por mucha dispersión y tiempos de respuesta, a veces, más grandes de lo recomendado en estas situaciones

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No existe un registro actualizado de mantenimiento y caducidades de los DEA y sus elementos. La población desconoce que es un DEA, cuando usarlo y como. En los sitios que el DEA está cerrado no está señalizado donde dirigirse para poder acceder a él.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Difusión y señalización de las ubicaciones de los DEA y de las personas formadas/capacitadas para su uso en cada localidad.

Exista un sistema de mantenimiento y caducidades controlado y actualizado.

La población sea capaz de identificar las situaciones susceptibles de uso de desfibriladores y de como usarlos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Informar del proyecto al EAP, Comarca, ayuntamientos y consejo de Salud

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Responsable del Proyecto/Cristina Yusta

2. Recabar y registrar toda la información necesaria sobre localización DEA en cada localidad, persona capacitada/formada(datos previa autorización individual), caducidades de los elementos del DEA.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Equipo de mejora. Reparto de localidades

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#226

### 1. TÍTULO

#### LA SIERRA DE ALBARRACÍN SALVA VIDAS

3. Preparación de sesión formativa para todos los talleres. Elaborar cuestionarios para evaluar el aprendizaje, mejora y satisfacción de los asistentes a los talleres

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 17/10/2022

Responsable.: Equipo de mejora.

4. Realizar 2 sesiones formativas en todo el proyecto en cada localidad. Evaluación de conocimientos previos y posteriores a cada taller. Encuesta de satisfacción

Fecha inicio: 24/10/2022

Fecha final.: 27/11/2023

Responsable.: Reparto entre todos integrantes del grupo de las localidades

5. Elaboración de paneles informativos visuales indicando ubicación del DESA y teléfonos a los que recurrir en caso de necesitarlo, de un mapa y un listado con la ubicación de los DESA en cada localidad.

Fecha inicio: 02/01/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Equipo de mejora.

6. Establecer con comarca y ayuntamientos la creación de un registro de mantenimiento, caducidades y responsables de los DEA y sus componentes. (segundo trimestre 2023)

Fecha inicio: 03/04/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Cristina Yusta /Manuela Martín

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Las sesiones formativas en la misma localidad estarán separadas como mínimo 6 meses entre una y otra. Se pasará test previo y posterior a la sesión para valorar conocimientos sobre el DEA.

Las sesiones formativas incluirán:

1.- Conceptos generales. Importancia y responsabilidad del DEA

2.-Algoritmo SVB/DEA

3.-DEAs: elementos y mantenimiento

4.- Uso del DEA

Al final de cada sesión se pasará una encuesta de satisfacción

Se geolocalizarán en mapa la ubicación de los DEA en las diferentes localidades y se dará la máxima difusión por diferentes medios (paneles informativos, web comarca y ayuntamientos).

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de talleres realizados / Nº de talleres previstos.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de talleres realizados

Denominador .....: Nº de talleres previstos

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro de sesiones planificadas e impartidas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Nº de asistentes con alto grado de satisfacción / Nº total de asistentes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de asistentes con alto grado de satisfacción

Denominador .....: Nº total de asistentes

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Resultados encuestas de satisfacción de los asistentes a los talleres. Consideraremos alto grado de satisfacción cuando el resultado de la encuesta sea en una escala de 0 a 5 resultados de 4 y 5.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Nº de personas identifican situación de cuando y como usar el DEA (adquisición de conocimientos)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de personas identifican situación de cuando usar DEA y como.

Denominador .....: Nº personas que asisten a los talleres

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Resultados test cumplimentados por los asistentes a los talleres. Test con 10 preguntas de opciones múltiples con 7 o más preguntas acertadas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#226

### 1. TÍTULO

#### LA SIERRA DE ALBARRACÍN SALVA VIDAS

4. x  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: x  
Denominador .....: x  
x(1-100-1000)....: 100  
Fuentes de datos.: x  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se elaborarán bases de datos para la recogida de datos, cronogramas con las fechas de los talleres en las localidades y persona/s a impartirlos.

Diseño de encuestas de satisfacción y test que evalúen los conocimientos adquiridos en las sesiones, adecuados al nivel educativo y edad de las personas asistentes a los talleres.

Registro de actas con las reuniones mantenidas.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#350

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA POBLACION CON DIABETES MELLITUS DM DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALFAMBRA. OCTUBRE DEL 2022 – OCTUBRE 2024

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#350 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ASTUDILLO COBOS JUAN RAMON

Título  
MEJORA EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA POBLACION CON DIABETES MELLITUS DM DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALFAMBRA. OCTUBRE DEL 2022 - OCTUBRE 2024

Colaboradores/as:  
ARMENGOD VALERO MARIA-JESUS  
CUADRADO GARCIA MONICA  
FABIAN PAULINO JOSE GREGORIO  
LEAL DELUQUE AMADID  
MARTIN SANCHEZ ANDREA  
MENDEZ CAÑETE YOLANDA  
PUPO ALVAREZ JOSE ANTONIO

Ubicación principal del proyecto.: CS ALFAMBRA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALFAMBRA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica y progresiva con alta prevalencia, cabe esperar un aumento importante a medio y largo plazo si no se ponen los medios adecuados para su control. El estudio Di@bet.esDi@bet.es sitúan la prevalencia en España en el 13,8% en mayores de 18 años. Un 7,8% corresponde a casos de DM tipo 2 conocida, mientras que un 6% de la población española desconoce que son diabéticos. El envejecimiento de la población, el aumento progresivo de la obesidad y el estilo de vida occidental son los factores determinantes de la creciente prevalencia de la diabetes en el mundo. El mayor problema es su capacidad para desarrollar complicaciones, sobre todo en aquellos que presentan un mal control, siendo la primera causa de ceguera, de tratamiento sustitutivo renal (diálisis o trasplante) y de amputación traumática en los países desarrollados. También se asocia con enfermedad cardiovascular, que son la primera causa de muerte en diabéticos, siendo en muchos pacientes causa de muerte prematura. Afortunadamente, sabemos que es posible reducir y retrasar la aparición de estas complicaciones mediante el control adecuado de la glucemia y del resto de FRCV.

#### ÁREAS DE MEJORA

Conocer la prevalencia e incidencia real de los pacientes con DM o en situación de riesgo para desarrollarla, adecuada monitorización y evaluación del control metabólico, cumplimiento terapéutico, el uso y administración de los medicamentos. Mejorar el autocuidado mediante charlas educativas, entrega de información escrita acerca de su estado de salud y participar en su propio cuidado. Actualización, y optimización en el manejo de la plataforma OMI -AP por el personal sanitario, desarrollar un correcto plan de cuidados personales y planificación multidisciplinaria.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de una línea base de la situación actual, Factores de riesgo, bajo porcentaje de un adecuado control metabólico, falta de valores óptimos de Hb Alc, Aparición temprana de complicaciones. Poco conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad, débil empoderamiento para participar en su propio cuidado, falta de una planificación multidisciplinaria, falta de generación de vínculo con el paciente debido a cambios permanentes del personal sanitario, o por falta de los mismos, sobrecarga de trabajo y deficiente formación continua, falta de toma de decisiones terapéuticas compartidas. Falta de manejo adecuado de los programas informáticos como OMI-AP, deficiente registro de actividades realizadas como instrumento de verificación de las actividades.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Conseguir un adecuado control metabólico, de factores de riesgo, y HbAlc, partiendo como línea base la elaboración de un diagnóstico de la situación actual, que nos ayude a promover el conocimiento, e información adecuada de la enfermedad, para mantener la funcionalidad y mejor calidad de vida, en los pacientes Diabéticos de la ZBS Alfambra.  
- Obtener una línea base de Salud.  
- Manejo adecuado del programa OMI- AP mediante la optimización del control de HbAlc por parte del personal médico de AP.  
- Promover un aumento de conocimientos, empoderamiento, autocuidado y gestión de la enfermedad.  
- Mejorar la realización del programa de pie diabético y fomentar el autocuidado para prevenir complicaciones.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Actualización de la línea base de salud y sus indicadores.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#350

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA POBLACION CON DIABETES MELLITUS DM DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALFAMBRA. OCTUBRE DEL 2022 – OCTUBRE 2024

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Gregorio Fabián, Mónica Cuadrado

2. Reuniones del equipo para la tabulación de los datos y el análisis de los mismos.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 18/11/2022

Responsable.: Juan Astudillo, Yolanda Mendez

3. Sesiones clínicas con los miembros del equipo para actualización en el manejo del programa OMI- AP revisar procedimientos de valoración.

Fecha inicio: 24/11/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Andrea Martin, Amadid Leal

4. Recogida de datos del cuadro de mandos de indicadores que se realiza trimestralmente. HbA1c, Pie diabético.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 24/10/2022

Responsable.: José A Pupo, Ma Jesús Armengod

5. Sesión clínica con los miembros del equipo para revisar el procedimiento de valoración del pie diabético. valores óptimos de control de HbA1c.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Monica Cuadrado, Juan Astudillo

6. Elaboración y realización de encuestas para la población sobre conocimientos acerca de la DM previo a la intervención educativa y post intervención.

Fecha inicio: 08/12/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Ma Jesús Armengod, Yolanda Mendez

7. Elaboración del cronograma y contenido a tratar en los talleres dirigidos a los pacientes.

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 27/05/2024

Responsable.: Andrea Martin, Gregorio Fabián

8. Elaboración de un díptico sobre hábitos higienico-dietéticos.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 27/03/2023

Responsable.: Monica Cuadrado José Pupo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Elaboración de informe de seguimiento y evaluación de las actividades propuestas con su grado de cumplimiento entre los meses de abril a julio según evolución y resultados se elaborará el cronograma con las actividades a realizar en 2023 - 2024.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número/porcentaje de reuniones y sesiones realizadas para la elaboración de la línea base de salud

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de Profesionales que participan

Denominador .....: Número de profesionales del EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI - AP. memorias de las reuniones, y sesiones clínicas

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de pacientes con al menos un registro de HbA1c en los DGP.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de Pacientes con DM con al menos un registro HbA1c

Denominador .....: Número de Pacientes con DM a cargo del EAP de Alfambra

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI -AP cuadro de mandos

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#350

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA POBLACION CON DIABETES MELLITUS DM DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALFAMBRA. OCTUBRE DEL 2022 – OCTUBRE 2024

3. % Sesiones clínicas con EAP para actualización en el manejo del programa OMI- AP

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de profesionales que reciben las sesiones

Denominador .....: N° de profesionales del EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Memorias y actas de las sesiones clínicas

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % de revisión pie diabético con periodicidad según riesgo alto, medio o bajo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de Número de Pacientes con seguimiento adecuado del pie diabetico

Denominador .....: N° total de pacientes Diabeticos del EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI -AP cuadro de mandos

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. % de pacientes que acuden a las charlas de educación sobre diabetes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de Pacientes Diabeticos que reciben el taller

Denominador .....: N° de pacientes Diabeticos del EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Talleres realizados

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. % de Pacientes que realizan la encuesta sobre conocimiento en DM

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de Pacientes Diabeticos que realizan la encuesta

Denominador .....: N° de pacientes Diabeticos del EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas realizadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

7. % de pacientes con todos los ITEMS correctos en el cuadro de mandos de cada profesional

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de Pacientes DM, con ITEMS adecuados en OMI- AP por profesional

Denominador .....: N° total de pacientes DM del EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP cuadro de Mandos

Est.Mín.1ª Mem ..: 55.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Un documento con la información actualizada con el número de ptes Dx de DM de la ZBS, FR, sus complicaciones. su tabulación y analisis.

Memoria de las reuniones y sesiones realizadas,

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#106

### 1. TÍTULO

#### MEJORA TUS HABITOS DE SALUD Y CONTROLA TU PESO

Fecha de entrada: 13/06/2022

Nº de registro: 2022#106 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHEZ MOLINA EVA MARIA

Título  
MEJORA TUS HABITOS DE SALUD Y CONTROLA TU PESO

Colaboradores/as:  
MARTIN GARGALLO JORGE  
FERRER SOROLLA RUBEN  
GUILLEN GASCON SONIA  
LLERA BUESO GUILLERMINA  
MARTIN ETXEBERRIA SILVIA SUSANA  
MARTINEZ LOZANO AGUSTIN  
ORTIZ DOMINGUEZ LAURA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALIAGA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALIAGA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El proyecto que queremos realizar, es un proyecto comunitario donde se pretende promover hábitos de vida saludables que faciliten la pérdida de peso, de forma progresiva, mejorando los conocimientos sobre nutrición y estimulando a realizar mas ejercicio físico. Con ello, intentamos romper ese círculo vicioso que impide muchas veces el control de peso. De este modo, mejoraremos la salud general, actuando sobre los FRCV de aquellos pacientes que además de obesidad o sobrepeso presentan HTA, DL, o DM.

Comenzaremos con un grupo de personas de unos 10- 15 pacientes con sobrepeso u obesidad, de entre 30 y 70 años que puedan realizar ejercicio físico regular. Los captaremos en la consulta. A los pacientes que incluimos se les hará una entrevista motivacional, valoraremos aquellos factores que pueden determinar o dificultar el cambio y veremos cual es la percepción de autoeficacia que presenta cada uno.

Para clasificar nuestros pacientes en obesos o con sobrepeso, usaremos el IMC y los límites establecidos por la SEEDO. A este grupo de pacientes, los seguiremos durante un año, con controles regulares de peso. Realizaremos atención individualizada y de grupo con talleres diversos a lo largo del año, donde se irán formando en diversas áreas, nutricionales, actividad física y emocional. Se harán controles de sus FRCV, de peso, así como de su estado físico y mental. Tras un año de seguimiento, se hará una valoración general del grupo e intentaremos ampliar el proyecto a una población mayor. Aquellas personas que han conseguido mejores objetivos y que han estado más implicados en el proyecto, podrán ejercer de tutores de los nuevos integrantes, si así lo desean.

La obesidad es una enfermedad crónica cuya prevalencia en las últimas décadas ha aumentado, afectando a más del 20 % de la población española entre 25-64 años y aumenta con la edad. Es una enfermedad multifactorial con tendencia epidémica y que predispone a otras enfermedades como HTA, dislipemia, diabétes, incluso se ha relacionado con algunos tipos de cáncer y patologías osteoarticulares.

En España presentan sobrepeso casi el 40 % de la población adulta.

En Aragón las estadísticas no son mucho más esperanzadoras, en torno al 15 % y 35 % de la población adulta presenta obesidad y sobrepeso respectivamente, datos en constante aumento.

En nuestra ZBS hemos encontrado que entre la población de 30 a 70 años, presentan sobrepeso un 40% y son obesos el 29 %, datos muy alarmantes.

La etiología de la obesidad, está relacionada con factores genéticos y medioambientales. Otro factor importante es la insuficiente actividad física. Gran parte de la población presenta trabajos sedentarios, están cambiando las formas de divertirse, los niños ven más la televisión, usan juegos informáticos y salen menos a la calle. La OMS estima que si erradicamos la obesidad, disminuiría en aproximadamente un 60 % la DM, un 20 % las Coronariopatías y los ACV, y hasta un 30% la HTA. Además el ejercicio físico moderado fortalece la musculatura disminuyendo el riesgo de caídas y mejora la movilidad en personas mayores, además de disminuir el riesgo de DM, cáncer de colon, mama, ACV y fracturas de cadera.

Con este proyecto pretendemos mejorar la salud de la población de nuestra ZBS y evitar futuros problemas asociados a la obesidad. A través de la educación para la salud, pretendemos aumentar los conocimientos sobre hábitos saludables de nuestro grupo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Educar a la población sobre medidas dietéticas para disminuir la probabilidad de presentar obesidad y /o sobrepeso que a su vez influirán sobre otros FRCV.  
Mejorar la autoestima de la población participante.  
Mejorar la condición física de todos los participantes en el proyecto.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Analizar comportamiento alimenticio  
Analizar la relación sobrepeso/obesidad y autoestima  
Analizar hábitos de actividad física

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#106

### 1. TÍTULO

#### MEJORA TUS HABITOS DE SALUD Y CONTROLA TU PESO

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Objetivos generales relacionados con el bienestar emocional y de superación de nuestro grupo:  
Mejorar la autoestima general, mermada por la propia obesidad o sobrepeso así como el sentirse físicamente en baja forma.

Mejorar el estado físico del grupo, aumentando su resistencia y fuerza física.

-Objetivos particulares

Disminuir el peso corporal de nuestros pacientes

Mejorar el control de otros FRCV como DM, DL e HTA.

La población a la que va dirigido, es a un grupo pequeño de unas 10 personas, que podrá ampliarse progresivamente hasta máximos 15. Edades medias comprendidas entre 30 - 70, posteriormente se extenderá a toda la población interesada perteneciente a la ZBS de Aliaga.

De forma individual, se harán controles de peso, Tensión, IMC, motivación y seguimiento de los consejos. Se valorarán las dificultades de cada uno y los logros obtenidos. Cada paciente tendrá un cuaderno con su propio recetario, que podrá compartir y exponer posteriormente en los talleres

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de ficha individual del paciente con peso, talla, IMC, pliegue cutáneo y FRCV

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Eva M. Sánchez Molina

2. Cuestionario de autoeficacia y adherencia a dieta mediterránea.

Fecha inicio: 6/6/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Guillermina Llera Bueso

3. Autoregistro de alimentación y ejercicio físico.

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Guillermina Llera Bueso

4. Analítica cada 6 meses y toma de constantes cada mes.

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final.: 29/12/23

Responsable.: Eva M Sánchez Molina

5. Realización de talleres conjuntos, sobre obesidad, alimentación, etiquetado, ejercicio físico, recetas saludables y motivacionales.

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final.: 29/12/23

Responsable.: Eva M. Sánchez Molina

6. Salidas y excursiones en grupo al aire libre.

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Guillermina Llera Bueso

7. Apertura de consulta monográfica de educación grupal.

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final.:

Responsable.: Silvia Martin Etxeberria

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes obesos y con sobrepeso que pierden 10 % de su peso o más en un año

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de obesos y con sobrepeso que en un año han perdido 10% de su peso

Denominador .....: número de obesos y con sobrepeso que han participado en el proyecto.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: GRUPO DE ESTUDIO

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 22.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

2. Porcentaje de pacientes con obesidad que pasan a normopeso o sobrepeso en un año

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con normopeso o sobrepeso en un año

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#106

### 1. TÍTULO

#### MEJORA TUS HABITOS DE SALUD Y CONTROLA TU PESO

Denominador .....: número de pacientes con obesidad que han participado en el taller.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: GRUPO DE ESTUDIO  
Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

3. Porcentaje de pacientes que al terminar el proyecto han mejorado emocionalmente  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que al terminar el proyecto refieren mejoría emocional  
Denominador .....: número de pacientes que han participado en el proyecto  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: GRUPO DE ESTUDIO  
Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 35.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. Porcentaje de pacientes que asisten a todos los talleres  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de pacientes que asisten a todos los talleres  
Denominador .....: número de pacientes incluidos en el proyecto  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: GRUPO DE ESTUDIO  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

5. Porcentaje de pacientes que están dispuestos a colaborar con nosotros para futuros talleres, esto se  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que colaborarán con el centro de salud en futuros talleres  
Denominador .....: número de participantes del proyecto  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: GRUPO DE ESTUDIO  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#284

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DE LA FRAGILIDAD EN EL ANCIANO DE LA ZBS ALIAGA (TERUEL)

Fecha de entrada: 25/06/2022

Nº de registro: 2022#284 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GUILLEN GASCON SONIA

Título  
VALORACION DE LA FRAGILIDAD EN EL ANCIANO DE LA ZBS ALIAGA (TERUEL)

Colaboradores/as:  
FERRER SOROLLA RUBEN  
MARTIN ETXEBERRIA SILVIA SUSANA  
MARTINEZ LOZANO AGUSTIN  
NAUDIN ROYO CESAR  
ORTIZ DOMINGUEZ LAURA  
PUEYO UCAR ALICIA  
SANCHEZ MOLINA EVA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALIAGA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALIAGA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la ZBS de Aliga (Teruel) un alto porcentaje de la población tiene más de 70 años, para determinar el volumen de pacientes que se alcanzarán en el proyecto, utilizaremos el listado de la cartera de servicios del Programa de Detección de Problemas del Anciano, ajustándolo en franja de edad de 70 - 75 o mayores, en dependencia del volumen de la muestra.

El 18% de los mayores de 65 tienen algún grado de dificultad para moverse sin ayuda y en los mayores de 75 años este dato aumenta hasta el 50%.

La salud de las personas mayores se debe medir en términos de función y no de enfermedad, pues es aquella, la que determina la expectativa de vida, la calidad de vida y los recursos o apoyos que precisará cada población. El objetivo es mantener un nivel de función que permita el mayor grado de autonomía posible en cada caso.

La situación funcional previa al desarrollo de discapacidad y dependencia es uno de los mejores indicadores del estado de salud y resulta mejor predictor de discapacidad incidente que la morbilidad. Un acercamiento a ello es el concepto de fragilidad. Prevenir la discapacidad actuando sobre la fragilidad es posible, dado que esta última se puede detectar y es susceptible de intervención. La fragilidad es un estado de pre-discapacidad, de riesgo de desarrollar nueva discapacidad desde una situación de limitación funcional incipiente, y su importancia es que se centra en la funcionalidad y no focaliza en el diagnóstico de enfermedad.

La fragilidad es un buen predictor de eventos adversos de salud a corto, medio y largo plazo. Cada vez más estudios sustentan el hecho de que, en la población mayor, es mejor predictor de eventos adversos y discapacidad incidente que otros parámetros como la comorbilidad o multimorbilidad.

Así lo apunta el estudio Fragilidad y Dependencia en Albacete (FRADEA), que ha puesto de manifiesto, en población mayor de 70 años, que la fragilidad supone un riesgo ajustado de mortalidad 5,5 veces mayor, un riesgo de nueva discapacidad 2,5 veces mayor y un riesgo de pérdida de movilidad 2,7 veces mayor. La fragilidad se asocia a mayor edad, sexo femenino, mayor carga de enfermedad, discapacidad y deterioro cognitivo, entre otros factores, y entre sus causas se han identificado factores genéticos, hormonales, inflamatorios, de estrés oxidativo, neuromusculares, energéticos y nutricionales.

#### ÁREAS DE MEJORA

Prevenir las caídas provocadas por una situación de fragilidad en nuestra población.  
Favorecer un envejecimiento saludable en nuestra población.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Partimos de una población envejecida y polimeditada que se beneficiaría de nuestra intervención.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Promover actividades saludables en personas mayores para retrasar el deterioro funcional asociado a la edad.
- Disminuir el riesgo de caídas en mayores de 70 años.
- Mejorar la salud percibida y aumentar la independencia en esta población.
- Detectar fragilidad para mejorar la funcionalidad.
- Mejorar el control de otros factores de riesgo relacionados como: nutricionales, neuromusculares, etc.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Consejo nutricional y dietético.

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 02/10/2023  
Responsable.: Laura Ortiz Domínguez

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#284

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DE LA FRAGILIDAD EN EL ANCIANO DE LA ZBS ALIAGA (TERUEL)

2. Ejercicio físico PERSONALIZADO según FUNCIONALIDAD

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 02/10/2023  
Responsable.: César Naudín Royo

3. REVISIÓN MEDICACIÓN EN BUSQUEDA DE POSIBLES EFECTOS QUE EMPEOREN LA FUNCIONALIDAD ( BZD, CORTICOTERAPIA... ) según criterios STOPP/START

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 02/10/2023  
Responsable.: Rubén Ferrer Sorolla

4. ESTUDIO INDIVIDUAL DE POSIBLES BARRERAS ARQUITECTÓNICAS EN EL HOGAR.

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 02/10/2023  
Responsable.: Silvia Martín Etxeberria

5. INCLUSIÓN EN PROGRAMA DE ANCIANOS A PACIENTES EN EDADES COMPRENDIDAS 70-75 AÑOS.

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 02/10/2023  
Responsable.: Eva María Sánchez Molina

6. REVISIÓN Y SEGUIMIENTO DE PROGRAMAS DEL ANCIANO .

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 02/10/2023  
Responsable.: Agustín Martínez Lozano

7. USO DE ESCALAS VALIDADAS PARA DETECCIÓN DE FRAGILIDAD Y RIESGO DE CAIDAS.

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 02/10/2023  
Responsable.: Alicia Pueyo Ucar

8. ANALIZAR LOS RESULTADOS DEL PROYECTO Y REALIZAREMOS VARIAS REUNIONES ENTRE LOS MIEMBROS PARA SACAR CONCLUSIONES Y COMPARTIRLAS.

Fecha inicio: 03/04/2023  
Fecha final.: 05/05/2023  
Responsable.: Sonia Guillén Gascón

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Se recomendará Actividad Física Multicomponente recogida en Documento de Consenso sobre Prevención de Fragilidad y Caídas en la Persona Mayor englobada dentro de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.
- Para la valoración de Barreras Arquitectónicas se seguirá una plantilla de valoración de riesgos recogida en el Documento de Consenso sobre Prevención de Fragilidad y Caídas en la Persona Mayor ( Anexo 8) realizada al paciente o en visita domiciliaria.
- Como Escalas de Fragilidad se utilizará el SPPB que recoge 3 pruebas de ejecución, que valoran el equilibrio, velocidad de la marcha y levantarse de la silla. Recogidas en el mismo Documento ( Anexo 4).
- Para valorar el riesgo de caídas se va a realizar un cribado de 3 preguntas, también recogido en el documento anteriormente citado.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de población que mejora el resultado al realizar SPPB

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Población que mejora en la prueba a los 6 meses  
Denominador .....: Población que está presente al inicio del estudio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI - AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

2. Porcentaje de población que mejora el resultado al realizar Cribado de riesgo de caídas

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Población que mejora en la encuesta a los 6 meses  
Denominador .....: Población que está presente al inicio del estudio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI- AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#284

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DE LA FRAGILIDAD EN EL ANCIANO DE LA ZBS ALIAGA (TERUEL)

3. Porcentaje de población con alto riesgo de caídas que sufre alguna caída tras la intervención.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Población con alto riesgo de caídas que sufre alguna caída tras la intervención

Denominador .....: población total incluida en el estudio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 3.00

4. Porcentaje de población >70 años sobre la que se ha realizado valoración del riesgo de caídas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Porcentaje de población mayor de 70 años sobre la que se ha realizado valoración del riesgo de caídas

Denominador .....: POBLACIÓN TOTAL MAYOR DE 70 AÑOS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI - AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. Porcentaje de población >70 años frágil a la que se ha realizado intervención

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Porcentaje de población mayor de 70 años frágil a la que se ha realizado intervención (programa de actividad física)

Denominador .....: POBLACIÓN TOTAL MAYOR DE 70 AÑOS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI - AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

6. Porcentaje de población captada en el programa

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Porcentaje de población captada en el programa

Denominador .....: Población Total de población mayor de 70 años

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Fragilidad sin asociar a una patología en concreto.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#171

### 1. TÍTULO

#### ESTABILIZACION Y DESARROLLO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN EL C.S. CALAMOCHA

Fecha de entrada: 18/06/2022

Nº de registro: 2022#171 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
IBÁÑEZ SANTA CRUZ MARCOS

Título  
ESTABILIZACION Y DESARROLLO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN EL C.S. CALAMOCHA

Colaboradores/as:  
ALAMAN VICENTE ALBERTO  
BALLESTEROS ABAD ANA  
DE LA PAZ FIGUEROO LEONEL  
GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL  
INUÑEZ PEÑA PILAR  
LAZARO BELLA MERCEDES  
SANCHO ALIJARDE SARA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CS CALAMOCHA

Servicio/Unidad principal .....: EAP CALAMOCHA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La ecografía clínica pretende acercar esta técnica diagnóstica al lugar y al momento clínico. Aporta tres grandes ventajas, la de ofrecer respuesta inmediata a la pregunta asistencial, la de proporcionar al resultado la correlación clínica necesaria para la toma de decisiones y que todo se realiza por el mismo profesional. Además se trata de una prueba exenta de efectos secundarios, segura, no invasiva y coste efectiva. En este sentido el Servicio Aragonés de salud incluye la ecografía en la cartera de servicios de Atención Primaria desde 2018 y ha dotado con 32 equipos a diferentes centros de salud.

Este proyecto en el C.S. Calamocha es la continuación de otro proyecto de calidad que se presentó en enero de 2020 pero que se tuvo que suspender debido a la pandemia de la COVID.

El C.S. Calamocha dispone de ecógrafo y sus profesionales han recibido formación previa en ecografía.

Durante los años 2020 y 2021 se han realizado ecografías clínicas a aquellos pacientes que su MAP le solicitaba una ecografía reglada en el hospital Obispo Polanco y se procedía a comparar los hallazgos. Cualitativamente se objetivó que los resultados eran concordantes.

Tras este primer paso de implantación y puesta en marcha de la ecografía clínica planteamos una segunda fase en la que realizar ecografías de manera sistemática a un grupo poblacional en el que se presupone una alta prevalencia de patologías abdominales, como por ejemplo en aneurismas de aorta abdominal.

Los aneurismas de aorta abdominal (tamaño aorta de 3 cm o mayor) aunque son procesos de baja frecuencia, afectando al 5% de varones mayores de 65 años, producen una mortalidad elevada en aquellos pacientes que los padecen. Los varones de entre 65 y 75 años que hayan sido fumadores (haber fumado 100 o más cigarrillos) son los que más riesgo presentan de padecer esta enfermedad. Además la provincia de Teruel no dispone de cirugía vascular y al riesgo inherente de la propia patología hay que añadir los secundarios a traslados interhospitalarios. Conocer qué pacientes tienen aneurisma de aorta podría mejorar los datos de supervivencia en caso de presentarse complicaciones agudas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la capacidad diagnóstica desde Atención Primaria

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La carga asistencial del sistema de salud justifica que desde Atención Primaria podamos hacer un uso adecuado de la ecografía clínica.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Incluir la ecografía clínica en las actividades asistenciales del centro

Incrementar el nivel de salud de nuestra población

Consolidar los conocimientos ecográficos del equipo asistencial.

Disminuir los tiempos de espera para la realización de ecografías

Perfeccionar los motivos de derivación a Atención Especializada

Disminuir los desplazamientos de los pacientes

Conocer la prevalencia de aneurismas de aorta abdominal en nuestra población de varones de 65 a 75 años y que hayan sido fumadores.

Estudiar los factores de riesgo asociados a esta patología y su relación con el tamaño aórtico.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Crear un grupo de trabajo multidisciplinar.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Miguel Ángel Gimeno



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#171

### 1. TÍTULO

#### ESTABILIZACION Y DESARROLLO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN EL C.S. CALAMOCHA

2. Realizar hoja explicativa para el paciente.

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Leonel De La Paz

3. Realizar un listado de varones de entre 65 y 75 años de nuestra área de salud.

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Sara Sancho

4. Realizar contacto telefónico para conocer el antecedente de tabaquismo y otros factores de riesgo cardiovascular.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Mercedes Lázaro.

5. Ofrecer la posibilidad de estudio ecográfico clínico abdominal en el C.S. Calamocha a aquellos pacientes que cumplan criterios (varón entre 65 y 75 años con antecedente de tabaquismo).

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Pilar Inúñez

6. Realización de ecografías clínicas abdominales, medición sistematizada de tamaño aórtico.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Marcos Ibáñez

7. Realizar el estudio estadístico de los datos recogidos.

Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.:  
Responsable.: Alberto Alamán

8. Realizar hojas de registro de datos.

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 20/01/2023  
Responsable.: Ana Ballesteros

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Aquellas patologías que se diagnostiquen mediante ecografía clínica durante la duración del proyecto se confirmarán mediante ecografía reglada en atención especializada y se derivarán si lo requieren para control y tratamiento.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de asistentes a las sesiones clínicas

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de asistentes a las sesiones clínicas  
Denominador .....: Número total de componentes del equipo de atención primaria  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Plantilla del EAP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

2. Nº de contactos telefónicos realizados

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de contactos telefónicos entre varones de 65 a 75 años con antecedente de tabaquismo  
Denominador .....: Nº total de varones entre 65 y 75 años en el área básica de salud de Calamocha  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 97.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 99.00

3. Nº de ecografías clínicas realizadas

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de ecografías clínicas realizadas entre varones de 65 a 75 años con antecedente de tabaquismo  
Denominador .....: Nº total de varones entre 65 y 75 años con antecedente de tabaquismo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#171

### 1. TÍTULO

#### ESTABILIZACION Y DESARROLLO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN EL C.S. CALAMOCHA

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. N° de patologías diagnosticadas en AP  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de patologías diagnosticadas en AP a partir de las ecografías clínicas realizadas  
Denominador .....: N° de ecografías clínicas realizadas entre varones de 65 a 75 años con antecedente de tabaquismo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 7.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 9.00

5. Correlación de los datos ecográficos de primaria con los de especializada  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de patologías diagnosticadas en A. Especializada  
Denominador .....: N° de patologías diagnosticadas en AP  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 93.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 97.00

6. Tamaño de la aorta abdominal de la muestra. Medidas de tendencia central y dispersión  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Tamaño de la aorta abdominal de la muestra. Medidas de tendencia central y dispersión  
Denominador .....: Tamaño de la aorta abdominal de la muestra. Medidas de tendencia central y dispersión  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

7. Relación entre los factores de riesgo/factores protectores y el tamaño aórtico  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Relación entre los factores de riesgo/factores protectores y el tamaño aórtico  
Denominador .....: Relación entre los factores de riesgo/factores protectores y el tamaño aórtico  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

8. Prevalencia de aneurisma de aorta abdominal  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de aneurismas de aorta abdominal diagnosticados a partir de las ecografías clínicas realizadas  
Denominador .....: N° total de varones entre 65 y 75 años con antecedente de tabaquismo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 6.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Hombres

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#171

### 1. TÍTULO

#### ESTABILIZACION Y DESARROLLO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN EL C.S. CALAMOCHA

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#366

### 1. TÍTULO

#### FORMACION DE DOCENTES EN EL MANEJO DE URGENCIAS PEDIATRICAS EN CENTROS EDUCATIVOS

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#366 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HIGUERAS SANJUAN PAULA

Título  
FORMACION DE DOCENTES EN EL MANEJO DE URGENCIAS PEDIATRICAS EN CENTROS EDUCATIVOS

Colaboradores/as:  
BALLESTEROS ABAD ANA  
CALVO CONS ANA MARIA  
GOMEZ GALVE LUCIA  
POLO BLASCO MARIA LUZ  
PUEYO UCAR CRISTINA  
SANCHO ALIJARDE SARA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CS CALAMOCHA

Servicio/Unidad principal .....: EAP CALAMOCHA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Consideramos que existe escasa formación en los docentes en cuanto al manejo de urgencias vitales que pueden ocurrir a los alumnos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la competencia de los docentes en la primera atención de urgencias pediátricas en centros escolares

#### ANALISIS DE CAUSAS

Dado que los centros educativos de nuestra zona básica de salud carecen de enfermería escolar, creemos necesario que las personas que atienden y acompañan a los niños durante las clases y tiempos de recreo y comedor deben tener unas nociones básicas para reconocer y actuar en situaciones graves que pueden ocurrir a los alumnos en general y sobre todo a aquellos que padecen alguna enfermedad crónica que pueda presentar complicaciones, como Epilepsia o Diabetes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo final: mejorar la actuación de los docentes ante una urgencia médica que afecta a un alumno en un centro educativo, hasta la llegada del personal sanitario.

Objetivos intermedio: mejorar la competencia de los docentes en el manejo de la urgencias pediátricas y mejorar la comunicación entre docentes y sanitarios para trasladar correctamente la información del paciente en la llamada al centro de salud..

Va dirigido a los docentes que trabajan en dichos centros y al personal que atiende a los alumnos en el comedor escolar.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formar un grupo de trabajo sobre el tema

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 08/09/2022

Responsable.: Paula Higuera Sanjuan

2. Elaborar un cronograma

Fecha inicio: 08/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Paula Higuera Sanjuán

3. Distribuir tareas a realizar

Fecha inicio: 08/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Paula Higuera Sanjuán

4. Definir contenidos de las clases

Fecha inicio: 16/09/2022

Fecha final.: 22/09/2022

Responsable.: Paula Higuera Sanjuán

5. Acordar fecha de realización de las actividades con cada centro educativo (no es posible hacerlo previo al inicio del curso 2022-2023 )

Fecha inicio: 22/09/2022

Fecha final.: 29/09/2022

Responsable.: Paula Higuera Sanjuán

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#366

### 1. TÍTULO

#### FORMACION DE DOCENTES EN EL MANEJO DE URGENCIAS PEDIATRICAS EN CENTROS EDUCATIVOS

6. Elaborar encuestas de conocimientos pre-post formación

Fecha inicio: 22/09/2022

Fecha final.: 29/09/2022

Responsable.: Paula Higuera Sanjuán

7. Elaborar encuestas de satisfacción

Fecha inicio: 22/09/2022

Fecha final.:

Responsable.: Paula Higuera Sanjuán

8. Impartir las clases en cada uno de los centros educativos y realizar la evaluación posterior.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Paula Higuera sanjuán

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Nos pondremos en contacto con los centros educativos de nuestra zona básica de salud para ofertarles esta actividad formativa y acordar las fechas en las que pueda llevarse a cabo durante el curso 2022-2023. Dado que hasta el inicio del curso puede haber cambios entre el personal de cada claustro y no se definen aun horarios de reunión del mismo, esperaremos a entonces para acordar las fechas idóneas para llevar a cabo la actividad en cada centro educativo. La formación constará de dos partes, una teórica y otra práctica, de aproximadamente 90 minutos de duración cada una. En la primera se explicarán las posibles emergencias pediátricas que pueden ocurrir a los alumnos y en la segunda se practicará con muñecos y materiales para realizar simulacros de posibles casos clínicos.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Mejora en los conocimientos teóricos, aumento de al menos 20% de aciertos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de aciertos en las preguntas planteadas en las encuestas de evaluación de conocimientos

Denominador .....: Número de preguntas planteadas en las encuestas de evaluación de conocimientos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas pre-post actividad formativa realizadas por los asistentes a la misma.

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Asistencia a la actividad formativa

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de docentes que realizan la actividad formativa

Denominador .....: Número total de docentes de los centros educativos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas de asistencia a la actividad recogidas al final de la misma.

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

A través de la Dirección de los centros educativos obtendremos la relación de docentes y personal de comedor que trabaja en ellos, para poder valorar mediante la hoja de firmas de asistencia a las clases la acogida que ha tenido nuestra iniciativa. Antes de iniciar las clases se pasará a los asistentes una encuesta para evaluar sus conocimientos sobre el tema. Se repetirá la misma encuesta una vez finalizada la formación, esperando una mejora el el porcentaje de aciertos de las mismas. Así mismo se incluirá una evaluación de la actividad por parte de los asistentes a la misma.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Urgencias pediátricas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#382

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#382 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL

Título  
OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE EN ATENCION PRIMARIA

Colaboradores/as:  
CHOLIZ MUNIESA SANTIAGO  
GARGALLO BERNAD CESAR  
GIL VALERO CARLOS-PASCUAL  
GONZALEZ ENGUITA MANUEL  
INUÑEZ PEÑA PILAR  
PUEYO UCAR CRISTINA  
VICENTE AMATRIAIN ELENA

Ubicación principal del proyecto.: CS CALAMOCHA

Servicio/Unidad principal .....: EAP CALAMOCHA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las enfermedades del sistema circulatorio son la primera causa de muerte para el conjunto de la población española. La hipercolesterolemia es el factor de riesgo más prevalente y afecta al 50% de la población adulta española. Basándonos en las guías europeas para el manejo de las dislipemias para prevención de la enfermedad cardiovascular, las estatinas constituyen el tratamiento más eficaz y seguro el cLDL y la ECV. El uso en prevención primaria de ezetimiba, fibratos o ácidos omega 3 asociados a estatina no se recomienda al carecer de evidencia consistente de su efectividad en variables clínicas y de seguridad, por lo que su uso debería quedar limitado a paciente de muy alto riesgo que no toleren tratamiento con estatinas. Dada la relevancia que tiene un buen control de las dislipemias, creemos que es oportuno elaborar un proyecto de calidad que nos sirva para optimizar el uso de hipolipemiantes, mejorando así la calidad de vida de nuestros pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Prescripción inadecuada de hipolipemiantes combinados.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Codificación inadecuada de la prescripción vs. prescripción fuera de indicación.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La población diana son los pacientes en tratamiento hipolipemiante pertenecientes a la zona básica del centro de salud de Calamocha.

Los objetivos planteados son:

- Conocer el porcentaje de pacientes en prevención primaria y en tratamiento con combinación de fármacos hipolipemiantes y revisar la indicación de las prescripciones en estos pacientes.
- Conocer el porcentaje de pacientes en prevención secundaria, para revisar y adecuar las prescripciones de estos pacientes.
- Mejorar las cifras de control en pacientes que están en prevención secundaria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recogida de datos del cuadro de mandos al inicio del estudio.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: Miguel Ángel Gimeno Gimeno

2. Sesión clínica para los miembros del equipo para revisar criterios de tratamiento y objetivos de control en prevención primaria y secundaria

Fecha inicio: 19/10/2022

Fecha final.: 19/10/2022

Responsable.: Ana Ballesteros Abad

3. Evaluación de los tratamientos pautados para los pacientes en prevención primaria y ajuste de los mismos según criterios terapéuticos

Fecha inicio: 24/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Cristina Pueyo Ucar

4. Evaluación de los tratamientos pautados para los pacientes en prevención secundaria y ajuste de los mismos según criterios terapéuticos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#382

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE EN ATENCION PRIMARIA

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Santiago Choliz Muniesa

5. Reevaluación de los indicadores para valorar la eficacia de la intervención.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: César Gargallo Bernad

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Indicador 1

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria pre-intervención

Denominador .....: Número de pacientes con hipolipemiantes combinados o no en prevención primaria

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

#### 2. Indicador 2

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes con hipolipemiantes combinados en prevención primaria post-intervención

Denominador .....: Número de pacientes con hipolipemiantes combinados o no en prevención primaria

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

#### 3. Indicador 3

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiante en prevención secundaria pre-intervención

Denominador .....: Número de pacientes totales en prevención secundaria

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

#### 4. Indicador 4

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiante en prevención secundaria post-intervención

Denominador .....: Número de pacientes totales en prevención secundaria

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

#### 5. Indicador 5

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de asistentes a la sesión clínica de revisión de criterios

Denominador .....: Número de convocados a la sesión

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Acta de reunión

Est.Mín.1ª Mem ..: 11.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 21.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 11.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 21.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#382

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL USO DE HIPOLIPEMIANTES EN ATENCION PRIMARIA

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#297

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZAR INDICADORES DEL PLAN DE CUIDADO PERSONAL EN PACIENTES FUMADORES CON EPOC

Fecha de entrada: 26/06/2022

Nº de registro: 2022#297 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SOFFIANTINI CAMPOAMOR DOLORES

Título  
OPTIMIZAR INDICADORES DEL PLAN DE CUIDADO PERSONAL EN PACIENTES FUMADORES CON EPOC

Colaboradores/as:  
MAÑAS BERNAD ANA  
MARTIN FAÑANAS ELENA  
MARTIN FAÑANAS MARIA AMPARO  
MARTINEZ NAVARRO M. CRISTINA  
POLO SORIANO JENNIFER

Ubicación principal del proyecto.: CS CEDRILLAS

Servicio/Unidad principal .....: EAP CEDRILLAS

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se ha detectado en esta Zona de Salud que los pacientes fumadores están poco motivados para abandonar el hábito tabáquico, son diagnosticados de EPOC tardíamente y los indicadores relacionados con la EPOC se podrían mejorar

#### ÁREAS DE MEJORA

-MEJORAR LA PREVALENCIA DE EPOC REGISTRADO  
-MEJORAR EL REGISTRO DE INTERVENCIÓN POR LIMPIEZA INEFICAZ DE LA VÍA AÉREA  
-MEJORAR PORCENTAJE DE PACIENTES FUMADORES, MAYORES DE 40 AÑOS, EN LOS QUE CONSTE EL REGISTRO DE REALIZACIÓN DE UNA ESPIROMETRÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

AL TRATARSE DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA Y PROGRESIVA QUE SE INICIA A EDADES TEMPRANAS, EXISTE UNA TENDENCIA A MINIMIZAR LOS SÍNTOMAS INICIALES (TOS Y EXPECTORACIÓN), DANDO POR HECHO QUE SON CONSECUENCIA DEL HÁBITO DE FUMAR Y NO, EL INICIO DE UNA PATOLOGÍA CRÓNICA, DE AHÍ LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE PACIENTES PARA MINIMIZAR LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD A MEDIANO-LARGO PLAZO MEDIANTE LA DERIVACIÓN A CONSULTA MONOGRÁFICA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA, QUE TODOS LOS PACIENTES FUMADORES MAYORES DE 40 AÑOS TENGAN REGISTRO DE UNA ESPIROMETRÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS Y MEJORAR INDICADORES DEL PROGRAMA DE GESTIÓN

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. TODOS LOS PACIENTES QUE ACUDAN A CONSULTA DE ATENCIÓN CONTINUADA Y TAMBIÉN LOS QUE ACUDAN A CONSULTA DE DEMANDA POR LAS MAÑANAS SE LE PREGUNTARÁ SIN FUMAN O NO , ABRIENDO CORRESPONDIENTE EPISODIO

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: DOLORES SOFFIANTINI CAMPOAMOR

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

LOS QUE SEAN FUMADORES , SI SON MAYORES DE 40 AÑOS SE LES CITARÁ EN CONSULTA MONOGRÁFICA DE ESPIROMETRÍAS REALIZAMOS TEST DE RITCHMOND A TODOS LOS FUMADORES, AQUELLOS QUE TENGAN UNA PUNTAJACIÓN >4 PUNTOS SE LES HARÁ INTERVENCIÓN INTENSIVA Y SE LES OFRECERÁ ASISTIR A LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. El Test de Richmond se realizará en el momento de la captación del paciente, aquellos que tengan una baja motivación, se les realizará intervención breve y se acordará con el paciente una nueva fecha a los 6 meses para volver a realizarlo y según puntuación se derivará a consulta de deshabituación o se acordará una nueva cita para repetirlo.

Responsable: lola Soffiantini Campoamor. Se realizarán entre Julio de 2022 y Diciembre de 2023

TALLER DE LIMPIEZA EFICAZ DE VÍAS AÉREAS Y FISIOTERAPIA RESPIRATORIA: Este taller se realizará entre Octubre de 2022 y diciembre de 2023 con periodicidad trimestral. Encargada Amparo Martín Fañanas

TALLER DE USO ADECUADO DE INHALADORES: Este taller se realizará entre octubre de 2022 y diciembre de 2023 con una periodicidad trimestral. Encargada Elena Martín Fañanas

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. DETECCIÓN DE NUEVOS FUMADORES

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: PACIENTES FUMADORES



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#297

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZAR INDICADORES DEL PLAN DE CUIDADO PERSONAL EN PACIENTES FUMADORES CON EPOC

Denominador .....: PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA DE DEMANDA DE MAÑANAS Y ATENCION CONTINUADA  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: AGENDA DE DEMANDA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

#### 2. PREVALENCIA EPOC CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: PACIENTES CON EPOC  
Denominador .....: TOTAL PACIENTES FUMADORES  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: ESPIROMETRIAS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.65  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.65  
Est.Mín.2ª Mem ..: 2.10  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

#### 3. ABANDONO DE HÁBITO TABÁQUICO

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: PACIENTES QUE ABANDONAN HABITO TABÁQUICO  
Denominador .....: PACIENTES FUMADORES CON TEST DE RICHMON >4  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: CONSULTA DESHABITUACION TABAQUICA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

#### 4. REGISTRO DE LIMPIEZA INEFICAZ DE VIA AÉREA OMI-AP

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: PACIENTES CON EPOC DONDE EXITA REGISTRO DE INTERVENCION POR LIMPIEZA INEFICAZ DE VIA AÉREA  
Denominador .....: TOTAL PACIENTES CON EPOC  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: PLAN CUIDADOS EPOC OMI AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 22.22  
Est.Máx.1ª Mem ..: 22.22  
Est.Mín.2ª Mem ..: 24.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

#### 5. REGISTRO DE ESPIROMETRIA OMI-AP

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: FUMADORES > DE 40 AÑOS QUE TENGAN REALIZADA UNA ESPIROMETRIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS  
Denominador .....: TOTAL DE FUMADORES MAYORES DE 40 AÑOS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: PLAN DE CUIDADOS OMI AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 17.24  
Est.Máx.1ª Mem ..: 17.24  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#417

### 1. TÍTULO

#### CUIDANDO TUS RODILLAS

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#417 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
JULIAN MARTINEZ ANA

Título  
CUIDANDO TUS RODILLAS

Colaboradores/as:  
LIZANDRA ESCRICHE MARTA  
MAÑAS BERNAD ANA  
MARTINEZ NAVARRO M. CRISTINA  
POLO SORIANO JENNIFER  
SANZ ARQUE ALEJANDRO  
SUAREZ CRESPO SUSANA

Ubicación principal del proyecto.: CS CEDRILLAS

Servicio/Unidad principal .....: EAP CEDRILLAS

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Llevamos observando en la consulta programada que tenemos en nuestra ZBS muchas mujeres con Artrosis y Sobrepeso asociadas a su patología crónica que no realizan Ejercicio físico aquejándose del dolor articular que sufren. Esta inactividad a su vez produce un empeoramiento de su salud por lo que hemos decidido implementar un programa en el cual les explicamos la Fisiopatología de la Artrosis y los beneficios que conlleva el ejercicio físico regular para mejorar su dolor, a la vez que conseguimos mejorar otras patologías crónicas asociadas.

Realizaremos una captación activa de las mujeres de la ZBS de Cedrillas con Artrosis.

A principios de Septiembre les haremos una medición antropométrica inicial, les pasaremos una escala EVA para ver el grado de dolor inicial y preguntaremos sobre el consumo de AINES actuales. A continuación se hará una charla educativa sobre la Fisiopatología de la Artrosis y los beneficios del ejercicio físico regular para mejorar su patología y su estado de salud.

Se les instruirá sobre el la realización de ejercicio, usando el parque biosaludable disponible en la ribera del Río Mijares de Cedrillas y a continuación una caminata por un perfil topográfico sin desniveles, al menos 3 veces a la semana.

Nos volveremos a reunir en Diciembre, para valorar el progreso conseguido, resolver dudas y continuar realizando Promoción de la Salud

En Marzo realizaremos otra reunión en la que volveremos a evaluar las medidas antropométricas, el dolor actual y el consumo de AINES, tras 6 meses del inicio del programa.

Al finalizar rellenarán una encuesta de satisfacción sobre el programa realizado.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorara la Actividad Física realizada en mujeres con Artrosis las cuales tienen asociadas otras patologías crónicas

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Sedentarismo por dolor articular

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Disminución del dolor articular asociado a Artrosis
- Reducción del IMC
- Disminuir el uso de AINES asociados al dolor.
- Realizar Promoción de la Salud sobre los beneficios del Ejercicio Regular en la Artrosis.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Educación para la Salud sobre la Fisiopatología de la Artrosis y los beneficios del ejercicio, en las mujeres de la ZBS de Cedrilla

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: ANA JULIAN MARTINEZ

2. Medición antropométrica de Peso, talla e IMC, así como la medición subjetiva del dolor a través de la escala EVA.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: MARTA LIZANDRA ESCRICHE

3. Se recomendara el uso del parque biosaludable situado en la orilla del río Mijares en Cedrillas, con una

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#417

### 1. TÍTULO

#### CUIDANDO TUS RODILLAS

frecuencia de al menos 3 veces a la semana durante 30 minutos.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: SUSANA SUAREZ CRESPO

4. Se recomendará realizar paseos de una hora de duración con una frecuencia de al menos 3 veces a la semana, con perfil topográfico sin desnivel.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: SUSANA SUAREZ CRESPO

5. Enseñar el uso de 2 Bastones durante la deambulacion y los paseos para mejorar los puntos de apoyo y la distribucion del peso, y así conseguir una buena Higiene Postural.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: M. CRISTINA MARTINEZ NAVARRO

6. Reunion para valorar el progreso conseguido, resolver dudas y continuar realizando Promoción de la Salud.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 22/12/2022

Responsable.: ANA MAÑAS BERNAD

7. Reunion para evaluar las medidas antropométricas, el dolor actual y el consumo de AINES, tras 6 meses del inicio del programa.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: ALEJANDRO SANZ ARQUE

8. Al finalizar rellenaran una encuesta de satisfacción sobre el programa realizado.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: JENIFFER POLO SORIANO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. TOMA DE AINES

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº AINES AL FINAL

Denominador .....: Nº de AINES al inicio del proyecto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Entrevista

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

#### 2. PESO EN KILOGRAMOS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Peso en Kg al inicio del proyecto - Peso en Kg al final del proyecto

Denominador .....: Peso Inicial en Kg

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Báscula y Tallímetro

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

#### 3. DOLOR

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Sumatorio de la puntuación de la EVA al final

Denominador .....: Numero de personas participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Escala Subjetiva del Dolor EVA

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

#### 4. PARTICIPACION DE LA POBLACION

Tipo de indicador: Alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#417

### 1. TÍTULO

#### CUIDANDO TUS RODILLAS

Numerador .....: Personas de la poblacion diana que participan en el Proyecto  
Denominador .....: Total de poblacion diana (mujeres de mas de 60 años con Artrosis)  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Recogida de datos a traves del OMI y asistencia al proyecto  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 45.00

#### 5. SATISFACCION DEL USUARIO

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Sumatorio del grado de satisfaccion del usuario del 0-10  
Denominador .....: Numero de personas participantes  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Encuesta de Satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#431

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE CALIDAD ASISTENCIAL EN ZONA BASICA DE SALUD DE CELLA CON RESIDENCIA NTRA. SRA. DE LOS DOLORES EN GEA DE ALBARRACÍN

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#431 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MAICAS MAICAS FERNANDO

Título  
IMPLEMENTACION DE CALIDAD ASISTENCIAL EN ZONA BASICA DE SALUD DE CELLA CON RESIDENCIA NTRA. SRA. DE LOS DOLORES EN GEA DE ALBARRACÍN

Colaboradores/as:  
ABAD POLO LAURA  
GIL VALERO M.PILAR  
HERNANDEZ DIAZ ROGELIO  
IZQUIERDO ALLUEVA BEATRIZ  
NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA  
SEBASTIAN CHECA SONIA NATIVIDAD  
SUMSKY SUMSKY SERGIO

Ubicación principal del proyecto.: CS CELLA

Servicio/Unidad principal .....: EAP CELLA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En abril de 2020 inicio su actividad la residencia de Ntra. Sra. de los Dolores en Gea de Albarracín (perteneciente a los hermanos de la cruz blanca).

En un primer momento abrió como centro Covid, albergando primero a contagiados leves para la tercera edad para aliviar centros geriátricos y después a residentes negativos para aislarlos de la enfermedad.

Posteriormente se adaptó para funcionar como residencia de salud mental para personas excluidas y después se realizaron unas obras para convertirla en residencia para personas con discapacidad, aunque finalmente salió adelante como centro para personas mayores. Estas modificaciones han generado que no sea un geriátrico al uso y dispongan de 54 pacientes pluripatológicos de alta complejidad.

Desde el cierre como residencia COVID las demandas de asistenciales por parte de la residencia y las detecciones de interferencias graves con el correcto funcionamiento con el centro de salud fueron continuas, hasta el punto de tener que reunirnos los miembros del equipo con la dirección de atención primaria y la dirección de la residencia para ver cómo se podía mejorar la armonización de asistencia entre los dos centros.

La reunión descubrió que poseían lagunas importantes en cuanto a valoración y protocolos de asistencia sanitaria ante diversas patologías y este proyecto intenta paliar esas carencias y mejorar la asistencia en la zona básica de salud.

Las lagunas arriba mencionadas, generaban numerosos avisos para valorar actuaciones no urgentes, que paralizaban en múltiples ocasiones las consultas ordinarias y en horario de atención continuada, dejaban inoperativo el centro, para emergencias durante mínimo una hora (Cabe recordar la asimetría de población en la zona). Además, se generaban riesgos importantes para los pacientes de la residencia al no hacer triajes telefónicos adecuados. (y no saber si la urgencia de la llamada era real o no)

Para ello se pretende recopilar toda asistencia (con diagnósticos reales) que se realice en la residencia de ancianos, que por su gravedad o volumen representan una mayor carga asistencial.

Esta información va a ser analizada y consultando con las últimas guías de práctica clínica, realizaremos una acción formativa abierta que mitigue todas sus dudas y mejore su práctica laboral.

La eficacia de esta acción formativa se evaluará con un test de 20 preguntas tipo test que se pasará antes y después de la formación

La efectividad del proyecto de evaluar analizando datos estadísticos previos a la formación y posteriores a la formación en un mismo periodo del año.

#### ÁREAS DE MEJORA

Este proyecto aborda las siguientes estrategias del contrato programa 2020-2023

Punto 5c Estrategia de Seguridad del paciente

Identificación, prevención y control de incidentes y efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria

Punto 16 Estrategia de Atención Comunitaria

Punto 18. Estrategia Promoción de la salud

#### ANALISIS DE CAUSAS

Desconocimiento del funcionamiento y los recursos de un centro de salud por parte de la residencia

No existe plan de formación ni apoyo formativo para los trabajadores

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Detectar las principales lagunas de los trabajadores de la residencia y paliarlas asegurando así una mejor asistencia a los residentes

Conseguir una correcta asistencia de los pacientes de la residencia que en su mayoría ocupan los escalones superiores de la pirámide de kaiser.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#431

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE CALIDAD ASISTENCIAL EN ZONA BASICA DE SALUD DE CELLA CON RESIDENCIA NTRA. SRA. DE LOS DOLORES EN GEA DE ALBARRACÍN

Proporcionar las herramientas adecuadas a los trabajadores de la residencia para un correcto triaje y actuación de urgencia hasta la llegada de los servicios sanitarios

Disminuir el número de alteraciones en consulta y atención continuada mejorando la asistencia en la zona básica de salud

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunirnos con la residencia previo a presentar el proyecto para ver si están de acuerdo en colaborar:

Fecha inicio: 13/06/2022

Fecha final: 13/06/2022

Responsable.: Fernando Maicas

2. Recopilar en hoja excel toda asistencia (con diagnósticos reales) que se realiza a la residencia de ancianos para priorizar aquellas atenciones que por su gravedad o volumen

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 20/12/2022

Responsable.: Beatriz Izquierdo

3. Análisis de datos y selección de principales motivos de asistencia:

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final: 31/01/2023

Responsable.: M Jose Navarro

4. Búsqueda de principales guías sobre los temas seleccionados para adaptar la acción formativa

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final: 28/02/2023

Responsable.: Sonia Sebastian

5. Redacción de exámenes basados en las guías seleccionadas

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final: 10/03/2023

Responsable.: Laura Abad

6. Preparación de la formación a la residencia basada en las guías seleccionadas

Fecha inicio: 11/03/2023

Fecha final: 31/03/2023

Responsable.: Rogelio Hernandez

7. Acción formativa

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final: 31/05/2023

Responsable.: Fernando Maicas

8. Recopilar en hoja excel toda asistencia a la residencia siguiendo la tipificación previa, pero después de una acción formativa

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final: 20/12/2023

Responsable.: Sergio Sumsky

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

aunque hay un responsable de cada área todas ellas disponen de suplentes por si s produjeran I.T, vacaciones o cualquier otra incidencia que pueda alterar el cronograma

Análisis de datos extracción de conclusiones (que no me dejaba añadir mas actividades) del 21 dic 2023 al 31 dic de 2023 en reunión por todos los miembros del proyecto

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nª de trabajadores que asiste a las acciones formativas/nº trabajadores asistenciales totales (14)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nª de trabajadores que asiste a las acciones formativas

Denominador .....: nº trabajadores asistenciales totales (son 14)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Residencia (puesto que solo ella conoce los trabajadores que tiene

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. nº de trabajadores que supera el test/Nº de trabajadores que asisten a las sesiones formativas

Tipo de indicador: Alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#431

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE CALIDAD ASISTENCIAL EN ZONA BASICA DE SALUD DE CELLA CON RESIDENCIA NTRA. SRA. DE LOS DOLORES EN GEA DE ALBARRACÍN

Numerador .....: nº de trabajadores que supera el test  
Denominador .....: Nº de trabajadores que asisten a las sesiones formativas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: exámenes realizados a los trabajadores por profesionales del centro de salud  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. nº de trabajadores que supera el test postformación/nº de trabajadores que supera el test preforma  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº de trabajadores que supera el test preformación  
Denominador .....: nº de trabajadores que supera el test preformación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: exámenes realizados a los trabajadores por profesionales del centro de salud  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. N de asistencias en residencia Del 1 septiembre 2022- al 15 diciembre 2022/ mismo periodo 2023  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N de asistencias en residencia Del 1 septiembre 2022 al 20 diciembre 2022  
Denominador .....: N de asistencias en residencia Del 1 septiembre 2023 al 20 diciembre 2022  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI (tiene que bajar el numero de asistencias mínimo a la mitad)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

5. N de derivaciones hospitalarias Del 1 septiembre 2022- al 20 diciembre 2022/ mismo periodo 2023  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N de derivaciones hospitalarias Del 1 septiembre 2022- al 20 diciembre 2022  
Denominador .....: N de derivaciones hospitalarias Del 1 septiembre 2023- al 20 diciembre 2023  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI (tiene que bajar el numero de asistencias mínimo a la mitad)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

6. N interrupciones de consulta y avisos a residencia Del 1/9/22-1/12/22 / 1/9/23-1/12/23  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N interrupciones de consulta y avisos a residencia Del 1/9/22-1/12/22  
Denominador .....: N interrupciones de consulta y avisos a residencia Del 1/9/23-1/12/23  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI (tiene que bajar el numero de asistencias mínimo a la mitad)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación indicada en actividades

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> etiopatogenia diversa

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#321

### 1. TÍTULO

#### MAPEO DE ACTIVOS Y SU RECOMENDACION EN LA ZBS DE MONREAL DEL CAMPO

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#321 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CONEJOS JERICO LAURA

Título  
MAPEO DE ACTIVOS Y SU RECOMENDACION EN LA ZBS DE MONREAL DEL CAMPO

Colaboradores/as:  
ALEGRE VILLARROYA NURIA  
ALIAGA GUILLEN ARTURO  
ANDRES PACHECO EVA MARIA  
ESCRICHE AGUILAR MARIA-ANGELES  
MARTIN NAVARRO MARIA JOSE  
NAVARRO ROMAN CARMEN  
RUIZ DOMINGO ROSA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS MONREAL DEL CAMPO

Servicio/Unidad principal .....: EAP MONREAL

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el C.S. de Monreal de Campo existe una agenda comunitaria desde 2019 que, debido a estos dos años de pandemia, ha estado paralizada y es necesario actualizar. Además, en estos dos años también ha habido cambio en más de 60% de los profesionales que allí trabajamos y aunque somos inexpertos todos tenemos actitud positiva ante las intervenciones comunitarias, por lo que creemos que es un buen momento para retomar estas actividades e indicar la recomendación de activos en salud. El mapeo de activos es el proceso de reconocimiento de los recursos de una comunidad que son identificados como riquezas, los cuales fortalecen la habilidad de las personas o grupos para mantener, mejorar o potenciar su salud. Además, pretendemos fortalecer la formación de los profesionales del C.S. centrándonos en potenciar la capacidad para colaborar y detectar los recursos, costumbres y elementos culturales y ambientales ya existentes en la comunidad y en las personas que la integran y conectar mejor nuestros conocimientos y habilidades con la ciudadanía y con otras instituciones para responder a las necesidades e intereses de las personas a lo largo de su vida.

Mediante el mapeo tanto los ciudadanos como los profesionales del C.S. podrán conocer y localizar de forma rápida y visual cuáles son los activos para la salud disponibles en la ZBS de Monreal del Campo (asociaciones, escuelas, bibliotecas, residencias, gimnasios, parques, comedores...), siendo más sencillo para los sanitarios poder prescribirlos dependiendo de las necesidades de las personas.

La comunidad participará de forma real en el mapeo, es decir, los individuos actuarán de forma activa ya que son los protagonistas del proceso comunitario. Se logrará de esta forma establecer vínculos entre los diferentes sectores, conocer las riquezas y tratar de emplear todos esos recursos presentes para promocionar la salud y para intentar solventar los problemas o necesidades que se detecten.

#### ÁREAS DE MEJORA

Percepción de la salud de la Comunidad  
Recomendación de activos en salud

#### ANALISIS DE CAUSAS

Para una mejora de la salud se necesitan muchas más acciones que la intervención centrada exclusivamente sobre los problemas de salud. La salud positiva es una forma de ver las acciones en salud focalizando la mirada hacia aquello que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Es necesario actuar sobre los factores determinantes de la salud y la enfermedad, e identificar las necesidades y los activos para la salud de la población, entendiendo como activos para la salud, cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y de las poblaciones para mantener su salud y bienestar, es decir, todos aquellos recursos disponibles en la comunidad que pueden ayudar a promover la salud y mejorar la calidad de vida de todas las personas de la ZBS de Monreal del Campo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Principales:

- Identificar y difundir los recursos individuales, colectivos y ambientales existentes en la ZBS de Monreal del Campo.
- Incorporar en las consultas de la ZBS de Monreal del Campo la recomendación de activos para la salud incluida en la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón.

##### Específicos:

- Establecer un lenguaje común que ayude a que profesionales, representantes institucionales y ciudadanía trabajen fácilmente de manera conjunta.
- Establecer procesos colaborativos y de trabajo en red.
- Incorporar un modelo de salud positiva a la hora de iniciar procesos de intervención comunitaria.
- Potenciar la participación de las personas y las comunidades locales de manera efectiva y apropiada para el beneficio de la salud.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#321

### 1. TÍTULO

#### MAPEO DE ACTIVOS Y SU RECOMENDACION EN LA ZBS DE MONREAL DEL CAMPO

· Mejorar la percepción de salud de los pacientes a través de la recomendación de activos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Presentar el proyecto en el Consejo de salud, buscando personas de referencia en el Ayuntamiento o en asociaciones como agentes locales, que se encargarán de contactar con los agentes del terreno.

Fecha inicio: 26/07/2022

Fecha final: 26/07/2022

Responsable.: Angelines Escriche Aguilar

2. Delimitación del mapeo: Se pretende realizar la identificación de recursos y actividades en la ZBS de Monreal del Campo, municipio a municipio, a través de entrevistas con los agentes del terreno

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final: 28/11/2022

Responsable.: Colaboradores del proyecto

3. Sesión clínica sobre recomendación de activos en salud para los profesionales del CS de Monreal del Campo.

Fecha inicio: 11/10/2022

Fecha final: 11/10/2022

Responsable.: Laura Conejos Jericó

4. Elaborar el mapa y añadirlo a la Agenda Comunitaria de manera que quede vinculado al buscador de activos que se abre desde OMI-AP

Fecha inicio: 29/11/2022

Fecha final: 16/12/2022

Responsable.: Colaboradores del proyecto

5. Difusión: Al Consejo de Salud y al EAP, Visibilizar en la red, bien a través del blog del C.S. o a través de alguna página web de las asociaciones o instituciones participantes.

Fecha inicio: 19/12/2022

Fecha final: 30/12/2022

Responsable.: Colaboradores del proyecto

6. Se inicia la Recomendación de activos de la ZBS de Monreal del Campo

Fecha inicio: 02/01/2023

Fecha final: 29/12/2023

Responsable.: Colaboradores del proyecto

7. Evaluación y comunicación de resultados al Consejo de Salud y a los miembros del EAP a los 6 meses del inicio de la recomendación de activos y a los 12 meses

Fecha inicio: 06/06/2023

Fecha final: 29/12/2023

Responsable.: Colaboradores del proyecto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de Activos en salud registrados en el buscador de activos de la web de Atención Comunitaria

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº activos en salud de la ZBS de Monreal del Campo registrados en el buscador de la web de Atención Comunitaria

Denominador .....: Nº total de activos encontrados en la ZBS de Monreal del Campo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Entrevistas con grupo de trabajo agentes del terreno y registro en la web de Atención Comunitaria

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

2. Número de Profesionales que participan en la sesión clínica de Activos en salud.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº Profesionales del C.S. Monreal del Campo que participan en la sesión clínica de Activos en salud

Denominador .....: Nº total de profesionales del C.S. Monreal del Campo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas que se pasará al final de la sesión clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#321

### 1. TÍTULO

#### MAPEO DE ACTIVOS Y SU RECOMENDACION EN LA ZBS DE MONREAL DEL CAMPO

3. Abordaje comunitario y recomendación de activos para la salud.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° Profesionales del CS Monreal del Campo que participa en el abordaje comunitario y recomiendan activos para la salud

Denominador .....: N° total de profesionales del C.S. Monreal del Campo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mandos de OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

4. Número de pacientes que siguen la recomendación de activos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° pacientes de la ZBS Monreal del Campo que siguen recomendación de activos

Denominador .....: N° pacientes de la ZBS Monreal del Campo que reciben la recomendación de activos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Entrevistas con las personas responsables de cada activo recomendado

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

5. Percepción de salud personal de los pacientes que siguen la recomendación de activos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° pacientes de la ZBS Monreal del Campo que siguen recomendación de activos y perciben mejoría de su salud personal

Denominador .....: N° pacientes de la ZBS Monreal del Campo que siguen la recomendación de activos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionario sobre salud dirigido a los pacientes que han seguido alguna de las recomendaciones de activos

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> La recomendación de activos debe realizarse en toda la Comunidad

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#442

### 1. TÍTULO

#### MONITORIZACION AMBULATORIA DE LA PRESION ARTERIAL EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO EN EL CS MONREAL DEL CAMPO

Fecha de entrada: 01/07/2022

Nº de registro: 2022#442 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MUÑOZ LOPEZ ZORAIDA

Título  
MONITORIZACION AMBULATORIA DE LA PRESION ARTERIAL EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO EN EL CS MONREAL DEL CAMPO

Colaboradores/as:  
ASCOZ HERRANDO CARLOS PABLO  
CONEJOS JERICO LAURA  
ESCRICHE AGUILAR MARIA-ANGELES  
GOMEZ PEREZ MARIA JOSE  
MARTIN NAVARRO MARIA JOSE  
PEÑA CLEMENTE FELIX  
SENDER ALEGRE LAURA

Ubicación principal del proyecto.: CS MONREAL DEL CAMPO

Servicio/Unidad principal .....: EAP MONREAL

Ubicación/es secundaria/s  
TERUEL\*CENTRO DE SALUD MONREAL DEL CAMPO\*EAP MONREAL\*AP (Atención Primaria)  
TERUEL\*CENTRO DE SALUD MONREAL DEL CAMPO\*EAP MONREAL\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Análisis de la situación: Dada la incidencia cada vez mayor de pacientes portadores de Enfermedad Hipertensiva Arterial en la Zona Básica de Salud de Monreal del Campo, quienes en los registros del AMPA ambulatorial traen valores de T/A elevados en la mañana, y que hacen uso de dos o tres fármacos, la gran mayoría asociados a diuréticos, y que en los controles de las Consultas Programadas se identifican valores tensionales por encima de 140/90mmHg, queremos ofrecer al paciente la realización del estudio MAPA ; primero para confirmar diagnóstico de HTA, e identificar el tipo de Hipertensión ( bata blanca o enmascarada), 2º.- Detectar episodios hipotensivos y 3º maximizar la predicción del riesgo, así como el de realizar ajustes en los tratamientos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se pretende clasificar a los pacientes con fenomeno de bata blanca e hipertensión enmascarada y en la detección de los pacientes en los que NO se produce el descenso fisiologico durante el periodo del descanso nocturno

#### ANALISIS DE CAUSAS

Dado que la hipertensión tiene alta prevalencia en la población general sobre todo en edades en que los eventos cardiovasculares son mas incidentes convierte a la HTA en uno de los principales problemas de salud,. convirtiendose en un mejor predictor de morbi mortalidad cardiovascular.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Análisis de la situación:

Se pretende crear una consulta monográfica de Monitorización ambulatoria de la PA en el CS de Monreal del Campo con personal sanitario entrenado de forma adecuada tanto para la realización como para el análisis e interpretación de los datos.

Pertinencia del proyecto:

La hipertensión arterial (HTA) es, junto con la dislipemia, la diabetes y el tabaquismo, uno de los factores de riesgo clásicos o mayores de la cardiopatía isquémica y el principal factor de riesgo del ictus, tanto isquémico como hemorrágico. Esto, unido a su alta prevalencia en la población general, sobre todo en aquellas edades en las que los eventos cardiovasculares son más incidentes, convierte a la HTA en uno de los principales problemas de salud. Un diagnóstico temprano y un adecuado tratamiento nos permiten incidir de forma más favorable sobre la prevención de las complicaciones de la HTA.

El diagnóstico de la HTA en los Centros de Salud se basa fundamentalmente en la medida convencional de la Presión Arterial (PA) en la consulta. La PA es un parámetro influenciado por muchos factores, como son los estímulos externos y el estado de ánimo, sufriendo variaciones ante el dolor, temor, estrés, actividad física, cambios de temperatura, consumo de alcohol o tabaco, etc. Aquí se incluye la reacción de alerta que muchos pacientes sufren en las consultas a la hora de ser atendidos o entrevistados por profesionales sanitarios, conocido como HTA de bata blanca. Además de esto, la PA sufre fluctuaciones a lo largo del día, coincidiendo con los

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#442

### 1. TÍTULO

#### MONITORIZACION AMBULATORIA DE LA PRESION ARTERIAL EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO EN EL CS MONREAL DEL CAMPO

periodos de actividad y descanso.

Actualmente esta técnica presenta evidentes limitaciones por la existencia de múltiples sesgos: unos que dependen del observador, otros del material utilizado, de factores ambientales, del estado del propio paciente, y además no proporciona información sobre la presión arterial fuera de la consulta, ni muestra el proceso de variabilidad de la PA, ni la medición en periodo de vigilia y no permite diferenciar los distintos patrones circadianos de la PA a lo largo de las 24 horas.

La técnica de la monitorización ambulatoria o MAPA presenta, por tanto, como ventaja, la eliminación o disminución de la reacción de alerta del paciente en la consulta y del sesgo del observador, proporciona lecturas de PA durante la actividad habitual del paciente y en su entorno, lo que permite clasificar a los pacientes con fenómeno de bata blanca e hipertensión enmascarada, también puede detectar a aquellos pacientes en los que no se produce el descenso fisiológico durante el período de descanso nocturno, los cuales presentan un mayor riesgo de desarrollar lesiones en órganos diana y de sufrir eventos cardiovasculares, existiendo pruebas de que los niveles de presión arterial durante este periodo pueden ser los mejores predictores del riesgo.

En definitiva, la MAPA permite un diagnóstico más preciso, convirtiéndose en un mejor predictor de la morbilidad y mortalidad cardiovascular que la PA en consulta.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación de los profesionales sanitarios en monitorización ambulatoria de PA.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 19/09/2022

Responsable.: Zoraida Muñoz López

2. Creación de agenda MAPA en OMI-AP.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 19/09/2022

Responsable.: Zoraida Muñoz López

3. Captación de pacientes que cumplen criterios de inclusión.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 19/09/2022

Responsable.: Felix, Maria José, Maria José, Carlos, Laura, Laura , Angelines,

4. Inicio de la actividad.

Fecha inicio: 20/09/2022

Fecha final.: 18/11/2023

Responsable.: Zoraida Muñoz López

5. Seguimiento

Fecha inicio: 20/09/2022

Fecha final.: 18/11/2023

Responsable.: Zoraida Muñoz López

6. Evaluación.

Fecha inicio: 28/11/2023

Fecha final.: 28/11/2023

Responsable.: Zoraida Muñoz López

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Formación de los profesionales sanitarios en monitorización ambulatoria de PA en Sesión clínica del CS Monreal del Campo

Creación de Agenda MAPA en OMI . AP

Captación de pacientes que cumplen criterios de inclusión

Inicio de Actividad

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de MAPA realizados a lo largo del año en la población con diagnóstico de HTA.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de pacientes a los que se realiza el MAPA

Denominador .....: .N° de pacientes candidatos a control

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listados que realizarán los miembros del EAP con los candidatos

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#442

### 1. TÍTULO

#### MONITORIZACION AMBULATORIA DE LA PRESION ARTERIAL EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO EN EL CS MONREAL DEL CAMPO

##### 2. Detección de hipertensión y de HTA de Bata Blanca

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: (Nº de pacientes a los que se realiza el MAPA y se mantienen normotensos

Denominador .....: N° de pacientes a los que se realiza el MAPA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de tensiones de OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.60

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

##### 3. Satisfacción del Usuario

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: .

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción 50. 60%

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.60

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#306

### 1. TÍTULO

#### FORMACION PARA CUIDADORES EN LA ATENCION DEL PACIENTE DEPENDIENTE

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#306 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CASADO CRESPO ANA ISABEL

Título  
FORMACION PARA CUIDADORES EN LA ATENCION DEL PACIENTE DEPENDIENTE

Colaboradores/as:  
ARGILES HERNANDEZ MARIA LUISA  
BRUN IZQUIERDO ANA MARIA  
FERRAGUD MAS DAVID  
GIL ORNA PABLO  
GOMEZ CIVERA CRISTINA  
HERNANDEZ AVILA CARLOS ALBERTO  
IZQUIERDO ABRIL BELEN

Ubicación principal del proyecto.: CS MORA DE RUBIELOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP MORA DE RUBIELOS

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Mediante este proyecto se pretende impartir conocimientos y dar una serie de recomendaciones que ayuden al cuidado de las personas dependientes, está dirigido tanto a profesionales (trabajadoras de las residencias y ayuda a domicilio) como familiares. Se pretende transmitir unas nociones básicas y generales para el buen cuidado del paciente dependiente, manejo específico de enfermos con patologías crónicas comunes como son la diabetes o enfermedades respiratorias, así como unas primeras actuaciones en caso de emergencia hasta la llegada de los servicios sanitarios.

#### ÁREAS DE MEJORA

Los profesionales que trabajamos en el centro de Salud de Mora de Rubielos, tanto desde la atención continuada como desde las consultas de primaria hemos detectado ciertos problemas que nos han llevado a plantearnos la necesidad de llevar a cabo este proyecto:

- Aumento en la demanda tanto en consulta como en atención continuada por problemas menores, incluso problemas no médicos por parte de cuidadores profesionales y no profesionales.
- Dudas repetitivas en la administración de determinados tratamientos (insulinas, inhaladores...)
- Bloqueo y reacción poco eficaz ante una situación de urgencia, hasta que llega el equipo médico.
- Observamos patologías potencialmente evitables en pacientes dependientes (infecciones respiratorias por broncoaspiración, úlceras complicadas, caídas..)
- Problemas de salud que observamos con una mayor incidencia en cuidadores, patología musculoesquelética (lumbalgias, dolores de hombro..) probablemente acentuados por una mala técnica a la hora de realizar las movilizaciones en personas encamadas así como problemas de ansiedad y depresión.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Un grupo importante de nuestra población está desempeñando el rol de cuidador. Tenemos un porcentaje importante de pacientes de edad avanzada, muchos de ellos con algún grado de dependencia que precisan la ayuda de cuidadores a domicilio o familiares. En estos casos, lo más frecuente es que sean personas que tienen otras profesiones y ninguna formación en este campo.
- Atendemos dos residencias en nuestra zona básica de salud, la residencia de Noguera y una residencia de Atadi. Ocurre que algunas trabajadoras no han recibido una formación específica y tampoco tienen experiencia en este tipo de tareas por lo que diariamente se enfrentan a situaciones en las que se sienten desbordadas.
- El hecho de que existan patologías que se repiten con más frecuencia o agravan en cuidadores nos hace pensar que es necesario un taller para una correcta movilización de pacientes con movilidad reducida así como crear un espacio donde poder acompañarles, compartir dudas e inquietudes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal de este proyecto es proporcionar a los cuidadores de personas dependientes (ya sean familiares, trabajadores en domicilio o personal de residencias de nuestra zona básica de salud) los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para mejorar los cuidados que prestan a las personas a su cargo.

Los objetivos específicos:

- 1-. Mejorar los cuidados generales tales como higiene, alimentación, movilizaciones y el ambiente en que viven las personas dependientes y como consecuencia mejorar también su bienestar.
- 2-. Mejorar la eficacia de los tratamientos aprendiendo el correcto uso de algunos dispositivos, pautas de administración, etc..
- 3-. Prevenir patologías potencialmente evitables con unos correctos cuidados como el uso de espesantes, prevenir úlceras por presión, cuidados del pie diabético, etc..
- 4-. Mejorar el estado de salud y bienestar de los cuidadores. Prevenir patología musculoesquelética mejorando la técnica de las movilizaciones y ganar seguridad y autoconfianza aumentando sus conocimientos y resolviendo dudas.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#306

### 1. TÍTULO

#### FORMACION PARA CUIDADORES EN LA ATENCION DEL PACIENTE DEPENDIENTE

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones informativas con el equipo del CS de Mora de Rubielos y los directores de las residencias de Atadi y Nogueruelas.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/07/2022

Responsable.: Ana Casado, Luisa Argilés, Carlos Hernández y Cristina Gómez.

2. Difusión a la población y entrega de hojas de inscripción

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Todo el equipo

3. Recogida y análisis de inscripciones

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Todo el equipo

4. Talleres para familiares y cuidadores a domicilio en el Centro de Salud de Mora de Rubielos.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Todo el equipo

5. Jornadas a impartir en las residencias

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Todo el equipo

6. Análisis de resultados

Fecha inicio: 01/07/2023

Fecha final.: 14/07/2023

Responsable.: Ana Casado

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Los talleres a realizar serán los siguientes:

Taller 1: Movilizaciones y transferencias de personas con movilidad reducida.

Taller 2: RCP Básica y actuación ante un atragantamiento.

Taller 3: Cuidados específicos del enfermo respiratorio.

Taller 4: Cuidados específicos de enfermo diabético.

Taller 5: Signos de alarma de enfermedades potencialmente graves.

Taller 6: Medidas de higiene en la persona dependiente.

Taller 7: Actuación ante caídas o traumatismos.

Taller 8: Alimentación adaptada.

Taller 9: Cuidar a los que cuidan.

Se programarán jornadas intensivas en las residencias con los mismos contenidos adaptados a cada una de ellas.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Asistencia de personas inscritas a los talleres

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de personas inscritas que han asistido a un mínimo de 6 talleres

Denominador .....: Número total de personas inscritas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: hojas de inscripción y controles de asistencia en cada taller

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Nivel de conocimientos nuevos adquiridos por los participantes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de participantes que ha obtenido más respuestas correctas en el test final respecto al test de conocimientos previos

Denominador .....: Número total de participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Test de conocimientos previos y test al finalizar los talleres

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Nivel de satisfacción de los asistentes

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#306

### 1. TÍTULO

#### FORMACION PARA CUIDADORES EN LA ATENCION DEL PACIENTE DEPENDIENTE

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de asistentes que dan una puntuación igual o superior a 7 sobre 10 en las encuestas de satisfacción

Denominador .....: Número de encuestas de satisfacción completadas por los asistentes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción al finalizar el programa

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#314

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD SOBRE ANTICONCEPCION EN EL I.E.S GUDAR-JAVALAMBRE DIRIGIDO A PADRES Y ALUMNOS

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#314 \*\* Anticoncepción \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
IZQUIERDO ABRIL BELEN

Título  
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD SOBRE ANTICONCEPCION EN EL I.E.S GUDAR-JAVALAMBRE DIRIGIDO A PADRES Y ALUMNOS

Colaboradores/as:  
ARNAU FUERTES ALICIA  
BRUN IZQUIERDO ANA MARIA  
CASADO CRESPO ANA ISABEL  
GOMEZ CIVERA CRISTINA  
MONFORT LAZARO ANDREA  
PUEYO HERNANDEZ ALEJANDRA

Ubicación principal del proyecto.: CS MORA DE RUBIELOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP MORA DE RUBIELOS

Línea estratégica: Anticoncepción

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La adolescencia es una etapa de experimentación de la sexualidad. La edad de inicio de las relaciones sexuales con penetración es más temprana, situándose la edad media actual entre los 15 a 16 años , y esto está frecuentemente asociado a sexo no seguro y por lo tanto a situaciones de riesgo que atentan contra su salud sexual y reproductiva.

Por otro lado nos encontramos que la información que los adolescentes poseen sobre sexualidad es insuficiente y en muchos casos errada, asociándose a mitos y creencias existentes. Este problema puede ser debido al cambio social que en la última década sitúa internet y las redes sociales como fuentes donde los adolescentes buscan información sanitaria considerándola útil y fiable.

Actualmente es notorio el incremento de la incidencia del embarazo no deseado, los abortos y las ETS en la población adolescente. Esto junto con la información insuficiente que poseen los adolescentes , convierten la educación para la salud de esta índole en un reto para la salud pública .

Hay que informarles sobre los métodos anticonceptivos existentes para que puedan elegir un método que se adapte a sus necesidades y hacerles conscientes de que la eficacia depende de la adherencia y continuidad, ya que los adolescentes tienen un peor cumplimiento.

Para abordar las opciones que tienen debemos tener en cuenta que estas se verán influenciadas por factores biológicos, psicológicos y sociales. La elección puede estar influenciada incluso verse inhibida por la falta de conocimientos , por la vergüenza , el miedo a los efectos secundarios y el estigma asociado con el uso de anticonceptivos.

Aún seguimos observando cómo hay adolescentes que no han usado ningún tipo de método en su primera relación sexual, que el método más usado es el preservativo masculino pero que sigue siendo muy común su uso incorrecto, que es muy poco el porcentaje que conoce el doble método y que sigue siendo la anticoncepción de emergencia muy usada.

Es necesario que este tipo de educación sea llevada a cabo por los sanitarios y los padres de los adolescentes para responder a sus preguntas, ofrecerles informaciones básicas acerca de la sexualidad, darles consejos y prestarles ayuda.

#### ÁREAS DE MEJORA

Otras intervenciones no han tenido en cuenta dicho factor psicosocial, y no hacen referencia a cuestiones como la información acerca del doble método que es uno de los consejos más eficaces en la adolescencia.

Nuestro programa no solo incluye los aspectos abordados en relación a los preservativos y al resto de anticonceptivos, sino que también recoge el consejo anticonceptivo del doble método. Además también aborda el consejo en cuanto a las fuentes de información.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de programas de eps , mal uso de redes sociales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### General:

Llevar a cabo un programa para adolescentes y sus padres sobre anticoncepción, haciendo hincapié en las actitudes que contribuyan a disminuir las prácticas sexuales de riesgo.

##### Específicos:

Incrementar conocimientos y habilidades sobre los métodos anticonceptivos.

Dotar a los adolescentes de estrategias de búsqueda de información sobre anticonceptivos adecuadas.

Reforzar los conocimientos de los padres sobre el consejo anticonceptivo en adolescentes.

Aumentar las habilidades de los padres para comunicarse sobre sexualidad con sus hijos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#314

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD SOBRE ANTICONCEPCION EN EL I.E.S GUDAR-JAVALAMBRE DIRIGIDO A PADRES Y ALUMNOS

1. Sesión 1: "Conociendo mis opciones". Para el alumnado, se basara en contenidos teóricos sobre los métodos anticonceptivos.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 12/05/2023

Responsable.: EQUIPO

2. Sesión 2: "Aprendiendo a manejar los preservativos". Para el alumnado, será una sesión para la adquisición de conocimientos y habilidades para el uso correcto de métodos anticonceptivos de barrera.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 12/05/2023

Responsable.: EQUIPO

3. Sesión 3: "Fuentes de información anticonceptiva". Para el alumnado, será una sesión práctica sobre el manejo las fuentes de información alas que se exponen.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 12/05/2023

Responsable.: EQUIPO

4. Sesión 4: "Anticoncepción en la adolescencia". Para los padres, se tratara de reforzar la teoría sobre los métodos anticonceptivos dando una visión de cara a lo mejor en la adolescencia.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 12/05/2023

Responsable.: EQUIPO

5. Sesión 5: "La comunicación asertiva". Para los padres, será una sesión práctica centrada en mejorar la comunicación con los adolescentes.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 12/05/2023

Responsable.: EQUIPO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La edad de inicio de la actividad coital se sitúa a los 15-16 años por lo que el programa empezara a dicha edad. La responsable se pondrá en contacto con el instituto y se acordará una reunión para informarles. Se solicitará al I.E.S que informe a los padres , al mismo tiempo que les expliquen en qué consiste y cuándo se van a realizar las sesiones grupales con ellos y para que autoricen la participación de sus hijos.

El programa se llevara a cabo durante los proximos cursos escolares, en el inicio del curso estableceremos contacto con el IES y en consenso se acordara el cronograma.

Limitación: en la actualidad la sexualidad sigue siendo un tema tabu por lo que se hace complicada su implantación por negativa de los padres. Si la participación en el programa no estuviera entre el 80-100 % del alumnado , el programa podria llevarse a cabo en el centro de salud ( sala polivalente ) y fuera de horario lectivo.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Participacion adolescentes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Adolescentes participantes

Denominador .....: Adolescentes matriculados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Participacion padres

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº familias participan en talleres

Denominador .....: Nº familias de alumnos matriculados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Grado de conocimiento previo a la actividad que tienen los alumnos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Respuestas correctas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#314

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD SOBRE ANTICONCEPCION EN EL I.E.S GUDAR-JAVALAMBRE DIRIGIDO A PADRES Y ALUMNOS

Denominador .....: Respuestas totales  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Cuestionario: Uso y conocimientos sobre metodos anticonceptivos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

4. Grado de adquisición de conocimientos tras los talleres/curso  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Respuestas correctas  
Denominador .....: Respuestas totales  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Cuestionario: Uso y conocimientos sobre metodos anticonceptivos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

5. Satisfaccion adolescentes  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de asistentes satisfechos por taller  
Denominador .....: N° asistentes totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionario de satisfaccion  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. Satisfaccion padres  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de asistentes satisfechos por taller  
Denominador .....: N° asistentes totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionario de satisfaccion  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#320

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD EN PEDIATRÍA DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#320 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RUBIO SANCHEZ PATRICIA

Título  
EDUCACION PARA LA SALUD EN PEDIATRÍA DE ATENCION PRIMARIA

Colaboradores/as:  
BESER MORTE CRISTINA  
FUENTES MORENO ENCARNA  
MONFORT LAZARO ANDREA  
ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA

Ubicación principal del proyecto.: CS MORA DE RUBIELOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP MORA DE RUBIELOS

Ubicación/es secundaria/s  
TERUEL\*CENTRO DE SALUD SARRION\*EAP SARRION\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En las revisiones del Programa de Salud Infantil (PSI), en el que tanta importancia cobra el abordaje de aspectos preventivos, nos encontramos frecuentemente con hábitos poco saludables que muchas veces explican la tendencia al sobrepeso y obesidad que, en la actualidad, como han definido algunos autores, supone la "epidemia del siglo XXI". Por el contrario, hay familias que viven con angustia la alimentación de sus hijos convencidos de que es escasa o hay patología de base, cuando siguen patrones de normalidad para su edad. Por otro lado, atendemos pacientes con patología aguda, en muchas ocasiones, de etiología infecciosa, observando escasos recursos de manejo domiciliario por parte de los cuidadores. Consideramos que el enseñar a los padres unas medidas básicas iniciales en estos procesos aumentaría su autonomía en el cuidado de sus hijos, con un manejo adecuado desde inicio, sin retrasar las medidas efectivas a la consulta con el pediatra y evitando el uso de tratamiento no recomendados. Así mismo, deben conocer en qué situaciones estaría indicada la consulta con el pediatra o médico correspondiente. En este sentido, aun siendo menos frecuentes, los cuidadores deberían conocer el abordaje de unos primeros auxilios básicos en caso de atragantamiento, etc, que, dada su relevancia clínica a pesar de su baja incidencia, nos parece interesante abarcar en este proyecto. Vista la elevada incidencia de estos problemas dentro de la consulta y que consideramos de interés para todas las familias, consideramos adecuada la realización de talleres grupales a los que puedan acudir los padres y madres interesados, en los que se abordarán estas cuestiones, todas ellas orientadas a mejorar de forma global la educación para la salud de nuestra población pediátrica.

ÁREAS DE MEJORA  
Hábitos poco saludables en la población infantil  
Abordaje poco adecuado de patología más frecuente

ANÁLISIS DE CAUSAS  
Cambio de pautas de alimentación en la actualidad  
Desconocimiento y angustia por parte de los padres

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
-Fomentar los hábitos saludables en población infantil, haciendo hincapié en la alimentación.  
-Aumentar la autonomía de los padres y madres en el abordaje de problemas médicos frecuentes no graves  
-Conocer y saber aplicar unos primeros auxilios básicos orientados a población pediátrica

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Plan de comunicación: carteles informativos en sala de espera, información activa en revisiones PSI y en cualquier otro momento de la consulta cuando se detecte la necesidad de beneficio.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/11/2023

Responsable.: Pediatra, enfermera pediátrica y otros profesionales que atiendan al niño

2. Realización de talleres:

-Alimentación en población infantil. Hábitos saludables.

-Manejo de patología aguda más frecuente: fiebre, proceso catarral, gastroenteritis...

-Primeros auxilios básicos

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/11/2023

Responsable.: Responsable y colaboradores

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#320

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD EN PEDIATRÍA DE ATENCION PRIMARIA

3. Entrega a los participantes de cuestionario de evaluación antes y después de los talleres, así como cuestionario de satisfacción al final

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/11/2023

Responsable.: Responsable y colaboradores

4. Evaluación del proyecto

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 01/12/2023

Responsable.: Responsable y colaboradores

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se pretende repetir cada uno de los talleres cada 6 meses. En función de la aceptación de las familias y la demanda, puede modificarse este periodo.

Los talleres consistirán en una primera parte teórica en la que el profesional sanitario explicará el tema en cuestión y posteriormente una segunda parte más práctica con coloquio e intercambio de opiniones por parte de los participantes, dudas a resolver, y práctica de simulación en el taller de primeros auxilios.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de familias que acuden a los talleres

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número familias participantes

Denominador .....: Número niños en el cupo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: TIS correspondientes a cada cupo

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

2. Grado de aprendizaje obtenido

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Puntuación media de las encuestas realizadas al final del taller -

Puntuación media de las encuestas realizadas al inicio del taller

Denominador .....: Puntuación media de las encuestas realizadas al inicio del taller

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionarios de evaluación entregados al inicio y al finalizar el taller

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 400.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 400.00

3. Grado de satisfacción de la población participante

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de asistentes con alto grado de satisfacción (superada media de 3,5 sobre 5 puntos)

Denominador .....: Número total de asistentes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionarios de satisfacción entregados al finalizar el taller

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Padres, madres o cuidadores de la población pediátrica atendida en los Centros de Salud de Mora de Rubielos y Sarrión

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#118

### 1. TÍTULO

#### ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MOSQUERUELA

Fecha de entrada: 14/06/2022

Nº de registro: 2022#118 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHEZ SANCHEZ M. CARMEN

Título  
ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MOSQUERUELA

Colaboradores/as:  
ARNAU FUERTES ALICIA  
FUENTES GONZALVO EVA  
GARCIA GODED MARTA  
GIL SALVADOR REBECA  
JULIAN MARTINEZ ANA  
MONTERO PEREZ ASCENSION

Ubicación principal del proyecto.: CS MOSQUERUELA

Servicio/Unidad principal .....: EAP MOSQUERUELA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Debido a esta gran etapa de pandemia vemos conveniente realizar esta jornada saludable para fomentar actividades de promoción de la salud y aumentar las interacciones sociales entre la población.  
Tras observar una disminución de las actividades sociales de la población, la actividad física y peor cumplimiento del paciente en la consultas programadas, así como peor control, lo que se traduce en mala adherencia al tratamiento.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la salud física de las personas.  
Incrementar las habilidades sociales tras la pandemia.  
Ampliar conocimientos sobre temas seleccionados de promoción de la salud y prevención de enfermedades dentro de nuestra comunidad.  
Mejorar la comunicación con las instituciones de la zona que engloba el Centro de Salud para conocer los distintos recursos de la comunidad.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Por el sedentarismo, se observa aumento de las cifras tensionales, así como aumento de peso y alteración en las cifras de glucemia.  
Aislamiento, por la situación geográfica, meteorológica y comunicaciones.  
Retraso en la atención a las patologías, por incumplimiento de la asistencia a la consulta programada y en consecuencia se obtiene un mal control de la patología crónica. Debido a la situación caótica que ha generado la pandemia en el sector sanitario, repercutiendo así mismo negativamente en los anteriores puntos comentados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Aumentar la participación activa en actividades físicas, para que sean sus propios agentes de salud.  
-Aumentar la participación de otras instituciones locales (Colegio, Residencia), con el CS para promocionar la salud.  
-Aumentar los conocimientos en los niños de edad escolar sobre cuidados en la exposición al sol, así como promoción de la actividad física, higiene, seguridad, autoestima, dieta equilibrada, etc.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. JORNADA SALUDABLE: sendero corto y largo.

Fecha inicio: 02/04/2022  
Fecha final.: 02/04/2022  
Responsable.: MARI CARMEN SANCHEZ

2. CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL 5D en RESIDENCIA JERONIMO ZURITA y preguntas subjetivas.

Fecha inicio: 28/03/2022  
Fecha final.: 01/04/2022  
Responsable.: REBECA GIL

3. CHARLA DIDACTICA en aulas del Colegio.

Fecha inicio: 15/06/2022  
Fecha final.: 15/06/2022  
Responsable.: REBECA GIL

4. Representación grafica de actividades saludables, participación de aulas del Colegio.

Fecha inicio: 28/03/2022  
Fecha final.: 01/04/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#118

### 1. TÍTULO

#### ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MOSQUERUELA

Responsable.: REBECA GIL

##### 5. COMIDA SALUDABLE.

Fecha inicio: 02/04/2022

Fecha final.: 02/04/2022

Responsable.: MARI CARMEN SANCHEZ

##### 6. JUEGOS TRADICIONALES para niños.

Fecha inicio: 02/04/2022

Fecha final.: 02/04/2022

Responsable.: MARI CARMEN SANCHEZ

##### 7. MUSICOTERAPIA.

Fecha inicio: 17/09/2022

Fecha final.: 17/09/2022

Responsable.: ROBERTO SOLSONA

##### 8. Stand: atención a la mujer y problemas ginecólogos mas frecuentes.

Fecha inicio: 17/09/2022

Fecha final.: 17/09/2022

Responsable.: ALICIA ARNAU

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Stand.

Enfermera de AP (Rebeca Gil): temas relacionados con la salud mental (ansiedad, técnicas de relajación, etc).

Enfermera de AP (Ascensión Montero): constantes y promoción de la salud.

Enfermera de AP (Ana Julián): detección de signos de alarma que requieran atención inmediata.

Especialista en Oftalmológica (Amparo Gargallo): salud ocular.

Farmacéutico COFT (Marta García): uso responsable del medicamento.

Responsable de la biblioteca de Mosqueruela (Maribel Gil): lectura infantil sobre temas de promoción de la salud y alimentación saludable. Exposición de libros.

Fisioterapeuta de la zona (Asun Campos): higiene postural y estiramientos.

Monitora de Zumba (Sandra Escrig): clase magistral.

o

Otra actividad que se valorará es el grado de satisfacción de los participantes

Pendiente de confirmación, de variaciones y ampliaciones en la Segunda parte de la Jornada.

Respecto a las actividades del año 2023, esta previsto realizar una Jornada con otros senderos y actividades de promoción de la salud y prevención, con fecha prevista en Junio del 2023.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Participación en el sendero y actividades de la primera jornada

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Participates(Sexo y edad)

Denominador .....: Población que participa en el sendero(límite de aforo 150)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Folleto de inscripción.

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

##### 2. -Conocer la participación cuantitativamente de las diferentes instituciones (aulas del Colegio y ot

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Niños que participan en las actividades de la primera jornada

Denominador .....: Población que participa: 80

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Actividades realizadas y participantes.

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

##### 3. -Aumentar los conocimientos, tras las sesiones impartidas en los diferentes Colegios. Protec solar.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de contestaciones afirmativas

Denominador .....: Preguntas totales.

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#118

### 1. TÍTULO

#### ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MOSQUERUELA

Fuentes de datos.: Cuestionario pre/post test.

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Satisfacción conseguida tras la finalización de las jornadas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Satisfacción cuantitativa discontinua

Denominador .....: Máxima satisfacción ,escala likert de 10

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se realiza en la zona básica del Centro de Salud de Mosqueruela, pero la inscripción es libre y abierta para todos los que quieran participar.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#273

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE INDICADORES EN AGC PARA PACIENTES EPOC DEL CS MOSQUERUELA

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#273 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GIL SALVADOR REBECA

Título  
MEJORA DE INDICADORES EN AGC PARA PACIENTES EPOC DEL CS MOSQUERUELA

Colaboradores/as:  
COBOS COBOS JOSE MARCELO  
DOÑATE CIFUENTES JAVIER  
FUENTES GONZALVO EVA  
MARTIN FAÑANAS ELENA  
SANCHEZ SANCHEZ M. CARMEN  
SARASA CANTAN PABLO MIGUEL  
SOFFIANTINI CAMPOAMOR DOLORES

Ubicación principal del proyecto.: CS MOSQUERUELA

Servicio/Unidad principal .....: EAP MOSQUERUELA

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), es un problema de salud que actualmente está dentro de las tres primeras causas de muerte, aumenta la discapacidad y disminuye la calidad de vida. Tras una reunión de equipo con Dirección para hablar sobre resultados e indicadores del Acuerdo de Gestión Clínica (AGC), nos indican que el CS de Mosqueruela no cumple los valores mínimos en este apartado. La prevalencia de EPOC en el periodo de evaluación en el CS es de 1,91 (2,1-2,3), el porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios 22,2% (24,1-62,4%). Porcentaje de pacientes con EPOC en los que existe riesgo de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas 22,22% (24,5-58,8%). El porcentaje de pacientes fumadores mayores de 40 años y al menos una espirometria en los últimos cinco años 18,88% (40-60%).

#### ÁREAS DE MEJORA

Con este proyecto se intenta mejorar los resultados para los próximos años, la captación de las personas fumadoras dándole información y talleres para su manejo diario.

Aumentar el porcentaje de diagnósticos de EPOC en el CS de Mosqueruela.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Los bajos resultados obtenidos del Centro de Salud en este apartado del Acuerdo de Gestión Clínica, nos lleva a realizar este proyecto para mejorar los indicadores. Creemos conveniente el diagnóstico de estos pacientes para mejorar su calidad de vida, ya que el EPOC aumenta la morbimortalidad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Captar a las personas fumadoras y candidatas a diagnóstico EPOC.
- Aumentar los datos de prevalencia de pacientes fumadores en el CS de Mosqueruela mediante la captación activa y registro en OMI AP.
- Realización de espirometrías, cuya finalidad será el diagnóstico de EPOC en pacientes fumadores.
- Mejorar el manejo de los inhaladores e inspirómetro de incentivo, ya que observamos un mal uso de estos dispositivos en el tratamiento activo de dicha patología. Por lo que vemos conveniente realizar charlas informativas, para aumentar la destreza y su manejo, así como indicar las medidas higiénico sanitarias a tener en cuenta.
- Fomentar el ejercicio y dieta equilibrada, ya que estos pacientes diagnosticados de EPOC suelen presentar asociados problemas de sedentarismo y obesidad.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

- Informar a los miembros del EAP a través de una reunión de equipo de la pertinencia del proyecto, así como de ideas y sugerencias designación de responsabilidades a cada participante (espirometrías)  
Fecha inicio: 18/07/2022  
Fecha final.: 31/07/2022  
Responsable.: Rebeca Gil.
- Captación activa a través de OMI, entrevista personal en consulta de AP y Atención Continuada.  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Todo el personal que participe en proyecto y EAP.
- Realizar las espirometrías en personas fumadoras, con información previa a la realización (fumadores/as).

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#273

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE INDICADORES EN AGC PARA PACIENTES EPOC DEL CS MOSQUERUELA

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Mari Carmen Sanchez y Rebeca Gil.

4. -Taller de respiraciones abdominales. Ejercicios respiratorios para mejorar el tono y la fuerza muscular.

Fecha inicio: 03/03/2023

Fecha final.: 10/03/2023

Responsable.: Rebeca Gil y Elena Martin.

5. -Sesión practica de inhaladores y utilización del inspirometro de incentivo.

Fecha inicio: 03/03/2023

Fecha final.: 10/03/2023

Responsable.: Eva Fuentes y Elena Martin.

6. -Taller sobre la actividad física y la dieta equilibrada.

Fecha inicio: 03/03/2023

Fecha final.: 10/03/2023

Responsable.: Pablo Sarasa.

7. -Consulta monográfica de tabaco. Objetivo final.

Fecha inicio: 03/03/2023

Fecha final.: 10/03/2023

Responsable.: Marcelo Cobos.

8. -Facilitar la información pertinente para la deshabituación tabáquica.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Lola Soffiantini y Javier Fuentes.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Actualizar el registro de personas fumadoras en el CS de Mosqueruela.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Fumadores/as

Denominador .....: Poblacion de personas mayores de 18 años hasta 80 años.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Aumentar los diagnósticos de EPOC en OMI.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: EPOC

Denominador .....: Poblacion de personas mayores de 18 años hasta 80 años.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

3. Aumentar las habilidades y destrezas en el autocuidado (inhaladores, ejercicio, etc)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Aciertos sobre autocuidado (pre y post) de personas con EPOC.

Denominador .....: Cuestionario de 5 preguntas.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Entrevista clinica individualizada y cuestionario de evaluacion (pre y post).

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#273

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE INDICADORES EN AGC PARA PACIENTES EPOC DEL CS MOSQUERUELA

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#295

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SANITARIA EN EL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD RURAL DE SANTA EULALIA DEL CAMPO (TERUEL)

Fecha de entrada: 26/06/2022

Nº de registro: 2022#295 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ARMANGUE SANZ SILVIA

Título  
EDUCACION SANITARIA EN EL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD RURAL DE SANTA EULALIA DEL CAMPO (TERUEL)

Colaboradores/as:  
BLAS GOMEZ CONSUELO  
KOLESNYK SUMSKAYA ELENA

Ubicación principal del proyecto.: CS SANTA EULALIA

Servicio/Unidad principal .....: EAP SANTA EULALIA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Conseguir una mejor calidad asistencial y un aumento en la seguridad clínica y en la satisfacción del usuario en el Servicio de Atención Continuada.

#### ÁREAS DE MEJORA

Detectados déficits en el uso de la Atención Continuada, consideramos necesario realizar una labor educativa en la población adscrita al centro, sobre el funcionamiento del servicio y las principales patologías urgentes/emergentes.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Se realiza estudio retrospectivo, valorando las asistencias realizadas durante los meses de marzo, abril y mayo del presente año 2022 en el servicio de Atención Continuada del Centro de Salud de Santa Eulalia, analizando los siguientes indicadores: patología urgente/no demorable, paciente "desplazado" (sin TIS asignada), paciente de habla extranjera, uso de la vía intramuscular y prescripción de antibiótico.

Se aprecia que un 51,60% acude por patología no urgente/ demorable, en un 21,44% se utiliza la vía intramuscular en el tratamiento y en un 13,62% se prescribe antibiótico. De la población atendida, un 18,88% son pacientes "desplazados" y un 14,49% de habla extranjera.

Se valoran los paneles informativos del Centro de Salud de Santa Eulalia y de los consultorios locales (Alba del Campo, Almohaja, Aguatón, Peracense, Pozondón, Ródenas, Singra, Torremocha y Torrelacárcel) con idea de renovar y añadir la información sobre el horario ordinario, el horario de Atención Continuada y cómo realizar el desplazamiento de tarjeta sanitaria en la población que acude temporalmente a esta zona básica de salud.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejoría de la utilización del servicio de Atención Continuada.
- Aumentar el grado de satisfacción del profesional con respecto al servicio.
- Aumentar el grado de satisfacción del paciente con el servicio de Atención Continuada.
- Disminuir la prescripción inadecuada de antibióticos en procesos infecciosos atendidos en Atención Continuada.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión con el EAP para presentar proyecto, valorar su percepción sobre la demanda en AC mediante cuestionario

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 15/09/2022

Responsable.: Silvia Armangué Sanz

2. Cuestionarios a la población iniciales

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/08/2022

Responsable.: los miembros del proyecto

3. Sesión clínica al EAP sobre información de antibióticos de 1ª elección en procesos infecciosos.

Sesión clínica al EAP sobre las recomendaciones actuales para el uso de la vía intramuscular.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final: 15/10/2022

Responsable.: los miembros del proyecto

4. Informar a la población sobre horarios y localización del servicio elaborando carteles informativos y folletos en los diferentes idiomas, y distribuyéndolos en los consultorios locales.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 31/12/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#295

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SANITARIA EN EL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD RURAL DE SANTA EULALIA DEL CAMPO (TERUEL)

Responsable.: los miembros del proyecto

5. Charlas a la población (con apoyo de información escrita) sobre los signos de alarma de patología urgente/emergente y sobre los mitos en tratamientos demandados

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: los miembros del proyecto

6. Cuestionarios a la población posteriores a las charlas con encuestas heteroadministradas desde el servicio de Atención Continuada a los usuarios de este.

Fecha inicio: 15/10/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: los miembros del proyecto

7. Análisis de los datos recogidos y elaboración de memoria inicial.

Fecha inicio: 15/12/2022

Fecha final.:

Responsable.: los miembros del equipo

8. Análisis de los datos recogidos y elaboración de memoria final

Fecha inicio: 01/10/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: los miembros del equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Los temas preguntados en el cuestionario al profesional son:

- Uso inadecuado de los pacientes de horario no ordinario
- Patología asistida en A.C. realmente urgente/ no demorable
- Exceso de uso de la vía intramuscular por parte del profesional
- Demanda del paciente de tratamiento intramuscular
- Exceso en la prescripción de antibiótico por parte del profesional
- Demanda del paciente de tratamiento antibiótico.

Los temas preguntados en el cuestionario al paciente son:

- Horario ordinario y horario de atención continuada
- Localización de los consultorios locales
- Información de SaludInforma
- Existencia de barrera idiomática
- Opción de desplazamiento de tarjeta sanitaria y modo de realizarlo
- Concepto de patología urgente/ no demorable
- Recomendaciones de uso de la vía intramuscular
- Uso de antimicrobianos
- Interés en la asistencia a charlas informativas

Las charlas a la población (con apoyo de información escrita) sobre los signos de alarma de patología urgente/emergente (ICTUS, IAM, alteraciones en glucemias, etc.), sobre primeros auxilios que puede realizar la población previos a la demanda de asistencia (quemaduras, heridas, picaduras, ...) y sobre los mitos en tratamientos demandados (uso adecuado del antibiótico, vía intramuscular, vacunación antitetánica, etc.) se realizarán en diferentes días en una sala recién construida en el Centro de Salud de Santa Eulalia con aforo limitado por una MAC y una EAC. Se avisará de los posibles días y de cómo apuntarse a través del servicio de admisión del centro de salud (de forma presencial o telefónica en horario ordinario) mediante carteles informativos en el centro de salud y consultorios, instalaciones municipales (ayuntamientos, farmacias, centro de día, ...) y bandos municipales en las distintas localidades adscritas a esta zona básica de salud.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % personas >18 años de la ZBS que asiste a las charlas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número asistentes > 18 años

Denominador .....: población > 18 años de la ZBS Santa Eulalia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP y BDU

Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 6.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 6.00

2. % pacientes que acude a AC por patología no URG/ demorable

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Personas que acuden por patología no URG/ demorable

Denominador .....: Total de personas atendidas en AC

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#295

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SANITARIA EN EL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD RURAL DE SANTA EULALIA DEL CAMPO (TERUEL)

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 51.60  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.50  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 49.00

3. % de profesionales satisfechos con la demanda que atiende en AC

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de profesionales satisfechos  
Denominador .....: Total de profesionales encuestados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

4. % de pacientes que están satisfechos con el servicio

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° pacientes satisfechos  
Denominador .....: Total pacientes encuestados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

5. % de prescripciones inadecuadas de antibióticos en procesos infecciosos

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de prescripciones de antibiótico inadecuadas en procesos infecciosos  
Denominador .....: Total de prescripciones de antibiótico en AC  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.50  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

6. -

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: -  
Denominador .....: -  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: -  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

7. -

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: -  
Denominador .....: -  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: -  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

8. -

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: -  
Denominador .....: -  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: -  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#295

### 1. TÍTULO

**EDUCACION SANITARIA EN EL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD RURAL DE SANTA EULALIA DEL CAMPO (TERUEL)**

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología urgente / no demorable

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#291

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DE DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMATIZADO (DEA) EN LA POBLACION GENERAL DE LA ZONA BASICA DE SALUD SARRION

Fecha de entrada: 25/06/2022

Nº de registro: 2022#291 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
FATAHI BANDPEY BEHROUZ

Título  
FORMACION EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DE DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMATIZADO (DEA) EN LA POBLACION GENERAL DE LA ZONA BASICA DE SALUD SARRION

Colaboradores/as:  
ASTUDILLO COBOS JUAN RAMON  
BRUNA SALAS MARIA PILAR  
CHIREA VIRGINIA CLAUDIA  
FUENTES MORENO ENCARNA  
MIRALLAS MEZQUITA MIRIAM ASUNCION  
PLOU IZQUIERDO SARA  
RUIZ CARRALERO MANUEL

Ubicación principal del proyecto.: CS SARRION

Servicio/Unidad principal .....: EAP SARRION

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La mayoría de las situaciones que requieren resucitación cardio-pulmonar (RCP) se producen fuera de los ámbitos sanitarios son presenciados y atendidos por personal no sanitario. Está demostrado que el tiempo de atención es directamente proporcional a la supervivencia y las posibles secuelas. Por otro lado en la Comunidad de Aragón existe una ley sobre el uso de desfibriladores semiautomáticos (DEA) en lugares públicos (Decreto 229/2006, de 21 de noviembre) y el personal sanitario deberíamos de participar como docentes en dichas actividades. El acceso a la población de los núcleos rurales es más cercano y sencillo desde los equipos sanitarios de los centros de salud.

#### ÁREAS DE MEJORA

Gran parte de la población general no sabe realizar maniobras de RCP básica y desconoce el uso correcto del DEA. Además, en algunos pueblos el DEA se encuentra ubicado en el interior del edificio del ayuntamiento y el acceso de la población al mismo resulta dificultoso en horario de mañanas y prácticamente inaccesible en horario de tardes, fines de semana y festivos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Nuestra meta es enseñar a la población general de nuestra zona básica de salud (Centro de salud Sarrión) reconocer una parada cardio-respiratoria (PCR) y a continuación las técnicas de resucitación cardiopulmonar (RCP) básica y uso de desfibrilador automatizado externo (DEA).

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Esperamos que ante un suceso vital sepan reconocer la gravedad de la situación, identificar una parada cardiorrespiratoria y actuar según secuencia del protocolo europeo. También que la población conozca los recursos existentes a su alcance como DEA y por supuesto aprender a usarlos. Intentar conseguir que la población participe de manera más amplia (haciendo especial hincapié en el ámbito escolar (profesorado), trabajadores de empresas y residencias, etc.) y activamente en estas actividades. Formación/Capacitación en la zona básica de salud de Sarrión a reconocer una parada cardio-respiratoria y el uso de técnicas de resucitación cardiopulmonar (RCP) básica y uso de desfibrilador automatizado externo (DEA). Realizar un Diagnostico situacional sobre el conocimiento básico del PCR y uso de DEA. Identificar en los diferentes barrios o comunidades la existencia de recursos a su alcance (como DEA en situaciones de PCR).

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Ir a todos los pueblos de nuestra zona básica de salud (ZBS) e identificar la ubicación de los DEAs.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 16/10/2022

Responsable.: Behrouz Fatahi, Juan Astudillo, Sara Plou, Claudia Chirea, Pilar Bruna, Manuel Ruiz, Encarna Fuentes

2. Solicitar colaboración a los alcaldes de cada pueblo para difundir las actividades propuestas entre los habitantes del pueblo (mediante carteles, cadena de mails, grupos de whatsapp).

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Behrouz Fatahi, Juan Astudillo, Sara Plou, Claudia Chirea, Pilar Bruna, Miriam Mirallas



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#291

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DE DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMATIZADO (DEA) EN LA POBLACION GENERAL DE LA ZONA BASICA DE SALUD SARRION

3. Consensuar con los ayuntamientos, colegios y empresas de cada pueblo unas fechas concretas para la realización de talleres teórico-prácticos de RCP básica y manejo del DEA.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Behrouz Fatahi, Sara Plou, Pilar Bruna, Manuel Ruiz, Encarna Fuentes, Miriam Mirallas

4. Selección, por parte de los componentes del grupo de mejora de los participantes a los talleres teórico-prácticos (elaboración de listados y concretar fechas).

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Behrouz Fatahi, Juan Astudillo, Sara Plou, Claudia Chirea, Pilar Bruna, Manuel Ruiz, Encarna Fuentes

5. Realizar los talleres teórico-prácticos en distintas ubicaciones de cada pueblo (centro de salud, ayuntamientos, aulas de colegios (profesorado) y salas de reuniones de las empresas).

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Behrouz Fatahi, Juan Astudillo, Claudia Chirea, Manuel Ruiz, Encarna Fuentes, Miriam Mirallas

6. Después de los talleres teórico-prácticos se realizará a continuación a los participantes al mismo un test teórico-práctico para valorar los conocimientos adquiridos.

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Behrouz Fatahi, Sara Plou, Claudia Chirea, Pilar Bruna, Encarna Fuentes, Miriam Mirallas

7. Al finalizar los talleres se realizará a los participantes una encuesta de satisfacción posteriormente se recopilarán los datos y se elaborará el informe final.

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: B. Fatahi, J. Astudillo, S. Plou, C. Chirea, P. Bruna, M. Ruiz, E. Fuentes, M. Mirallas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Grado de participación de la población de nuestra ZBS en los talleres teórico-prácticos.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: población participante en los talleres

Denominador .....: número adultos entre 18-60 años

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: censo de población de los ayuntamientos y listados de participantes en los talleres

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

2. Grado de respuesta a la encuesta de satisfacción de la población participante en los talleres.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: población participante en los talleres que haya respondido a la encuesta de satisfacción

Denominador .....: población participante en los talleres

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuestas realizadas vía mail y listados de participantes en los talleres

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Grado de satisfacción de la población participante en los talleres.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: grado de satisfacción (medido de 1 a 5)

Denominador .....: 5

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuestas realizadas vía mail y/o BDU

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#291

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DE DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMATIZADO (DEA) EN LA POBLACION GENERAL DE LA ZONA BASICA DE SALUD SARRION

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

4. Conocimientos adquiridos por los participantes en los talleres (mediante test teórico-práctico).

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: conocimientos adquiridos (medidos de 1 a 5 en el test teórico-práctico)

Denominador .....: 5

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: test teórico-prácticos realizados al finalizar los talleres

Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Parada cardio-respiratoria

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#354

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS RESIDENTES EN EL CENTRO RESIDENCIAL DE SARRION

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#354 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

Título  
ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS RESIDENTES EN EL CENTRO RESIDENCIAL DE SARRION

Colaboradores/as:  
BESER MORTE CRISTINA  
GUILLEN ROZALEN ISABEL  
MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA  
PEREZ DIEZ CRISTINA  
PLOU IZQUIERDO SARA  
RUIZ CARRALERO MANUEL

Ubicación principal del proyecto.: CS SARRION

Servicio/Unidad principal .....: EAP SARRION

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El envejecimiento de la población con tasas crecientes de complejidad clínica, fragilidad, dependencia y soledad obliga a reorientar los sistemas de salud para que puedan responder de una manera más accesible, integrada, personalizada y eficiente a las crecientes necesidades sanitarias y sociales de un colectivo de usuarios de residencias cada vez más numeroso.

Tras evaluar la situación en la que se encuentran los usuarios de la residencia de Sarrión nos parece prioritario mejorar sus cuidados centrándonos en un modelo más proactivo, preventivo, integrado, centrado y dirigido a la persona. Siempre garantizando que las personas mayores en situación de fragilidad puedan disfrutar de un mayor bienestar y calidad de vida.

#### ÁREAS DE MEJORA

Reforzar la atención desde el Centro de Salud a todos los usuarios de la residencia de Sarrión identificando necesidades y dando respuestas. El Equipo de Atención Primaria (EAP) es el responsable final de la atención sanitaria de las personas que tienen como domicilio habitual un centro residencial.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de coordinación entre el Centro de Salud y la residencia.

No existencia de profesional referente que facilite la información periódica a los profesionales del EAP sobre morbilidad de las personas residentes, funcionamiento del centro residencial y formación de apoyo a los trabajadores de la residencia.

Pacientes pluripatológicos polimedcados. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los errores de medicación (EM) y las prácticas inseguras asociadas al uso de los medicamentos son una de las principales causas de daño evitable en los sistemas de salud de todo el mundo. A nivel nacional, el estudio EARCAS (Estudio Nacional de Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios) concluyó que los eventos adversos (EA) más comunes y que requieren atención prioritaria están relacionados con los cuidados, el incumplimiento de las prescripciones y los acontecimientos adversos por medicación.

Completar la valoración integral de los usuarios con planes personales y correcto seguimiento.

No existencia de profesional que detecte problemas sociales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Lograr una correcta coordinación entre centro de salud y residencia para mejorar la atención a todos los usuarios que residen en la Residencia de Sarrión.

Garantizar una continuación asistencial con respuesta personalizada a descompensaciones.

Lograr una atención a los mayores más humanizada favoreciendo la toma de decisiones compartida entre los profesionales sanitarios y el paciente/ familia/cuidadores.

Formación de apoyo a los trabajadores de la residencia sobre cuidados básicos.

Revisar y optimizar los tratamientos de los pacientes de la residencia mediante la intervención del Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP) del Sector Teruel.

Documentar en Historia Clínica Electrónica (HCE) los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y las intervenciones sanitarias en todos los residentes.

Conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales (alta hospitalaria, consulta médica) para reducir EM y disminuir los EA prevenibles.

Asegurar seguimiento farmacoterapéutico y cumplimiento de las prescripciones.

Registro en historia clínica de intervenciones sanitarias en todos los residentes.

Medidas de prevención y acciones promotoras de salud orientadas a la vida cotidiana de las personas residentes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Comunicar en reunión de equipo la realización del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#354

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS RESIDENTES EN EL CENTRO RESIDENCIAL DE SARRION

Fecha inicio: 17/06/2022  
Fecha final.: 17/06/2022  
Responsable.: Teresa Lainez Lorente

2. - Designar enfermera referente del EAP  
Fecha inicio: 17/06/2022  
Fecha final.: 17/06/2022  
Responsable.: Teresa Lainez Lorente

3. - Comunicación del proyecto a la Dirección del centro residencial y a todos los residentes.  
Fecha inicio: 11/07/2022  
Fecha final.: 11/07/2022  
Responsable.: Teresa Lainez Lorente

4. - Comunicar proyecto en el Consejo de Salud.  
Fecha inicio: 08/08/2022  
Fecha final.: 08/08/2022  
Responsable.: Cristina Beser Morte

5. - Crear en OMI un episodio donde aparezcan la realización de todas las tareas realizadas con los pacientes (atención a la salud en residencia de ancianos)  
Fecha inicio: 12/07/2022  
Fecha final.: 25/08/2022  
Responsable.: Teresa Lainez Lorente

6. - Valoración integral de todos los usuarios de la residencia realizando escalas (Barthel, Pfeiffer, Este II y Minimental) y revisión farmacológica de todos los tratamientos.  
Fecha inicio: 11/07/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Cristina Beser, Begoña Martinez, Teresa Lainez y Cristina Perez

7. - Revisión y actualización del botiquín de medicamentos.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 20/12/2022  
Responsable.: Manuel Ruiz, Sara Plou

8. - Realizar actividades de formación al personal de la residencia sobre actuación ante situaciones de atragantamiento y disfagia, sujeciones, alimentación saludable y ejercicio físico.  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2023  
Responsable.: Todos los componentes del proyecto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Tras valoración de todos los usuarios de la residencias y la revisión farmacológica de todos ellos se realizarán cada cuatrimestre valoraciones y comprobaciones de fármacos, planes personales y cuidados. Todos los que participamos en el proyecto nos aseguraremos que todas las acciones van a poder llevarse a cabo para una correcta implementación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de residentes que tienen en OMI cumplimentadas las escalas de Barthel, Pfeifer, Este II  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de residentes que tienen en OMI cumplimentadas estas escalas  
Denominador .....: número total de residentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de pacientes que tienen en OMI cumplimentados planes de cuidados  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de residentes que tienen en OMI cumplimentados planes de cuidados  
Denominador .....: número total de residentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Porcentaje de trabajadores de la residencia que asisten a cada una de las sesiones formativas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#354

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS PERSONAS RESIDENTES EN EL CENTRO RESIDENCIAL DE SARRION

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de trabajadores que asisten  
Denominador .....: número total de trabajadores  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de firmas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Porcentaje de revisiones farmacoterapéuticas realizadas

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de revisiones farmacoterapéuticas realizadas  
Denominador .....: Número total de pacientes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. Porcentaje de intervenciones farmacéuticas aceptadas por el médico

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de intervenciones farmacéuticas aceptadas por el médico  
Denominador .....: Número total de intervenciones farmacéuticas realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

6. Porcentaje de problemas relacionados con la medicación (PRM) de efectividad

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de PRM de efectividad  
Denominador .....: Número total de PRM.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

7. Porcentaje de problemas relacionados con la medicación (PRM) de necesidad

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de PRM de necesidad  
Denominador .....: Número total de PRM.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

8. Porcentaje de problemas relacionados con la medicación (PRM) de seguridad

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de PRM de seguridad  
Denominador .....: Número total de PRM.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Atención a la salud en centros residenciales

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#354

### 1. TÍTULO

#### ATENCION A LA SALUD DE LAS PERSONAS RESIDENTES EN EL CENTRO RESIDENCIAL DE SARRION

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#153

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICO EFICIENTE DE LA GONARTROSIS A TRAVES DE LA RX SIMPLE DE RODILLA EN CARGA DESDE AP

Fecha de entrada: 16/06/2022

Nº de registro: 2022#153 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALONSO VALBUENA AINARA

Título  
DIAGNOSTICO EFICIENTE DE LA GONARTROSIS A TRAVES DE LA RX SIMPLE DE RODILLA EN CARGA DESDE AP

Colaboradores/as:  
BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE  
CERESUELA LOPEZ AMELIA  
DE SOUZA OLIVEIRA KATIA  
GALINDO ESTEBAN MARIA CARMEN  
GOMEZ NAVARRO RAFAEL  
ROIG SALGADO CRISTINA  
SANCHEZ ORO RAQUEL

Ubicación principal del proyecto.: CS TERUEL CENTRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP TERUEL CENTRO

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La gonartrosis es una patología muy prevalente en A.P. por lo cual es fundamental su diagnóstico correcto a través de las pruebas de imagen. La optimización en la solicitud de pruebas de imagen, en este caso de la Rx simple en carga, aumenta la eficiencia de las mismas y contribuye a realizar un diagnóstico rápido. Este aspecto es un área de mejora ya que se ha detectado que en el OMI no existe la opción de solicitar la Rx de rodilla en carga, que es el mejor método para diagnosticar de gonartrosis.

#### ÁREAS DE MEJORA

El área de mejora fundamental es la solicitud de las pruebas de imagen más indicada para llegar a la confirmación de la sospecha diagnóstica como gonartrosis. Según el protocolo vigente para coordinar la derivación desde atención primaria a servicios del HOP en relación a la patología musculo esquelética, la prueba de radiología más indicada para llegar al diagnóstico de confirmación de gonartrosis, es la Rx simple de rodilla de la articulación en carga. Sin embargo, no es la práctica habitual en nuestro medio puesto que en nuestro programa informático no se puede solicitar expresamente en esa proyección.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La gonartrosis se correlaciona directamente con la edad y las actividades laborales que sobrecargan las rodillas que han llevado los pacientes a lo largo de su vida. La imposibilidad de solicitar la prueba más adecuada para el diagnóstico de gonartrosis puede conllevar a un infradiagnóstico de la entidad o bien a un diagnóstico más tardío y por tanto a una sobremedicación del paciente. La adecuación de la prueba con mayor rendimiento diagnóstico, ayudará a su detección precoz en los estadios más avanzados, y a que los pacientes se puedan beneficiar de una cirugía más temprana que recupere la funcionalidad de la articulación. Todo esto incide en la promoción de hábitos saludables y permite que mantengan una vida activa evitando el sedentarismo que ocasiona el dolor de la artrosis de rodilla

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Solicitar desde AP las proyecciones más adecuadas para un correcto diagnóstico de gonartrosis.
- Implementar la posibilidad de solicitar desde AP la Rx de rodilla en carga.
- Correlación clínico-radiológica para confirmar el diagnóstico de gonartrosis.
- Conocer la edad media del diagnóstico de gonartrosis

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión con el servicio de Rayos para que recomienden poner en petitorio estas nueva prueba

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 15/09/2022  
Responsable.: Ainara Alonso

2. Solicitar a Javier Marzo Arana, director de Continuidad Asistencia del SALUD que autorice la inclusión en el petitorio  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 15/10/2022  
Responsable.: Monica Lasheras

3. Puesta en contacto con Fernando Bielsa para que las integre en el programa informático OMI  
Fecha inicio: 17/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#153

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICO EFICIENTE DE LA GONARTROSIS A TRAVES DE LA RX SIMPLE DE RODILLA EN CARGA DESDE AP

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Monica Lasheras

4. Hacer la formación necesaria para que los miembros del equipo conozcan que la prueba de mayor rendimiento para diagnosticar gonartrosis en la Rx en carga.

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 21/11/2022

Responsable.: Ainara Alonso

5. Elaborar un registro demográfico de la edad media de la petición.

Fecha inicio: 15/05/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Rafael Gomez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. sospecha gonartrosis

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº peticiones de Rx en carga con sospecha diagnóstica de gonartrosis

Denominador .....: todas las peticiones con sospecha diagnóstica de gonartrosis

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Segun los datos obrantes en OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. correlación clinica gonartrosis

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº peticiones con confirmación de gonartrosis

Denominador .....: todas las peticiones con sospecha diagnóstica de gonartrosis

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: segun OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

3. Edad media del diagnóstico de gonartrosis

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: sumatorios de las edades al diagnostico

Denominador .....: Numero de pacientes diagnosticados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Según OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#175

### 1. TÍTULO

#### **DETECCION DE SITUACIONES DE SOLEDAD NO DESEADA EN MAYORES DE 65 AÑOS Y RECOMENDACION DEL ACTIVO PARA LA SALUD: VOLUNTARIADO "ACOMPAÑANDO-TERUEL" CON ESPECIAL ATENCION AL SOBREENVEJECIMIENTO**

Fecha de entrada: 19/06/2022

Nº de registro: 2022#175 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA

Título  
DETECCION DE SITUACIONES DE SOLEDAD NO DESEADA EN MAYORES DE 65 AÑOS Y RECOMENDACION DEL ACTIVO PARA LA SALUD: VOLUNTARIADO "ACOMPAÑANDO-TERUEL" CON ESPECIAL ATENCION AL SOBREENVEJECIMIENTO

Colaboradores/as:  
CASTILLO GUILLAMON MIGUEL  
GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN  
GOMEZ MARTINEZ SAMANTHA  
GUILLEN SANTOS ISABEL  
LASHERAS BARRIO MONICA

Ubicación principal del proyecto.: CS TERUEL CENTRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP TERUEL CENTRO

Ubicación/es secundaria/s  
TERUEL\*CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE\*EAP TERUEL ENSANCHE\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desconocemos los datos sobre soledad no deseada de Teruel, ya que es algo subjetivo y difícilmente cuantificable. Pero según el Atlas de Salud de Aragón, los datos del 2011, de hogares unipersonales de los mayores de 65 años y más, son, en Teruel Ensanche del 7,22% y del 9.83% en Teruel Centro.  
Uno de los factores que contribuyen a la soledad no deseada en mayores de 65 años es el sobrevejecimiento, que es la proporción de personas de 85 y más años sobre la población de 65 y más años. Según el Padrón Municipal de habitantes a 1 de enero de 2014 facilitado por el IAESE, España presenta un porcentaje de sobrevejecimiento alto, del 14,8 %. En Aragón, el valor del índice en la población total es 17,6 %, es decir es una población todavía más sobrevejecida que la española en general, teniendo mayor número en las Zonas Básicas de Salud (ZBS) en los sectores de Teruel y Barbastro. En el Centro de salud Teruel Ensanche alcanza el 24.5%, y Centro de Salud Teruel Centro 17,83 según dato del Atlas de Aragón año 2014.  
La problemática generada por el sobrevejecimiento sería: Generación de SOLEDAD NO DESEADA; mayor número de hogares unipersonales; mayor número de situaciones de dependencia, es decir, mayor número de personas con necesidad de ayuda de terceros para desenvolverse en su vida diaria; mayor número de personas hiperfrecuentadoras en Atención Primaria (AP), con problemas de ansiedad, con mala adherencia al tratamiento farmacológico, etc. Que son achacables a circunstancias sociales o de soledad.  
A raíz del confinamiento surgió la Asociación de voluntarios "Acompañando-Teruel", que trataba de paliar el efecto del aislamiento por el confinamiento y ayudaban a las personas a hacer la compra, pasear a las mascotas, ir a la farmacia, etc. En este periodo de tiempo detectaron muchas situaciones de soledad no deseada, por lo que continuaron el proyecto dándole una perspectiva diferente. Se dieron cuenta que muchos de los voluntarios lo hacían porque se sentían solos y muchos de los que solicitaban ayuda, se sentían solos también. Y que el beneficio para ambos era exponencial. Con lo que actualmente se dedican, mediante voluntarios, a acompañar a personas que sienten soledad no deseada.  
Hicimos una búsqueda bibliográfica para ver si existía una manera de cuantificar la Soledad no deseada, y descubrimos que estaba el instrumento "Escala Este II" de medición de soledad social. Así que esa va a ser la herramienta objetiva para la inclusión en el proyecto a los pacientes que nos puedan parecer candidatos.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Soledad no deseada
- cobertura de otras necesidades básicas

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Sobrevejecimiento
- Manera de distribuir los cuidados la sociedad actual

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Detección de personas mayores de 65 años, y en especial los mayores de 85, que presenten soledad no deseada y hacer una valoración social integral.
- Focalizar la atención socio sanitaria en los sectores de población con mayor necesidad o fragilidad y situación social más complicada como son los hogares unipersonales en mayores de 65 años y con especial hincapié en mayores de 85 años.
- Articular mecanismos de participación social, de coordinación de recursos públicos y privados, de innovación terapéutica, dirigidos a la atención de las necesidades que pueda generar este colectivo y paliar situaciones de dependencia (servicios complementarios, ayuda a domicilio, teleasistencia, etc).

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#175

### 1. TÍTULO

#### DETECCION DE SITUACIONES DE SOLEDAD NO DESEADA EN MAYORES DE 65 AÑOS Y RECOMENDACION DEL ACTIVO PARA LA SALUD: VOLUNTARIADO "ACOMPAÑANDO-TERUEL" CON ESPECIAL ATENCION AL SOBREENVEJECIMIENTO

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Solicitud de incorporación de "Escala Este II" de medición de soledad social en programa informático OMI-AP.  
Fecha inicio: 14/03/2022  
Fecha final: 31/03/2022  
Responsable.: Mónica Lasheras
2. Elaboración de protocolo de actuación ante personas mayores de 65 años que vivan solas o verbalicen situaciones de soledad.  
Fecha inicio: 14/03/2022  
Fecha final: 10/04/2022  
Responsable.: Mónica Lasheras
3. Sesión informativa en ambos centros de salud para la explicación del proyecto y presentación del recurso "Acompañando-Teruel"  
Fecha inicio: 01/04/2022  
Fecha final: 30/04/2022  
Responsable.: Rosa Layunta y Samantha Gómez
4. Aplicación del protocolo de actuación en las consultas de Medicina, Enfermería y Trabajo Social: Escala Este II, Episodio Z28, recomendación activos, comunicarlo a Trabajadora Social.  
Fecha inicio: 18/04/2022  
Fecha final: 30/11/2023  
Responsable.: Todos
5. Realización de visita a domicilio en todos los casos en que se valore nivel de soledad social medio-alto por parte de, como mínimo, la Trabajadora Social y personal del programa de voluntariado.  
Fecha inicio: 18/04/2022  
Fecha final: 30/11/2023  
Responsable.: Rosa Layunta y Samantha Gómez
6. Reuniones mensuales de seguimiento por parte de Trabajadora social y equipo para el seguimiento del cumplimiento terapéutico de la prescripción de activos.  
Fecha inicio: 18/04/2022  
Fecha final: 31/12/2023  
Responsable.: Rosa Layunta y Samantha Gómez
7. Reuniones cada 3 meses de seguimiento y evolución del funcionamiento del programa por parte de los equipos de atención primaria, trabajadora social y equipo de voluntariado "Acompañando-Teruel".  
Fecha inicio: 18/04/2022  
Fecha final: 31/12/2023  
Responsable.: Todos
8. Volver a aplicar el instrumento "Escala Este II" de medición de soledad social, al año y a los dos años en las consultas de Medicina, Enfermería y Trabajo Social.  
Fecha inicio: 01/04/2023  
Fecha final: 31/12/2023  
Responsable.: Todos

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Soledad no deseada en mayores de 85 años  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de situaciones de soledad no deseada detectadas en mayores de 85 años  
Denominador .....: Número total de personas mayores de 85 años encuestadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros propios custodiados y agrupados por parte de la Trabajadora Social y "Acompañando-Teruel"  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00
2. Soledad no deseada en personas entre 65 y 84 años  
Tipo de indicador: Alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#175

### 1. TÍTULO

#### DETECCION DE SITUACIONES DE SOLEDAD NO DESEADA EN MAYORES DE 65 AÑOS Y RECOMENDACION DEL ACTIVO PARA LA SALUD: VOLUNTARIADO "ACOMPAÑANDO-TERUEL" CON ESPECIAL ATENCION AL SOBREENVEJECIMIENTO

Numerador .....: Número de situaciones de soledad no deseada detectadas entre 65 y 84 años  
Denominador .....: Número total de personas entre 65 y 84 años encuestadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros propios custodiados y agrupados por parte de la Trabajadora Social y "Acompañando-Teruel"  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Recomendación de activos en mayores de 85 años  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de recomendaciones de activos en mayores de 85 años con detección de soledad no deseada  
Denominador .....: Número total de mayores de 85 años con detección de soledad no deseada  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros propios custodiados y agrupados por parte de la Trabajadora Social y "Acompañando-Teruel"  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Recomendación de activos en personas entre 65 y 84 años  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de recomendaciones de activos en personas entre 65 y 84 años con detección de soledad no deseada  
Denominador .....: Número total de personas entre 65 y 84 años con detección de soledad no deseada  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros propios custodiados y agrupados por parte de la Trabajadora Social y "Acompañando-Teruel"  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. Valoraciones sociales realizadas  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de valoraciones sociales en domicilio en personas en situación de soledad no deseada  
Denominador .....: Número total de personas en situación de soledad no deseada  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros propios custodiados y agrupados por parte de la Trabajadora Social y "Acompañando-Teruel"  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Soledad No Deseada

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#393

### 1. TÍTULO

#### USO DE RECURSOS DIGITALES COMO ESTRATEGIA DOCENTE A FAMILIAS Y MEJORA DE LA PRACTICA CLÍNICA A TRAVES DE LA PROTOCOLIZACION DE LA ASISTENCIA EN EMERGENCIAS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#393 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTIN RUIZ NURIA

Título  
USO DE RECURSOS DIGITALES COMO ESTRATEGIA DOCENTE A FAMILIAS Y MEJORA DE LA PRACTICA CLÍNICA A TRAVES DE LA PROTOCOLIZACION DE LA ASISTENCIA EN EMERGENCIAS EN ATENCION PRIMARIA

Colaboradores/as:  
BRUSEL ESCUSA MANUELA  
GALAN RICO JOSE  
MARTIN RUIZ ANA ISABEL  
POMAR MARTIN MARIA LOURDES  
SUBIRON ORTEGO RAQUEL

Ubicación principal del proyecto.: CS TERUEL CENTRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP TERUEL CENTRO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Real Decreto 137/1984 y La Ley General de Sanidad 14/1986 definen y sientan las bases de la actual red de atención primaria, regulan el sistema de salud pública en España y establecen el modelo sanitario en el cual el pediatra es la puerta de entrada al sistema de salud de la población infantil y responsable de su atención integral. El pediatra de atención primaria es un especialista altamente resolutivo que soluciona más del 90% de las demandas de salud de esta población, supervisa su crecimiento y desarrollo, y participa en todas las actividades de prevención, promoción y educación para la salud, dentro de los equipos de atención primaria junto a enfermeras y médicos de familia. Asistimos a rápidos y profundos cambios demográficos, sociales, culturales, científicos y tecnológicos, así como de las demandas y expectativas de atención a la salud de los ciudadanos, que deberían reforzar el valor y la capacidad resolutiva de la atención primaria.

La universalidad, la gratuidad y la accesibilidad son características del sistema público de salud en atención primaria, pero la falta de definición de perfiles de los profesionales y una insuficiente planificación y organización asistencial, hace que los profesionales lleven a cabo actividades que ocupan gran parte de su tiempo, consumen recursos del sistema y no tienen impacto en salud.

En la estrategia de salud digital del Sistema Nacional de Salud, se señala que la utilización de los diferentes dispositivos móviles de carácter sanitario está facilitando la implicación de las personas en el cuidado de su salud, lo que constituye otra oportunidad para apoyar la evolución desde un enfoque reactivo de la atención sanitaria a un enfoque proactivo de salud integral. Del mismo modo, la diversificación de las vías de acceso y comunicación con el sistema y en el sistema sanitario debe redundar en beneficio de las personas usuarias y en la mejora del desempeño profesional<sup>2</sup>.

1. Domínguez Aurrecoechea B, Valdivia Jiménez C. La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo xxi. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012;26:82-7. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.004>.
2. [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia\\_de\\_Salud\\_Digital\\_del\\_SNS.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf)

#### ÁREAS DE MEJORA

Elevado número de consultas de Puericultura en horario no programado.  
Carro de paradas desactualizado.  
Ausencia de protocolo de emergencias pediátricas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Ausencia de suficiente consenso entre profesionales que realizan el programa del niño sano. Dificultad idiomática.

Escaso número de emergencias pediátricas en Atención Primaria (que no exime de la adecuada preparación para las mismas).

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal es optimizar el uso de los recursos existentes y mejorar la asistencia sanitaria en el paciente pediátrico. Se planea disminuir las consultas sobre puericultura a través del apoyo pedagógico de un panel informativo en el que se irá añadiendo información descargable en teléfonos móviles a través de códigos QR. Se reunirán recursos en distintos idiomas, para incluir a las familias no hispanohablantes. Se ha realizado valoración de los recursos existentes, en las que destaca la pertinencia de realizar una actualización del carro de paradas, con revisiones periódicas posteriores y creación de maletín pediátrico para avisos domiciliarios. Se realizará un estudio del material necesario y protocolo de actuación ante

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#393

### 1. TÍTULO

#### USO DE RECURSOS DIGITALES COMO ESTRATEGIA DOCENTE A FAMILIAS Y MEJORA DE LA PRACTICA CLÍNICA A TRAVES DE LA PROTOCOLIZACION DE LA ASISTENCIA EN EMERGENCIAS EN ATENCION PRIMARIA

emergencias.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión de equipo para priorización de actividades y reparto de tareas.

Solicitud de presupuesto de panel y comunicación con el servicio de mantenimiento para buscar la localización idónea.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 30/07/2022

Responsable: Lourdes Pomar

2. Recopilación de fuentes de información y realización de documentos por los pediatras del centro.

Creación de carteles y códigos QR.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable: Nuria Martín Ruiz

3. Evaluación del estado actual de carro de paradas y material para visitas domiciliarias.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 31/10/2022

Responsable: Manuela Brusel

4. Búsqueda en fuentes bibliográficas y en otras unidades con carro de paradas para informarnos de material deseable.

Protocolización del mantenimiento del carro de paradas pediátrico.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable: Ana Isabel Martín Ruiz

5. Redacción de protocolo asistencial ante una emergencia pediátrica.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final: 01/02/2023

Responsable: Raquel Subirón Ortego

6. Difusión al resto de miembros del centro de salud y a otros pediatras de Atención Primaria.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final: 30/03/2023

Responsable: José Galán

7. Evaluación de la utilidad y satisfacción de los pacientes y sus familias, junto con los profesionales implicados a través de una encuesta, con nuevas propuestas de mejora para el futuro.

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final: 06/05/2023

Responsable: Raquel Subirón Ortego

8. Creación de un formulario de propuestas de mejora en el servicio de pediatría para usuarios y profesionales.

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final: 31/05/2023

Responsable: Nuria Martín Ruiz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

En la evaluación interna de este proyecto, se tendrán en cuenta:

- Evaluación de la reducción de consultas de puericultura, con la consecuente disminución de consultas innecesarias.

- Reducción del uso no programado de servicios sanitarios.

- Mejora en la autocuidado de los usuarios.

- Estos cambios se mantendrán en el tiempo. Posibilidad de compartir este proyecto con otros centros, para colaborar en la mejora continua de toda la Comunidad Autónoma.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de consultas de Puericultura en horario no programado (demanda)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de consultas de Puericultura en horario no programado (demanda)

Denominador .....: Total de citas de demanda

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#393

### 1. TÍTULO

#### USO DE RECURSOS DIGITALES COMO ESTRATEGIA DOCENTE A FAMILIAS Y MEJORA DE LA PRACTICA CLÍNICA A TRAVES DE LA PROTOCOLIZACION DE LA ASISTENCIA EN EMERGENCIAS EN ATENCION PRIMARIA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

2. Número de usuarios que han utilizado el recurso del panel informativo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de usuarios que han utilizado panel informativo

Denominador .....: Número total de pacientes del cupo (de los tres cupos que actualmente existen en el CS Teruel

Centro)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Google forms/COde QR creator  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Usuarios que han dado valoración buena/muy buena de la nueva propuesta

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Usuarios que han dado valoración buena/muy buena de la nueva propuesta

Denominador .....: Total usuarios que realicen encuesta de valoración

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Google forms  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#249

### 1. TÍTULO

#### TABACO Y SALUD ORAL

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#249 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MILLAN SOBRINO ESTELA

Título  
TABACO Y SALUD ORAL

Colaboradores/as:  
ROSA MORALEDA SUSANA

Ubicación principal del proyecto.: CS TERUEL ENSANCHE

Servicio/Unidad principal .....: EAP TERUEL ENSANCHE

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El tabaco es un factor de riesgo modificable, como profesionales de la odontología tenemos un importante papel en la prevención de los efectos nocivos del tabaco.  
En la cavidad oral está en estrecha relación con el cáncer oral y la periodontitis.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mediante este proyecto queremos hacer una intervención en el cese del hábito tabáquico de los pacientes fumadores que acuden a nuestra consulta mejorando su salud oral y sistémica.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La incidencia del cáncer oral es mayor en grandes fumadores (más de 2 cajetillas diarias), que representarían un 85 % de los casos.  
El tabaco también está relacionado con el desarrollo y progresión de la periodontitis (enfermedad de los tejidos de sostén del diente), limita la respuesta al tratamiento y tiene repercusiones negativas como: pérdida dentaria, peor calidad de vida e implicaciones sistémicas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Evaluar el número total de pacientes fumadores que acuden a nuestra Unidad y el número de pacientes fumadores a los que les gustaría dejar de fumar.
- Conocer la dependencia nicotínica del paciente y la motivación para dejar de fumar.
- Breve intervención informativa a los pacientes fumadores que acuden a nuestra consulta a los que les gustaría dejar de fumar.
- Evaluación a las 4 semanas del cese del hábito tabáquico de los beneficios que conlleva en la boca (mejora del sentido del gusto, olfato, halitosis).
- Evaluación a las 4 semanas del cese del hábito tabáquico de la revascularización de las encías.
- Evaluar la relación de lesiones premalignas orales y el consumo de tabaco, se realizará mediante revisión de la lesión a las 3 semanas del cese del hábito tabáquico.
- Disminuir la incidencia de cáncer oral. Mediante el diagnóstico precoz, vigilancia y control de lesiones premalignas cuyo factor etiológico sea el tabaco.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. En paciente fumador que está dispuesto a dejar el hábito, evaluación de la dependencia física a la nicotina y motivación del paciente para dejarlo (Test de Fagerström y el Test de Richmond).

Fecha inicio: 27/06/2022

Fecha final.: 27/12/2023

Responsable.: Estela Millán Sobrino, Susana Rosa Moraleda

2. Breve intervención informativa en consulta sobre efectos nocivos del tabaco en la cavidad oral y de los beneficios que el cese del hábito tabáquico conlleva.

Fecha inicio: 27/06/2022

Fecha final.: 27/12/2023

Responsable.: Estela Millán Sobrino, Susana Rosa Moraleda

3. En caso de presentar lesión oral premaligna debida al tabaco, invitación al cese del hábito y revisión tras el cese del hábito tabáquico a las 3 semanas.

Fecha inicio: 27/06/2022

Fecha final.: 27/12/2023

Responsable.: Estela Millán Sobrino, Susana Rosa Moraleda

4. Revisión y evaluación de aquellos pacientes que han dejado el hábito tabáquico a las 4 semanas, al año y 18 meses se evaluará la mejoría (gusto, olfato, halitosis), revascularización de las encías.

Fecha inicio: 27/06/2022

Fecha final.: 27/12/2023

Responsable.: Estela Millán Sobrino, Susana Rosa Moraleda



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#249

### 1. TÍTULO

#### TABACO Y SALUD ORAL

5. Revisión y evaluación de aquellos pacientes que han dejado el hábito tabáquico a los 12 meses y 18 meses.  
Fecha inicio: 27/06/2022  
Fecha final.: 27/12/2023  
Responsable.: Estela Millán Sobrino, Susana Rosa Moraleda

**\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto**

Tras la breve intervención informativa en consulta para el cese del hábito tabáquico en aquellos pacientes que quieran dejar el hábito se le ofrecerá la derivación a su MAP si tienen necesidad de tratamiento farmacológico. La relación de las lesiones premalignas orales y el consumo de tabaco se van a evaluar mediante una revisión a las 3 semanas tras el cese del hábito tabáquico en el que se pretende observar si la lesión disminuye o desaparece tras el cese del hábito, siendo esperable este resultado si realmente se ha conseguido el cese del hábito.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de motivación de la población diana en cuanto al cese del hábito tabáquico.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Nº de fumadores que acuden a la consulta y les gustaría dejar de fumar

Denominador ..... Nº de fumadores que acuden a la consulta

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: USBD (Unidad de Salud Bucodental), OMI.

Est.Mín.1ª Mem .. 5.00

Est.Máx.1ª Mem .. 10.00

Est.Mín.2ª Mem .. 7.00

Est.Máx.2ª Mem .. 12.00

2. % fumadores a los que se les da consejo de deshabituación mediante intervención informativa

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Nº de fumadores a los que se les da consejo de deshabituación tabáquica mediante intervención informativa en nuestra consulta

Denominador ..... Nº de fumadores que acuden a la consulta y les gustaría dejar de fumar.

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: USBD (Unidad de Salud Bucodental), OMI.

Est.Mín.1ª Mem .. 5.00

Est.Máx.1ª Mem .. 10.00

Est.Mín.2ª Mem .. 7.00

Est.Máx.2ª Mem .. 12.00

3. % de fumadores que refieren mejoría (gusto, olfato, halitosis) a las 4 semanas tras el cese.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Nº de fumadores que han cesado el hábito tabáquico y refieren mejoría en alguno de estos

aspectos: sentido del gusto, olfato, halitosis a las 4 semanas del cese del hábito tabáquico

Denominador ..... Nº de fumadores que han cesado el hábito tabáquico y no notan mejoría en dichos aspectos a las 4 semanas del cese.

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: USBD (Unidad de Salud Bucodental), OMI.

Est.Mín.1ª Mem .. 2.00

Est.Máx.1ª Mem .. 5.00

Est.Mín.2ª Mem .. 3.00

Est.Máx.2ª Mem .. 6.00

4. % de fumadores con revascularización de las encías a las 4 semanas tras el cese

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Nº de fumadores que han cesado el hábito tabáquico y presentan sangrado al sondaje a las 4 semanas del cese

Denominador ..... Nº de fumadores que han cesado el hábito tabáquico y no presentan sangrado al sondaje a las 4 semanas del cese

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: USBD (Unidad de Salud Bucodental), OMI.

Est.Mín.1ª Mem .. 2.00

Est.Máx.1ª Mem .. 5.00

Est.Mín.2ª Mem .. 3.00

Est.Máx.2ª Mem .. 6.00

5. % de fumadores con lesiones orales premalignas debidas al tabaco

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Nº de fumadores que presentan lesiones premalignas debidas al tabaco

Denominador ..... Nº de fumadores que acuden a la consulta

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: USBD (Unidad de Salud Bucodental), OMI.

Est.Mín.1ª Mem .. 2.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#249

### 1. TÍTULO

#### TABACO Y SALUD ORAL

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 6.00

6. % de fumadores con lesiones orales premalignas debidas al tabaco que dejan el hábito tabáquico

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de fumadores que presentan lesiones orales premalignas debidas al tabaco y dejan el hábito tabáquico

Denominador .....: N° de fumadores que presentan lesiones premalignas debidas al tabaco y no dejan el hábito tabáquico.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: USBD (Unidad de Salud Bucodental), OMI.

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Cáncer oral, enfermedad periodontal asociadas al consumo de tabaco.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#264

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACION DE VALORACIONES GERIATRICAS Y PLANES DE CUIDADOS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN LA ZONA DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#264 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA

Título  
INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACION DE VALORACIONES GERIATRICAS Y PLANES DE CUIDADOS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN LA ZONA DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE

Colaboradores/as:  
CERVERA CATALAN MARIA  
FUSTERO FUSTERO SARA CIRILA  
MARIN TOLOSA NATALIA NATIVIDAD  
MARTINEZ PLUMED MILAGROS  
MENDEZ SORIANO MARIA CARMEN  
ROMERO POBO DOMINICA  
SANCHEZ LORENTE LAURA

Ubicación principal del proyecto.: CS TERUEL ENSANCHE

Servicio/Unidad principal .....: EAP TERUEL ENSANCHE

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En los últimos años, el envejecimiento de la población constituye uno de los fenómenos sociales de más importantes del siglo XXI.

El aumento de la esperanza de vida conlleva el envejecimiento paulatino de la población y el aumento de las situaciones de dependencia al vivir más años,

Ésta dependencia obliga en muchos casos a la institucionalización de las personas mayores

En la Zona Básica de Salud (ZBS) de Teruel Ensanche hay 4 Centros Sociosanitarios Privados (400 usuarios) y 1 centro Sociosanitario Público (400 usuarios)

#### ÁREAS DE MEJORA

Seguimiento de los pacientes institucionalizados por parte de enfermería, actualizando los protocolos y los planes de cuidados

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Son pacientes que viven en residencias y los cuidados los realizan los trabajadores de los centros residenciales, por lo que desde Atención primaria se busca fomentar la interrelación entre Atención Primaria y el centro residencial.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo 1: Mejorar la coordinación entre Atención Primaria y las Residencias, generar un feedback que permita evaluar con los trabajadores de los centros los problemas detectados

Objetivo 2: Que al menos un 70% de los pacientes de las 4 residencias privadas tengan hecha una valoración y que este porcentaje aumente al 90% en el segundo año.

Objetivo 3: Determinar cuales son los problemas de salud de los pacientes que viven en las residencias

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar 1 visita mensual a cada una de las 4 residencias, se programarán visitas semanales (cada semana a una Residencia)

Fecha inicio: 08/06/2022

Fecha final.: 08/10/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> José Fernández Arredondo

2. En colaboración con los trabajadores de la Residencia se elaborarán las valoraciones de los usuarios. BARTHEL, PFEIFFER, MINI MENTAL, NORTON

Fecha inicio: 08/06/2022

Fecha final.: 08/10/2023

Responsable.: Natalia Natividad Marín Tolosa

3. Complimentar en OMI cada uno de los Items correspondientes a las valoraciones

Fecha inicio: 08/06/2022

Fecha final.: 08/10/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> José Fernández Arredondo

4. Analizar si hay algún problema de salud no detectado anteriormente y hacer su registro como nuevo episodio

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#264

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACION DE VALORACIONES GERIATRICAS Y PLANES DE CUIDADOS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN LA ZONA DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE

en OMI  
Fecha inicio: 08/06/2022  
Fecha final.: 08/10/2023  
Responsable.: Milagros Martinez Plumed

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de visitas a los centros respecto de las visitas programadas al año

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de visitas realizadas año  
Denominador .....: N° de visitas programadas año  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja planificación mensual de visitas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. % de usuarios con valoración respecto del total de pacientes que hay al año en la residencia

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° pacientes valorados año  
Denominador .....: N° total pacientes año  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Listado de pacientes institucionalizados  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Incremento en cobertura del cuadro de mandos del paciente inmovilizado/terminal/dependiente.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: cobertura actual (año en curso)  
Denominador .....: cobertura previa (año anterior)  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Indicador de cuadro de mandos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 110.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 120.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 120.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 130.00

4. Incremento indicador de polifarmacia

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: indicador al final del semestre  
Denominador .....: indicador situación previa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Indicador de cuadro de mandos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 110.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 120.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 120.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 130.00

5. incremento indicador Prevención UPP

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: indicador al final del semestre  
Denominador .....: indicador situación previa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Indicador de cuadro de mandos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 110.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 120.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 120.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 130.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#264

### 1. TÍTULO

**INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACION DE VALORACIONES GERIATRICAS Y PLANES DE CUIDADOS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN LA ZONA DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE**

Tipo de patología: --Otros--> Paciente dependiente

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#340

### 1. TÍTULO

#### CONTROL Y REVISION DEL ALMACEN Y DEL BOTIQUÍN DE ATENCION CONTINUADA DE TERUEL PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCION Y DISMINUCION DE ERRORES DE MEDICACION

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#340 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR

Título  
CONTROL Y REVISION DEL ALMACEN Y DEL BOTIQUÍN DE ATENCION CONTINUADA DE TERUEL PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCION Y DISMINUCION DE ERRORES DE MEDICACION

Colaboradores/as:  
DIAZ DIAZ TANIA

Ubicación principal del proyecto.: CS TERUEL ENSANCHE

Servicio/Unidad principal .....: EAP TERUEL ENSANCHE

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El equipo de Atención Continuada de Teruel capital incluye los centros de salud (CS) de Teruel Centro y Teruel Ensanche y, ante el gran número de profesionales sanitarios que realizan guardias en el CS Teruel Ensanche de lunes a viernes de 17,00 - 8,00 h y sábados, domingos y festivos, de 8,00 - 8,00 h, detectamos la necesidad de organizar el trabajo y orientar en la dinámica de funcionamiento del servicio al personal de nueva incorporación elaborándose un manual de acogida (elaborado desde abril de 2021 y pendiente de aprobación por la DAP). Además, para optimizar la utilización de medicamentos y de material sanitario durante las guardias, evitar roturas de stock y, con ello, prevenir posibles errores relacionados con la medicación (EM) que pueden suponer un riesgo elevado para los pacientes, se estructuró y organizó un botiquín de medicamentos y un almacén de material para la AC independientes del CS Teruel Ensanche. Así mismo, se elaboró en junio de 2021 un procedimiento de control, gestión y mantenimiento del botiquín y del almacén para la AC, que incluía los pactos de stock (dotación cualitativa y cuantitativa) y su ubicación (pendiente de aprobación por la DAP).

#### ÁREAS DE MEJORA

- Organización de la dinámica de trabajo en AC de Teruel capital.
- Mejora de la organización del botiquín de AC (las condiciones de conservación, almacenamiento y control de los medicamentos y del material depositado) y del almacén de AC de Teruel capital para evitar caducidades y potenciales daños a los pacientes.
- Mejorar la notificación de errores de medicación (EM) y establecer medidas para reducir la posibilidad de que ocurran.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Heterogeneidad en dinámicas de trabajo.
- Desconocimiento de la medicación y del material disponible para la AC así como su ubicación y distribución.
- Roturas de stock de medicamentos y de material sanitario.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Dar a conocer a todo el personal médico y de enfermería de los Centros de Salud de Teruel Centro y de Teruel Ensanche y que realiza guardias de Atención Continuada en el Centro de Salud Teruel Ensanche el manual de acogida de atención continuada y la ubicación, estructura, organización, dotación y mantenimiento del botiquín y del almacén de AC.
- Revisión mensual del botiquín de medicamentos y del almacén de material para asegurar la disponibilidad del stock mínimo y condiciones de conservación y almacenamiento adecuadas.
- Asegurar que los profesionales sanitarios conocen la existencia y utilidad de los sistemas de notificación de EM, impulsar la notificación de EM que ocurra durante la AC entre los profesionales y promover el análisis y la implantación de acciones de mejora a las notificaciones realizadas por los profesionales.
- Evaluar la satisfacción de los profesionales con los nuevos circuitos/procedimientos implantados

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se realizará 1 sesión clínica en cada CS (Teruel Centro y Teruel Ensanche) dirigidas al personal sanitario (medicina y enfermería) que realiza guardias en el CS Teruel Ensanche.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 31/03/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Pilar Lafuente Sánchez

2. Evaluación de la satisfacción de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) con los nuevos circuitos /procedimientos implantados, sugerencias y procedimientos de mejora.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 31/05/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Pilar Lafuente Sánchez

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#340

### 1. TÍTULO

#### CONTROL Y REVISION DEL ALMACEN Y DEL BOTIQUÍN DE ATENCION CONTINUADA DE TERUEL PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCION Y DISMINUCION DE ERRORES DE MEDICACION

3. Revisión mensual del botiquín de medicamentos y del almacén de material según el ANEXO V de PO-10 TE (P)E.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Pilar Lafuente Sánchez

4. Notificación voluntaria y anonimizada a través de un formulario en papel los EM que ocurran.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Pilar Lafuente Sánchez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Se realizará una sesión clínica en cada centro de salud (Teruel Centro y Teruel Ensanche) dirigidas al persona sanitario (medicina y enfermería) que realiza guardias en el CS Teruel Ensanche. En ellas se dará a conocer:

-El manual de acogida de atención continuada del CS Teruel Ensanche.

-La ubicación, estructura, organización, dotación y mantenimiento del botiquín y del almacén de AC.

-Existencia de sistemas de notificación de EM y su utilidad

-La satisfacción de los profesionales que realizan guardias se evaluará a través de un cuestionario que se pasará, dado que el proyecto ya se ha iniciado y ya es posible dicha evaluación, al finalizar la sesión clínica a los profesionales que asistan a la misma y, mediante el correo electrónico corporativo a aquellos que no han podido asistir.

También se dejará alguna copia del cuestionario para facilitar su cumplimentación en la zona de urgencias

(cajetines destinados a notificaciones) para aquellos

profesional que no han podido asistir y deseen hacerlo en papel.

- El análisis de los EM notificados así como las medidas de mejora que puedan surgir se llevará a cabo inicialmente por las componentes del proyecto. En función de la aceptación, participación y evolución del mismo se valorará la notificación y análisis mediante otras fuentes documentadas oficialmente.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) que realizan guardias y asisten a las 2 sesiones

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) que realizan guardias que asisten a las 2 sesiones clínicas

Denominador .....: Nº de profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) que realizan guardias en el CS Teruel Ensanche

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Centro de salud Teruel Centro y Teruel Ensanche

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. % de profesionales sanitarios (enfermeras) que realizan guardias y asisten a las 2 sesiones

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales sanitarios (enfermeras) que asisten a las 2 sesiones clínicas

Denominador .....: Nº de profesionales sanitarios (enfermeras) que realizan guardias en el CS Teruel Ensanche

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Centro de salud Teruel Centro y Teruel Ensanche

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. % de profesionales sanitarios (médicos) que realizan guardias y asisten a las 2 sesiones

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales sanitarios (médicos) que asisten a las sesiones clínicas

Denominador .....: Nº de profesionales sanitarios (enfermeras) que realizan guardias en el CS Teruel Ensanche

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Centro de salud Teruel Centro y Teruel Ensanche

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. % de especialidades mal ubicadas del total de revisadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de especialidades mal ubicadas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#340

### 1. TÍTULO

#### CONTROL Y REVISION DEL ALMACEN Y DEL BOTIQUÍN DE ATENCION CONTINUADA DE TERUEL PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCION Y DISMINUCION DE ERRORES DE MEDICACION

Denominador .....: N° total de especialidades revisadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Almacén y botiquín de atención continuada  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

5. % de roturas de stock sobre el total de medicamentos incluidos en el botiquín  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de roturas de stock  
Denominador .....: N° total de medicamentos incluidos en el botiquín de AC mensual  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Almacén y botiquín de atención continuada  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

6. % satisfacción de los profesionales sanitarios con el nuevo procedimiento.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de profesionales satisfechos con el nuevo procedimiento  
Denominador .....: N° de profesionales que realizan guardias en el CS Teruel Ensanche  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Centro de salud Teruel Centro y Teruel Ensanche  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

7. % de EM notificados durante la AC con los medicamentos del botiquín por personal de medicina  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de notificaciones realizadas por personal de medicina  
Denominador .....: N° de notificaciones realizadas en el sistema  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Notificaciones realizadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

8. % de EM notificados durante la AC con los medicamentos del botiquín por personal de enfermería  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de notificaciones realizadas por personal de enfermería  
Denominador .....: N° de notificaciones realizadas en el sistema  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Notificaciones realizadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Incluye todo tipo de patologías

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#387

### 1. TÍTULO

#### INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE NOTIFICADOS EN ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#387 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DIAZ DIAZ TANIA

Título  
INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE NOTIFICADOS EN ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE

Colaboradores/as:  
LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR  
MONGE SANZ YOLANDA MARIA  
MONTON BARRERA ESTRELLA  
TOLOSA TAMAYO ESTIBALIZ

Ubicación principal del proyecto.: CS TERUEL ENSANCHE

Servicio/Unidad principal .....: EAP TERUEL ENSANCHE

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Fomentar la notificación de los incidentes en un entorno de confianza se considera una buena estrategia para mejorar la cultura de seguridad del paciente (SP) de cualquier organización; poder analizarlos en profundidad (tipos, frecuencias, causas y efectos en los pacientes) resulta esencial para entender y detectar errores en los procesos de atención, y desarrollar intervenciones para prevenir recurrencias. La atención continuada centralizada en el CS de Teruel Ensanche se realiza de lunes a viernes en horario de 17 horas a 8 horas del día siguiente (15 horas) y los fines de semana y festivos de 8 a 8 horas del día siguiente (24 horas); da cobertura a una población de unos 37.000 habitantes que se distribuye entre Teruel capital y 18 núcleos más con una plantilla de unos 62 profesionales que realicen la atención continuada. Ante el gran volumen de pacientes que atendemos y el gran número de profesionales sanitarios que realizamos guardias, detectamos la necesidad de mantener un sistema de notificación de incidentes en el ámbito de atención continuada como procedimiento de mejora de calidad y seguridad clínica, impulsar la notificación de los mismos y analizarlos para su posterior aprendizaje e implantación de medidas de mejora.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Asegurar el conocimiento de la existencia y utilidad de los sistemas de notificación de incidentes de SP.
- Impulsar la notificación de incidentes de SP a través de los sistemas de notificación y aprendizaje e impulsar medidas de mejora.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Desconocimiento de los sistemas de notificación de incidentes de SP y de los tipos de incidentes que pueden ser notificados.
- Infranotificación por miedo a repercusión o represalias que se puedan producir o por baja motivación de los profesionales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Diseñar un sistema de notificación voluntaria de incidentes de SP centralizado y accesible para todos los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) y personal administrativo/celadores que realizan guardias en el CS Teruel Ensanche.
- Asegurar que los profesionales conocen la existencia y utilidad de los sistemas de notificación de incidentes de SP.
- Impulsar la notificación voluntaria de incidentes de SP que ocurran durante la atención continuada entre los profesionales sanitarios y personal administrativo/celadores.
- Analizar los incidentes producidos dependiendo de su nivel de frecuencia y gravedad priorizando una investigación más detallada sobre aquellos que tengan un nivel de riesgo elevado (notificación al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)).
- Aprender de los incidentes de SP ocurridos durante la atención continuada y promover la implantación de actuaciones de mejora relativas a las notificaciones realizadas por los profesionales.
- Informar a la Dirección de Atención Primaria (DAP) y a los profesionales que realizan guardias en el CS Teruel Ensanche e implicarlos en el análisis y difusión de medidas de mejora.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Elaborar un formulario electrónico y en papel para la notificación voluntaria de incidentes de SP estandarizado y anonimizado que incluya: profesional, tipo de incidente, factores causales ...

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Tania Díaz Díaz

2. - Impartir sesiones formativas sobre SP y sistemas de notificación de incidentes relacionados a todos los



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#387

### 1. TÍTULO

#### INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE NOTIFICADOS EN ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE

profesionales que realizan guardias en el CS Teruel Ensanche.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Tania Díaz Díaz

3. - Analizar los incidentes de SP notificados, proponer e implantar medidas de mejora.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Tania Díaz Díaz

4. - Informar mensualmente a la DAP de los incidentes de SP notificados y de las medidas de mejora implantadas.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Tania Díaz Díaz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- La herramienta para la elaboración del formulario electrónico así como su cumplimentación dependerán de las posibilidades a nivel informático tras consultar con el servicio de informática.

- Se realizaría una sesión clínica en cada centro de salud (Teruel Centro y Teruel Ensanche) dirigidas a todo el personal que realiza guardias en el CS Teruel Ensanche independientemente de su categoría. No obstante, si por demanda, por precisar aclaraciones o por necesidad del proyecto en función de evolución fuera necesaria alguna sesión extra se podría realizar.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de asistencia del personal de enfermería a las sesiones formativas de SP

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales sanitarios (enfermeras) que acuden a las sesiones formativas sobre SP

Denominador .....: Nº enfermeras que realizan guardias en el CS Teruel Ensanche

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Centro de salud Teruel Centro y Teruel Ensanche

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Porcentaje de asistencia del personal de medicina a las sesiones formativas de SP

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales sanitarios (médicos) que acuden a las sesiones formativas sobre SP

Denominador .....: Nº médicos que realizan guardias en el CS Teruel Ensanche

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Centro de salud Teruel Centro y Teruel Ensanche

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Porcentaje de asistencia de profesionales sanitarios a las sesiones formativas de SP

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) que acuden a las sesiones formativas sobre SP

Denominador .....: Nº total de profesionales (sanitarios y celadores) que realizan guardias en el CS Teruel Ensanche

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Centro de salud Teruel Centro y Teruel Ensanche

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Porcentaje de asistencia de profesionales celadores a las sesiones formativas de SP

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales celadores que acuden a las sesiones formativas sobre SP

Denominador .....: Nº total de profesionales (sanitarios y celadores) que realizan guardias en el CS Teruel Ensanche

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Centro de salud Teruel Centro y Teruel Ensanche

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#387

### 1. TÍTULO

#### INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE NOTIFICADOS EN ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

##### 5. Porcentaje de incidentes notificados por profesionales sanitarios

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de notificaciones realizadas por profesionales sanitarios (médicos y enfermeras)

Denominador .....: N° de notificaciones realizadas en el sistema

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Atención continuada: Centro de salud Teruel Ensanche

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

##### 6. Porcentaje de incidentes notificados por personal de enfermería

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de notificaciones realizadas por personal de enfermería

Denominador .....: N° de notificaciones realizadas en el sistema

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Atención continuada: Centro de salud Teruel Ensanche

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

##### 7. Porcentaje de incidentes notificados por personal de medicina

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de notificaciones realizadas por personal de medicina

Denominador .....: N° de notificaciones realizadas en el sistema

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Atención continuada: Centro de salud Teruel Ensanche

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

##### 8. Porcentaje de incidentes notificados por celadores

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de notificaciones realizadas por profesionales sanitarios (médicos y enfermeras)

Denominador .....: N° de notificaciones realizadas en el sistema

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Atención continuada: Centro de salud Teruel Ensanche

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

##### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

A los anteriores también se añadirán los siguientes indicadores de impacto:

- N° de notificaciones analizadas y con propuesta de mejora/n° de notificaciones realizadas en el sistema de registro de incidentes de SP diseñado para la atención continuada.

- N° de notificaciones de incidentes de SP notificados en SiNASP/n° de notificaciones realizadas en el sistema de registro de incidentes de SP diseñado

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todo tipo de patología

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#405

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON EPOC EN LA ZONA DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE. DESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL AUTOCUIDADO Y DESHABITUACION TABAQUICA

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#405 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARIN TOLOSA NATALIA NATIVIDAD

Título  
EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON EPOC EN LA ZONA DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE. DESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL AUTOCUIDADO Y DESHABITUACION TABAQUICA

Colaboradores/as:  
BELENGUER ANDRES NATIVIDAD  
DOMENECH GANDIA VIRTUDES  
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA  
JUBERIAS GUILLEN IVAN  
MESADO ZAPATA MARIA  
MESADO ZAPATA SILVIA  
MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CS TERUEL ENSANCHE

Servicio/Unidad principal .....: EAP TERUEL ENSANCHE

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El proyecto consiste en realizar sesiones de Educación para la salud a pacientes con EPOC en el Centro de Salud del Ensanche (Explicar y adiestrar en el uso de terapia inhalada, mejorar en hábitos de vida, educar en terapias respiratorias, mejorar la adherencia al tratamiento, prevenir y tratar complicaciones, orientar hacia la participación en la consulta de tabaco), los participantes deben estar diagnosticados de EPOC y se realizará captación activa desde las consultas de medicina y enfermería.

El número de asistentes por sesión será de 10 personas y la periodicidad de las sesiones será mensual. El objetivo del proyecto es mejorar los conocimientos de los pacientes, pasados 3 meses de cada una de las sesiones se entrevistará individualmente a 5 participantes de cada sesión.

El enfoque del proyecto será desde un punto de vista interdisciplinar ya que se contará con la colaboración de la Unidad de Fisioterapia.

El EPOC es una de las enfermedades de más de elevada prevalencia en la actualidad. Supone un importante impacto socioeconómico dada la complejidad terapéutica que conlleva y la elevada morbimortalidad asociada a éstos pacientes. Los problemas respiratorios representan una parte muy importante del total de las asistencias sanitarias por lo que un adecuado manejo de estos pacientes debe ser una prioridad desde los servicios de Atención Primaria. Así mismo de prevención frente al consumo de tabaco se considera un punto clave ya que es una de las principales causas del EPOC.

#### ÁREAS DE MEJORA

Fomentar la educación sanitaria a pacientes con EPOC instruyendo a la correcta aplicación de las técnicas inhalatorias y al reconocimiento temprano de las exacerbaciones, enseñanza de fisioterapia respiratoria, realización de mayor número de ESPIROMETRÍAS junto con las campañas de vacunación de COVID, GRIPE Y NEUMOCOCO. Además de promover la Deshabituación tabáquica

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El EPOC es un problema de salud infradiagnosticado, que con motivo de la pandemia por el COVID 19 todavía se ha agravado más ya que no se han realizado Espirometrías en los Centros de Salud. Debido a la carga asistencial la consulta de Deshabituación Tabáquica quedó en un segundo plano pese a que en la actualidad ya está en marcha hace unos meses al igual que la realización de Espirometrías.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo 1: Aumento de la prevalencia de EPOC en la zona de salud Teruel Ensanche

Objetivo 2: Mejorar el conocimiento acerca de la enfermedad, el control de ésta y la adhesión al tratamiento con el fin de mejorar la salud de los pacientes.

Objetivo 3: Incrementar el número de pacientes que se encuentran en seguimiento en consulta de deshabituación tabáquica

Objetivo 4: Incrementar el número de espirometrías que se realizan.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Programación del calendario de las sesiones educativas mensuales del año 2022 a 2024

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 12/10/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#405

### 1. TÍTULO

#### **EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON EPOC EN LA ZONA DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE. DESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL AUTOCUIDADO Y DESHABITUACION TABAQUICA**

Responsable.: M<sup>a</sup> José Fernández Arredondo

2. Captación de los participantes y citación según el calendario

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 12/10/2023

Responsable.: Natalia Marín Tolosa.

3. Realización de un documento de evaluación de los conocimientos adquiridos y un registro de asistencia a cada charla o sesión.

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 12/10/2023

Responsable.: Maria Mesado Zapata

4. Realizar charlas educativas a pacientes diagnosticados con EPOC con una periodicidad mensual (cada mes 10 pacientes diferentes)

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 12/10/2023

Responsable.: Silvia Mesado Zapata

5. Valorar indicador de prevalencia de EPOC de manera cuatrimestral

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 12/10/2023

Responsable.: Ivan Juberias Guillen

6. Valorar el número de espirometrias realizadas al cuatrimestre

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 12/10/2023

Responsable.: Virtudes Domenech Gandía

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de sesiones realizadas al año/número de sesiones programadas al año

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de sesiones realizadas al año

Denominador .....: Número de sesiones programadas al año

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Calendario sesiones

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. % de asistentes por sesión/número de asistentes convocados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de asistentes por sesión

Denominador .....: Número de asistentes convocados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Control asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Incremento de la prevalencia de EPOC

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Indicador de prevalencia EPOC

Denominador .....: Indicador de prevalencia EPOC

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mandos

Est.Mín.1ª Mem ..: 110.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 120.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 120.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 130.00

4. Incremento del número seguimientos en la consulta de tabaco

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes en seguimiento consulta de Deshabituación tabáquica

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#405

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON EPOC EN LA ZONA DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE. DESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL AUTOCUIDADO Y DESHABITUACION TABAQUICA

Denominador .....: Número de pacientes en seguimiento de Deshabituación tabáquica en el cuatrimestre anterior  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Agenda SALAS "Deshabitación tabáquica"  
Est.Mín.1ª Mem ..: 110.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 120.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 120.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 130.00

5. Incremento del número de realizaciones de espirometrías  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de espirometrías realizadas.  
Denominador .....: Número de espirometrías realizadas en el cuatrimestre anterior  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Agenda SALAS "Espirometrías"  
Est.Mín.1ª Mem ..: 110.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 120.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 120.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 130.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#257

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE VILLEL

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#257 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MIGUEL POSA JORGE

Título  
PROMOCION DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE VILLEL

Colaboradores/as:  
GOMEZ CADENAS CONCEPCION  
MARTIN ELENA ROBERTO  
MATAMALA GIMENO CARLOS  
MONTERO PEREZ ASCENSION  
SEBASTIAN HERNANDO MARIA SOLEDAD

Ubicación principal del proyecto.: CS VILLEL

Servicio/Unidad principal .....: EAP VILLEL

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) (1) son fruto del acuerdo alcanzado por los Estados Miembros de las Naciones Unidas y se componen de una Declaración, 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas. Los Estados Miembros han convenido en tratar de alcanzarlos para 2030. Nuestra sociedad necesita crear "Alianzas para lograr los objetivos" a partir de principios y valores compartidos que ponen el foco en las personas y en el planeta, y son necesarias en todos los ámbitos: mundial, nacional, regional y local, para entre otros erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad. La desigualdad y los problemas medioambientales que afectan a todas las personas han aumentado en los últimos años y aunque en nuestra mano no está la solución absoluta para todo ello, si es importante que desde nuestro centro de salud, orientemos la actividad comunitaria al cumplimiento de estos ODS que pretende conseguir el bienestar de las personas y del planeta para nuestro presente y para las futuras generaciones.

El Centro de Salud de Villel comprende 14 localidades, con una dispersión importante y poca población (1.069 tarjetas sanitarias, según datos de 2020). Los municipios más habitados son (referidos al padrón publicado por el INE en 2021, y no al nº de tarjetas sanitarias): Villastar (548), Villel (325), Riodeva (128), Camarena de la Sierra (116) o Libros (104). Las características son: un alto grado de envejecimiento de la población, con un 22,39 % de la población por encima de los 65 años.

En un primer análisis de situación hemos detectado algunas propuestas e iniciativas que consideramos abordables desde la perspectiva comunitaria y que ha continuación relacionamos con los siguientes ODS: 3 (Salud y Bienestar), 4 (Educación de calidad), 5 (Igualdad de género), 10 (Reducción de las desigualdades) y 13: (Acción por el clima).

#### ÁREAS DE MEJORA

- Las escuelas de Villel y Villastar se interesan en la colaboración de actividades para mejorar la higiene en la alimentación y la salud bucodental de los niños. ODS 3 Y 4
- Se han atendido varias urgencias a lo largo de estos dos años relacionadas con el consumo excesivo, tanto crónico como por episodios de intoxicación aguda de alcohol, por lo que se plantea explorar iniciativas para afrontar este problema. ODS 3 Y 10.
- En varias localidades hay asociaciones vecinales que desarrollan actividades diversas (ejercicio físico, yoga, charlas, etc.), llamando la atención la elaboración de adornos navideños con material reciclado, que podemos relacionar con los ODS:3 y 13 .
- En Cubla, la asociación de mujeres se ha puesto en contacto con la enfermera para proponer alguna actividad relacionada con la violencia contra la mujer. ODS 5 y 10.
- El Consejo de Salud de la ZBS se constituyó hace 4 años, pero en 2019 no realizó ninguna reunión, ni por lo tanto se desarrolló ninguna iniciativa. Durante los años 2020-2021, debido a la situación de pandemia, no se ha realizado ninguna actividad.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Se ha observado una falta de conocimientos y disposición para llevar una correcta salud bucodental.
- Aceptación social de un hábito perjudicial como es el consumo abusivo de alcohol.
- Percepción de las mujeres de Cubla de la necesidad de implicarse en este problema a nivel social y general.
- No reuniones del consejo de Salud por la pandemia en los últimos años con la necesidad de retomarlas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General: Promover el desarrollo de uno o varios de los ODS de la Agenda 2030 de desarrollo sostenible en la ZBS de Villel.

#### Objetivos Específicos:

1. Reactivar el Consejo de Salud de la ZBS.
2. Realizar actuaciones encaminadas a solucionar las necesidades detectadas

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#257

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE VILLEL

1. Talleres en el colegio de Villel de salud bucodental

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 20/02/2023

Responsable.: Ascensión Montero y Jorge Miguel

2. Talleres en el colegio de Villel de primeros auxilios y RCP

Fecha inicio: 20/02/2023

Fecha final.: 23/06/2023

Responsable.: María Soledad Sebastián y Concepción Gómez

3. Talleres en la asociación de mujeres de Cubla contra la violencia de género

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 21/12/2023

Responsable.: María Soledad Sebastián y Concepción Gómez

4. Análisis inicial de situación, para ver qué actividades relacionadas con la salud comunitaria se están haciendo y localizar posibles activos de salud.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 21/12/2022

Responsable.: Jorge Miguel y Concepción Gómez.

5. Reunión del Consejo de Salud para conocer qué demandas tiene la población. Proponer el enfoque de los ODS, decidiendo entre todos cual (o cuales) es prioritario y/o factible desarrollar.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 21/12/2023

Responsable.: Jorge Miguel

6. Crear un grupo promotor de atención comunitaria en el Centro de Salud de Villel, que incorpore agentes de la comunidad (farmacéuticas, veterinaria, profesora de higiene y alimentación, asociaciones..)

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 21/12/2023

Responsable.: Concepción Gómez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de reuniones (con acta) del Consejo de Salud celebradas en la ZBS de Villel 2022/23

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de reuniones realizadas por el Consejo de Salud con su acta correspondientes 2022-2023

Denominador .....: nº de convocatorias de reunión realizadas para el Consejo de Salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Actas de reunión del Consejo de Salud de Villel.

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de mujeres que acuden a los talleres para prevenir la violencia contra la mujer

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de mujeres que acude n a los talleres para prevenir la violencia contra la mujer

Denominador .....: número total de mujeres en la asociación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Asociación de mujeres de Cubla.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje niños de 3º y 4º de primaria que acuden al taller de alimentación / higiene bucodental

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de niños de 3º y 4º de primaria que acuden al taller de alimentación / higiene bucodental

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#257

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE VILLEL

Denominador .....: número total de niños de 3º y 4º del colegio de Villel  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Niños matriculados en 3º y 4º de primaria del colegio de Villel.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Porcentaje de niños de 3º y 4º de primaria que acuden al taller de primeros auxilios y RCP  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de niños de 3º y 4º de primaria que acuden al taller de primeros auxilios y RCP  
Denominador .....: número total de niños de 3º y 4º del colegio de Villel  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Niños matriculados en 3º y 4º de primaria del colegio de Villel.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Mejorar la disposición de la comunidad para mejorar actividades de promoción de la salud.

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#571

### 1. TÍTULO

#### APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE, PROMOVRIENDO LA PLANIFICACION COMPARTIDA DE LA ATENCION Y EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#571 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GOMEZ CADENAS CONCEPCION

Título  
APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE, PROMOVRIENDO LA PLANIFICACION COMPARTIDA DE LA ATENCION Y EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Colaboradores/as:  
AGUDO RODRIGO MARTA CRISTINA  
ALMAZAN CALVE MARIA JESUS  
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA  
LASHERAS BARRIO MONICA  
ORTIZ VILLANUEVA MARIA LOURDES  
PEREZ GARCIA OLGA

Ubicación principal del proyecto.: DAP TERUEL

Servicio/Unidad principal .....: ESAD

Ubicación/es secundaria/s  
TERUEL\*CENTRO DE SALUD DE TERUEL CENTRO\*EAP TERUEL CENTRO\*AP (Atención Primaria)  
TERUEL\*CENTRO DE SALUD SARRION\*EAP SARRION\*AP (Atención Primaria)  
TERUEL\*CENTRO DE SALUD VILLEL\*EAP VILLEL\*AP (Atención Primaria)  
TERUEL\*HOSPITAL SAN JOSE\*TRABAJO SOCIAL\*SS (SocioSanitario)  
TERUEL\*AP TERUEL\*UNIDAD DE ATENCION A LA MUJER (MATRONAS)\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Durante los años 2018 y 2019 realizamos un proyecto para promover la reflexión en la sociedad sobre la muerte como parte de la vida, con una buena acogida por parte de la población y de los profesionales que se vió truncada por la llegada de la pandemia. Esta situación vivida desde marzo del 2020 hasta la actualidad ha ocasionado que muchas personas hayan fallecido en una situación de soledad, en condiciones medicalizadas y muy instrumentalizadas sin saber qué deseaban realmente y con un final difícil.

En el 2021 se aprobó la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE), la cual genera dudas, incertidumbre y miedo a muchos de los profesionales sanitarios. Uno de los aspectos de esta ley más delicados es que se puede solicitar una eutanasia si previamente se ha dejado reflejado en el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) este deseo, siempre y cuando el paciente sea capaz y competente en el momento de la redacción del documento y la eutanasia se realice cuando el paciente se encuentre en situación de contexto eutanásico.

#### ÁREAS DE MEJORA

Entendemos que este proyecto tiene que llegar a los usuarios para facilitarles información sobre sus derechos y sobre las diferentes opciones que pueden elegir y a los profesionales para que puedan informar a los usuarios y conozcan los derechos de estos. Para ello utilizaremos una herramienta muy útil como es la PCA, cuyo objetivo es promover la toma de decisiones compartida, que integra el DVA si se desea.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Tras la realización y análisis del proyecto anterior comprobamos que conocer la PCA donde se habla de valores y deseos que la persona quiere que sean tenidos en cuenta en la atención sanitaria para el final de su vida, resulta útil tanto para los profesionales sanitarios como para la persona y las familias. Todos los profesionales deberíamos estar preparados para poder abordar estos temas, siempre desde la comprensión del paciente, sus valores y creencias.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Informar a los ciudadanos sobre la LORE, PCA y DVA.  
Formar a los profesionales sanitarios en LORE, PCA Y DVA  
Adecuar los cuidados al final de la vida a las necesidades y preferencias de los pacientes.  
Promover la realización de la PCA/DVA en Atención Primaria mediante la creación de Consultas Monográficas

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Taller para aclarar los términos y explicar qué es la PCA y el DVA  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 15/12/2022  
Responsable.: CADA COMPONENTE DEL EQUIPO DE MEJORA LO PRESENTA EN SU LUGAR DE TRABAJO

2. Sesión para explicar la LORE en la PCA y DVA  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 23/12/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#571

### 1. TÍTULO

#### APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE, PROMOVRIENDO LA PLANIFICACION COMPARTIDA DE LA ATENCION Y EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Responsable.: CADA COMPONENTE DEL EQUIPO LO EXPLICA EN SU LUGAR DE TRABAJO

3. Cine fórum con el corto "Vida" y "La dama y la muerte" y Compartir experiencias para luchar contra los tabúes que impiden hablar de la muerte fomentando la reflexión sobre el final de vida

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: RESPONSABLE Y EQUIPO DE MEJORA

4. Proponer role playing en el que se rompa la conspiración del silencio

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 29/09/2023

Responsable.: RESPONSABLE Y EQUIPO DE MEJORA

5. Explicar herramientas que facilitan y promueven la toma de decisiones. Doc: "piensa reflexiona" y/o juego del representante apoyado con cartas: "qué es importante para mi al final de la vida"

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: RESPONSABLE Y EQUIPO DE MEJORA

6. Role playing con escenarios hipotéticos para mostrar (y motivar) cómo trabajar en las consultas monográficas para la realización de DVA y el abordaje ante solicitud de eutanasia.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/12/2023

Responsable.: RESPONSABLE Y EQUIPO DE MEJORA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Habrà actividades dirigidas a población y otras a profesionales.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de ZBS y hospitales donde se ha realizado al menos un taller para profesionales

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de ZBS y hospitales donde se ha realizado al menos un taller para profesionales

Denominador .....: Número de ZBS y hospitales donde trabajan los componentes del proyecto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro taller

Est.Mín.1ª Mem ..: 28.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 42.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 42.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de Instituciones donde se ha realizado al menos un taller para usuarios

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de instituciones de las incluidas en el denominador donde se ha realizado al menos un taller para usuarios

Denominador .....: Instituciones incluidas en el indicador (AECC, Asoc Vecinos Villastar, Hogar del Turia, Asoc vecinos San Julián, Asoc vecinos Villel)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro sesiones

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Porcentaje de ZBS donde se haya implementado consulta monográfica sobre PCA

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de ZBS donde se ha implementado consulta monográfica sobre PCA

Denominador .....: Número de ZBS donde se ha realizado el taller para profesionales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 28.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 42.00

4. Porcentaje de usuarios que tras asistir a los talleres se plantean hacer una PCA y/o DVA

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de personas que tras asistir a los talleres se plantean hacer una PCA y/o DVA

Denominador .....: Número total de personas que asisten a los talleres

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#571

### 1. TÍTULO

#### APRENDER A AFRONTAR LA MUERTE, PROMOVRIENDO LA PLANIFICACION COMPARTIDA DE LA ATENCION Y EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 7.00

5. Porcentaje de personas que asisten a los talleres y se plantean elegir un representante para PCA

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de personas que asisten a los talleres y se plantean elegir un representante para realizar PCA

Denominador .....: Número total de personas que asisten a los talleres

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 7.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

En el tercer indicador el porcentaje de la memoria final es inferior a la primera memoria, porque en esta memoria es menor el número de ubicaciones donde se habrá realizado el taller. En la memoria final el denominador serán todas las localidades.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Atención a la salud (con y sin patología)

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#156

### 1. TÍTULO

#### EMBARAZO . SALUD ORAL SIN PATOLOGÍA

Fecha de entrada: 17/06/2022

Nº de registro: 2022#156 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ROSA MORALEDA SUSANA

Título  
EMBARAZO . SALUD ORAL SIN PATOLOGÍA

Colaboradores/as:  
MILLAN SOBRINO ESTELA  
ROMERO POBO DOMINICA

Ubicación principal del proyecto.: DAP TERUEL

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la USBD de Teruel somos conscientes de la importancia de la Salud Oral de las mujeres embarazadas. Se sabe que el embarazo no causa gingivitis ni enfermedad periodontal, pero si agrava cuadros previos, por lo que debemos incidir en la educación para la salud para intentar cambiar hábitos higiénicos erróneos en estos pacientes.

Estudios recientes han demostrado que la enfermedad periodontal es un factor de riesgo para el parto prematuro y bajo peso al nacer, preeclampsia, habiéndose hallado un riesgo relativo mayor que el cálculo para factores de riesgo tradicionales como tabaquismo, bajo peso materno o consumo de alcohol.

También sabemos que las madres son la mayor fuente de infección dental por Streptococcus mutans en los niños pequeños, que son uno de los principales responsables de la caries dental. La evidencia indica que éstas; la caries y enfermedad periodontal son enfermedades potencialmente prevenibles y controlables, es por ello que las estrategias para combatirlas deben enfocarse a medidas preventivas, con pautas de educación para la salud sobre higiene bucodental, alimentación saludable, así como cuidado del bebe en lo que respecta a su salud oral.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora de la salud oral de la mujer embarazada

#### ANALISIS DE CAUSAS

Desmitificando la creencia de ideas no correctas sobre el embarazo y hábitos higiénicos erróneos en pacientes embarazadas. El embarazo no es causa directa de gingivitis ni enfermedad periodontal

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Educación para la salud en mujeres embarazadas respecto a su higiene oral, alimentación y futuro cuidado de la salud oral del bebe Concienciando de los beneficios de las revisiones periódicas en la consulta dental. Prevención de caries y enfermedad de las encías a la población diana Concienciar de la importancia de reducción de hábitos tóxicos como tabaco, alcohol

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Primer trimestre: Evaluación del estado general de su salud oral (revisión). Se observará la presencia de caries (en este periodo las lesiones avanzan más rápido) con consejo de tratamiento en 2º trim.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 30/06/2023

Responsable.: ESTELA MILLAN SOBRINO, SUSANA ROSA MORALEDA

2. Primer Trimestre : Anamnesis donde se les preguntan sus hábitos, enfermedades sistémicas, presencia de lesiones, sangrado gingival, presencia de vómitos, número cepillados al día.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 30/06/2023

Responsable.: ESTELA MILLAN SOBRINO, SUSANA ROSA MORALEDA

3. Primer Trimestre: Consejos sobre el cuidado de su boca en este periodo ( técnicas de cepillado, cómo evitar efectos del ácido derivado de los vómitos en su boca, reducción del azúcar de la dieta )

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 30/06/2023

Responsable.: SUSANA ROSA MORALEDA, ESTELA MILLAN SOBRINO

4. Segundo Trimestre: Realización :

Profilaxis dental en aquellas mujeres en la que sea necesario .

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 30/06/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#156

### 1. TÍTULO

#### EMBARAZO . SALUD ORAL SIN PATOLOGÍA

Responsable.: SUSANA ROSA MORALEDA, ESTELA MILLAN SOBRINO

5. Segundo trimestre : Realización de revisión en 2 semanas tras profilaxis para refuerzo y reevaluación de su estado de salud oral.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: ESTELA MILLAN SOBRINO , SUSANA ROSA MORALEDA

6. Tercer Trimestre : realización de charlas , sobre salud oral bebe(objetivo reducción caries de primera infancia),salud oral de la madre( pautas para evitar transmisión cruzada)y encuesta valoración

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: SUSANA ROSA MORALEDA, ESTELA MILLAN SOBRINO, DOMINICA ROMERO POBO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se desarrollará un protocolo de seguimiento de la mujer embarazada desde el primer trimestre, con revisiones, instrucciones de higiene oral, realización de tartrectomías en caso necesario en el segundo trimestre y cuidado del la salud oral en el bebe a través de charlas en el tercer trimestre.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. % PARTICIPACIÓN DE EMBARAZADAS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº EMBARAZADS QUE SE BENEFICIAN DEL PROGRAMA EN TERUEL CENTRO/TERUEL ENSANCHE

Denominador .....: Nº EMBARAZADAS SECTOR TERUEL CENTRO/TERUEL ENSANCHE

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI, USBD ( UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL ) TERUEL

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 35.00

#### 2. % DE EMBARAZADAS PARTICIPANTES CON GINGIVITIS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº EMBARAZADAS CON GINGIVITIS( SANGRADO AL SONDAJE)

Denominador .....: Nº EMBARAZADAS PARTICIPANTES

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI, USBD TERUEL

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

#### 3. % DE EMBARAZADAS PARTICIPANTES CON CARIES

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº EMBARAZADAS CON CARIES ( INDICE CAOD)

Denominador .....: Nº EMBARAZADAS PARTICIPANTES

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI, USBD TERUEL

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

#### 4. % DE PROFILAXIS REALIZADAS A EMBARAZDAS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº EMBARAZADS QUE SE REALIZA DETARTRAJE

Denominador .....: Nº EMBARAZADAS PARTICIPANTES

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI, USBD TERUEL

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

#### 5. % MEJORA DEL ESTADO DE LA SALUD GINGIVAL TRAS DETARTRAJE

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº EMBARAZADS CON RESULTADOS OPTIMOS ( REDUCCIÓN SANGRADO) TRAS DETARTRAJE

Denominador .....: Nº EMBARAZADAS QUE SE LES REALIZA EL DETARTRAJE

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI, USBD TERUEL

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#156

### 1. TÍTULO

#### EMBARAZO . SALUD ORAL SIN PATOLOGÍA

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

#### 6. % INCORPORACION DE HABITOS SALUDABLES EN SU AUTOCUIDADO

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° EMBARAZDAS CON MODIFICACIÓN HÁBITOS SALUDABLES ( AUMENTO N° CEPILLADOS, REALIZACIÓN DE OBTURACIONES...)

Denominador .....: N° EMBARAZDAS SIN MODIFICAR HÁBITOS SALUDABLES

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: USBD TERUEL

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 7.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 12.00

#### 7. % GRADO DE SATISFACCION CON EL PROYECTO

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° EMBARAZADAS SATISFECHAS CON LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

Denominador .....: N° EMBARAZADAS QUE NO SIENTEN SATISFACCIÓN CON LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: USBD TERUEL

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 7.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 12.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

LA RECOGIDA DE LOS DATOS DESDE LA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL SE REALIZARÁ A TRAVÉS DE REVISIONES Y SEGUIMIENTO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS

A todas las mujeres embarazadas se les realizará revision al inicio .En aquellas mujeres embarazadas que han requerido realización de detartraje se hará revisión de reevaluación a los 15 días . En el tercer trimestre a todas las participantes tras la charla , rellenarán una encuesta donde se evaluará la modificación de hábitos de autocuidado y grado de satisfacción

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: --Otros--> CIAP W78 , W79

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#138

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE LA DEMANDA EN LAS DETERMINACIONES DE IGES ESPECÍFICAS Y TOTAL PARA EL DIAGNOSTICO DE ALERGIA EN EL AMBITO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 16/06/2022

Nº de registro: 2022#138 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO

Título  
GESTION DE LA DEMANDA EN LAS DETERMINACIONES DE IGES ESPECÍFICAS Y TOTAL PARA EL DIAGNOSTICO DE ALERGIA EN EL AMBITO DE ATENCION PRIMARIA

Colaboradores/as:  
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO  
ATIENZA LORENTE MARIA TERESA  
BARBA SERRANO ESTHER  
LANUZA CELMA ADRIANA VERONICA  
MARTIN GOMEZ MARIA LUISA  
SANLLEHI VILA MARIA NURIA  
VILLARROYA SALESA MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: ANALISIS CLINICOS Y MICROBIOLOGIA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El constante incremento en la solicitud de pruebas de laboratorio y la progresiva restricción de recursos que afecta a los sistemas de salud hacen necesaria la gestión de la demanda de pruebas de laboratorio. Diariamente se solicitan numerosas pruebas que no son estrictamente necesarias, o que incluso son redundantes.

En la implantación de estrategias de gestión de la demanda, la clasificación por parte del laboratorio de una prueba solicitada como innecesaria o redundante puede ser discutible desde un punto de vista cualitativo, al no disponer de toda la información clínica. Por este motivo, la implantación de la gestión de la demanda debe realizarse desde el consenso con los médicos peticionarios y considerando las diferentes situaciones y ámbitos asistenciales.

Asimismo, el abordaje de la gestión de pruebas incluye: evitar hacer pruebas que no aporten información clínica, incorporar nuevas pruebas a la petición si redundan en beneficio del paciente y enviar las pruebas menos frecuentes a laboratorios externos, para optimizar recursos y disminuir tiempos de respuesta con el fin de acelerar la toma de decisiones asistenciales para manejar clínicamente mejor el tratamiento del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Errores en la transmisión de peticiones y de resultados entre los SILs del Hospital Clínico y de nuestro laboratorio.

Los alérgenos recombinantes son útiles para identificar correctamente las proteínas alergénicas y sus epítomos, para describir adecuadamente el perfil alérgico frente al que un paciente concreto está sensibilizado permitiendo el diseño adecuado de inmunoterapia específica. Por lo que antes de aplicar dicha inmunoterapia debe conocerse bien el o los alérgenos(s) que activa(n) la respuesta inmunitaria mediante la determinación de IgEs específicas frente a alérgenos recombinantes. Además, el tiempo de respuesta del laboratorio del Hospital Clínico es de 10 días por lo que el inicio del tratamiento con inmunoterapia específica se alarga excesivamente con lo que ello conlleva para los pacientes. Además, al enviarse la muestra a un laboratorio externo, en determinadas muestras, algunos parámetros no se analizan debido a muestra insuficiente y esto da lugar a que el paciente se tenga que volver a citar... con el consiguiente retraso de más de un mes. Además, por parte del Servicio de Alergología, nos solicitaron la inclusión en nuestra cartera de servicio de varios alérgenos. Una vez calculado el número de determinaciones/año de dichos alérgenos, que se enviaron al laboratorio del Hospital Clínico, y conocido el precio de la determinación de cada uno de ellos se decidió solicitar la inclusión de dichos alérgenos a nuestra cartera de servicio. Actualmente, dichos alérgenos están incluidos en nuestra cartera de servicio, pero aún no hemos evaluado el impacto en el tiempo de respuesta.

Actualmente, en nuestro laboratorio, estamos automatizando la realización de las alícuotas de muestras, pero en ocasiones la cantidad de muestra para la alícuota de alergias no es suficiente para la determinación de todos los parámetros solicitados, lo cual en alguna ocasión (si hay un retraso en el análisis de las alergias...) ocasiona la no determinación de algunos parámetros porque ya no queda alícuota y la muestra primaria se ha tirado. El problema es que el alicuotador automático tiene que optimizar el reparto de muestra entre todas las alícuotas procedentes de una muestra primaria y en varias ocasiones no realiza un reparto óptimo, lo cual genera problemas de pérdidas. Evitar la monitorización repetida de IgEs antes de que haya transcurrido un intervalo de tiempo mínimo razonable para que se observen cambios clínicos significativos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Errores de transmisión.  
Ineficiente solicitud de determinaciones de IgEs.  
Tiempo de respuesta excesivo.  
Ineficiencias en el consumo de muestras.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#138

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE LA DEMANDA EN LAS DETERMINACIONES DE IGES ESPECÍFICAS Y TOTAL PARA EL DIAGNOSTICO DE ALERGI A EN EL AMBITO DE ATENCION PRIMARIA

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Los objetivos del presente proyecto son:

Gestión de la demanda, en primaria, de las determinaciones de IgE total y específicas.

Depuración de errores informáticos.

Evaluar si los cambios realizados suponen una disminución de tiempos de respuesta y sino es así realizar los cambios oportunos.

Eliminar o disminuir el número de muestras que se tiran antes de analizarse totalmente.

El proyecto se dirige a todos los pacientes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión bibliográfica y del SIL.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Jose antonio Méndez Arredondo

2. Evaluación de los tiempos de respuesta.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Jose antonio Méndez Arredondo

3. Evaluación de las peticiones de alérgenos de años anteriores.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Jose antonio Méndez Arredondo

4. Comunicación, implantación y seguimiento del proyecto.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Jose antonio Méndez Arredondo

5. Evaluación/ajustes de la gestión de la demanda.

Fecha inicio: 01/08/2023

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Jose antonio Méndez Arredondo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Por todo lo anterior, con este proyecto queremos evaluar el grado de inadecuación en las peticiones de los diferentes tipos de IgEs en el Sector Teruel y realizar las acciones pertinentes para realizar una gestión adecuada de dichas determinaciones. Asimismo, queremos solucionar en la medida de lo posible las ineficiencias que hemos detectado y los problemas de pérdidas.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % profesionales implicados que han recibido formación.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: profesionales implicados que han recibido formación

Denominador .....: profesionales implicados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Programa formativo

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. Tiempo de respuesta en la determinación de IgEs frente a alérgenos recombinantes de nuestra cartera.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Tiempo de respuesta actual

Denominador .....: Tiempo de respuesta de años anteriores

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: SIL

Est.Mín.1ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

3. Ahorro de costes por IgEs específicas que se han dejado de realizar tras un screening positivo en AP

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Coste actual

Denominador .....: Coste de años anteriores promedio

x(1-100-1000) ...: 100



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#138

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE LA DEMANDA EN LAS DETERMINACIONES DE IGES ESPECÍFICAS Y TOTAL PARA EL DIAGNOSTICO DE ALERGIA EN EL AMBITO DE ATENCION PRIMARIA

Fuentes de datos.: SIL

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

4. Número absoluto y porcentaje de IgEs específicas añadidas en relación con años anteriores.

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: IgEs específicas añadidas actualmente  
Denominador .....: IgEs específicas añadidas en años anteriores  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: SIL  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Alergias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#144

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DEL LABORATORIO PROVISIONAL DEL SERVICIO DE ANALISIS CLÍNICOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL

Fecha de entrada: 16/06/2022

Nº de registro: 2022#144 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VALERO ADAN ADELA CAYETANA

Título  
ADECUACION DEL LABORATORIO PROVISIONAL DEL SERVICIO DE ANALISIS CLÍNICOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL

Colaboradores/as:  
ARIÑO ESPADA INMACULADA  
BONILLA MONTERDE GERMAN RAMON  
CERCOS GRAU BENJAMIN  
FELEZ CARRETERO ISABEL  
HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES  
MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS  
MORATA HERNANDEZ LUCIA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: ANALISIS CLINICOS Y MICROBIOLOGIA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En estos momentos es necesaria una reestructuración del espacio en el Laboratorio de Bioquímica, debido a la renovación y actualización de la cadena analítica. Esta nueva plataforma incorpora un módulo preanalítico que proporciona una mayor trazabilidad de las muestras. También reduce del número de tubos de extracción, mejorando en última instancia la seguridad del paciente y facilitando el trabajo de los profesionales del Laboratorio y del personal extractor del Hospital y de Atención Primaria. Mientras se realiza esta remodelación es necesario habilitar un Laboratorio provisional (Mantenimiento, informática, mobiliario) en el que esté ubicada la nueva tecnología además de otros autoanalizadores imprescindibles para dar salida a la demanda asistencial diaria. Nuestro objetivo principal es dar asistencia todos los días tanto en extracciones como en emisión de informes analíticos. Como objetivo secundario la formación del personal técnico y facultativo con la nueva tecnología

#### ÁREAS DE MEJORA

Habilitar un Laboratorio provisional y efectivo  
Formación del personal  
Mejora en la seguridad del paciente

#### ANALISIS DE CAUSAS

Adecuar(obras) para el Laboratorio definitivo con la nueva tecnología  
Nueva cadena de autoanalizadores  
Menor número en tubos de extracción

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Nuestro objetivo principal es crear un Laboratorio provisional eficiente, dar asistencia todos los días tanto en extracciones como en emisión de informes analíticos.  
Conseguir que el laboratorio definitivo de una asistencia de calidad a la población de Teruel.  
. Como objetivo secundario la formación del personal técnico y facultativo con la nueva tecnología

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión multidisciplinar con Dirección Médica/Enfermería para nuevas ubicaciones Área extracción/Laboratorio provisional

Fecha inicio: 01/04/2022  
Fecha final.: 14/04/2022  
Responsable.: Adela Valero Adán

2. Estudio de las actuaciones reales en las nuevas ubicaciones:

Espacios, Iluminación, Temperatura, Informática, Mobiliario.

Flujos de trabajo, personal y pacientes

Fecha inicio: 18/04/2022  
Fecha final.: 22/04/2022  
Responsable.: Benjamín Cercos Grau

3. Cronograma

Fecha inicio: 03/05/2022  
Fecha final.: 06/05/2023  
Responsable.: Lourdes Hernandez Sanchez

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#144

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DEL LABORATORIO PROVISIONAL DEL SERVICIO DE ANALISIS CLÍNICOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Formación

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Personal tecnico que ha recibido formacion  
Denominador .....: Personal tecnico total de la plantilla  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Certificados emitidos por el personal docente  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 99.00

##### 2. Eficiencia en la extraccion en la nueva sala de extraccion

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de dias en los que se realizó la extraccion  
Denominador .....: N° de dias laborables  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sistema Informatico del Laboratorio (S.I.L.)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Eficiencia de emisión de resultados en el Laboratorio provisional

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de dias de emision de informes analiticos  
Denominador .....: N° de dias laborables  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sistema Informatico del Laboratorio (S.I.L.)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 4. Eficiencia en la extraccion en el laboratorio definitivo

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de dias en los que se realizó la extraccion  
Denominador .....: N° de dias laborables  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sistema Informatico del Laboratorio (S.I.L.)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 5. Eficiencia de emisión de resultados en el Laboratorio definitivo

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de dias de emision de informes analiticos  
Denominador .....: N° de dias laborables  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sistema Informatico del Laboratorio (S.I.L.)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Población atendida por el Laboratorio del Hospital Obispo Polanco

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#307

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LA DEMANDA DEL PROTEINOGRAMA MEDIANTE EL SISTEMA INFORMATICO DEL LABORATORIO

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#307 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BARBA SERRANO ESTHER

Título  
ADECUACION DE LA DEMANDA DEL PROTEINOGRAMA MEDIANTE EL SISTEMA INFORMATICO DEL LABORATORIO

Colaboradores/as:  
ATIENZA LORENTE MARIA TERESA  
ESCORIHUELA CATALAN BARBARA  
FELEZ CARRETERO ISABEL  
GARCIA-VILLARACO RUIZ MIRIAN  
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO  
MUÑOZ DOMINGO ARANCHA  
SANLLEHI VILA MARIA NURIA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: ANALISIS CLINICOS Y MICROBIOLOGIA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Durante los últimos años desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las Sociedades Científicas se ha promovido la realización de diferentes proyectos para disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, es decir, aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa y no son coste-efectivas o no son prioritarias. Observamos así diferentes propuestas como la "Choosing Wisely" en Estados Unidos, o las del NICE (National Institute for Health and Care Excellence) de Reino Unido. Cabe destacar que en torno al 70% de las decisiones médicas relevantes tienen su base fundamentada en los resultados de laboratorio, es por esto que surgen recomendaciones como la propuesta por el proyecto del Ministerio por la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias de "No realizar analíticas sanguíneas, de forma rutinaria, fuera de indicaciones clínicas específicas". En este contexto surgen grupos de mejora de diferentes sociedades como la Asociación Española de Biopatología Médica (AEBM) que ha liderado la publicación del libro "Decisiones Inteligentes desde el Laboratorio: de Elegir Sabiamente a No Hacer" en el que constan una serie de recomendaciones. Entre estas recomendaciones se encuentra la "Recomendación 10 NO HACER: La determinación del proteínograma a menores de 50 años sin sospecha clínica de gammopatía monoclonal, ni utilizar el proteínograma para el estudio de proteínas séricas aisladas". Por otro lado, las características propias de la demografía del Sector de Teruel, con un envejecimiento poblacional elevado hace que la incidencia de las gammopatías monoclonales sea elevada. El proteínograma se encuentra entre las pruebas de primera línea a realizar ante un paciente con sospecha de gammopatía monoclonal.

#### ÁREAS DE MEJORA

El proteínograma se encuentra entre las pruebas de primera línea a realizar ante un paciente con sospecha de gammopatía monoclonal. Sin embargo, actualmente todavía se sigue solicitando el proteínograma en pacientes SIN sospecha de gammopatía monoclonal, sin que haya evidencia ni guías clínicas que lo recomienden. Por tanto, en este proyecto queremos evaluar el grado de inadecuación del proteínograma en el Sector de Teruel y realizar las acciones pertinentes para adecuar la demanda.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Posible desconocimiento de las recomendaciones NO HACER de diferentes sociedades.  
Estudiar si el proteínograma forma parte de perfiles o protocolos no actualizados para actualizarlos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Adecuación de la demanda del proteínograma siguiendo las diferentes recomendaciones bibliográficas.
  2. Identificar a los pacientes con mieloma múltiple en seguimiento en el Sistema Informático del Laboratorio (SIL).
- La población diana del proyecto son los pacientes a los que se les solicita el proteínograma.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión bibliográfica exhaustiva para definir cuándo debe solicitarse el proteínograma a un paciente.

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Esther Barba Serrano

2. Redacción de recomendaciones de cuándo debe y no debe solicitarse un proteínograma.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#307

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LA DEMANDA DEL PROTEINOGRAMA MEDIANTE EL SISTEMA INFORMATICO DEL LABORATORIO

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Esther Barba Serrano

3. Comunicación y formación al personal implicado sobre las recomendaciones actuales.

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: Esther Barba Serrano

4. Implantación de las recomendaciones en el SIL.

Fecha inicio: 01/02/2023  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Esther Barba Serrano

5. Seguimiento y evaluación de la adecuación de la demanda realizada tras la implantación de las recomendaciones y comunicación de los resultados alcanzados.

Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 31/10/2023  
Responsable.: Esther Barba Serrano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % Profesionales implicados que han recibido formación

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Profesionales implicado que reciben formación.  
Denominador .....: Todos los profesionales implicados (que solicitan proteinogramas).  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Programa formativo  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. Porcentaje de rechazo de proteinogramas.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Proteinogramas rechazados.  
Denominador .....: Total de proteinogramas realizados.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sistema Informático de Laboratorio (SIL)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

3. Porcentaje de proteinogramas añadidos.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Proteinogramas añadidos  
Denominador .....: Total de proteinogramas realizados.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sistema Informático de Laboratorio (SIL)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

4. Ratio de proteinogramas/proteínas totales realizados antes de la formación.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Total de proteinogramas realizados antes de la formación.  
Denominador .....: Total de proteínas totales realizados antes de la formación.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sistema Informático de Laboratorio (SIL)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

5. Ratio de proteinogramas/proteínas totales realizados después de la formación.

Tipo de indicador: Impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#307

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LA DEMANDA DEL PROTEINOGRAMA MEDIANTE EL SISTEMA INFORMATICO DEL LABORATORIO

Numerador .....: Total de proteinogramas realizados después de la formación.  
Denominador .....: Total de proteínas totales realizados después de la formación.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sistema Informático de Laboratorio (SIL)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

6. Reducción del coste, en la realización de proteinogramas, para el Salud.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Gasto en proteinogramas/año antes de la formación.  
Denominador .....: Gasto en proteinogramas/año después de la formación.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sistema Informático de Laboratorio (SIL)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#353

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL CRIBADO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA MEDIANTE TIRAS REACTIVAS

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#353 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO

Título  
IMPLANTACION DEL CRIBADO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA MEDIANTE TIRAS REACTIVAS

Colaboradores/as:  
GARCIA-VILLARACO RUIZ MIRIAN  
MORATA HERNANDEZ LUCIA  
PEREZ BONA AIDA  
TORNER BELLIDO ANA BELEN

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: ANALISIS CLINICOS Y MICROBIOLOGIA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las guías de KDIGO y otras, recomiendan el seguimiento de la función renal a través de dos mecanismos, uno para valorar la funcionalidad renal a través de la estimación de filtrado glomerular (eGFR) a partir de la medida de la creatinina sérica y aplicando la fórmula CKD-EPI, y otro para valorar la ausencia de daño renal a través de la medida de eliminación de proteínas en orina utilizando para ello el cociente albúmina/creatinina en mg/g, midiendo ambos parámetros en orina de micción aislada. Estas determinaciones se han incluido en las guías de manejo de pacientes en atención primaria (Guía de manejo de función renal en paciente con diabetes mellitus tipo II). El elevado número de orinas enviadas al laboratorio para su análisis cuantitativo (cociente albúmina / creatinina) puede llegar a saturar la capacidad de análisis de los analizadores de bioquímica, haciendo que se retrase su análisis y pudiendo causar retrasos en otro tipo de análisis realizados por los mismos autoanalizadores. Además, en un elevado número de ocasiones a los pacientes se les solicita simultáneamente a la determinación del cociente albúmina / creatinina, la realización de un análisis básico de orina (estudio bioquímico a través de tira reactiva y análisis de elementos formes en el sedimento si procede), lo que hace que las muestras tengan que moverse por dos analizadores diferentes. Además debido a la metodología de trabajo implantada, esa solicitud simultánea implicaba el envío al laboratorio de dos tubos de muestra del mismo paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

El cribado de ERC mediante tiras reactivas, sustituyendo parcialmente al análisis cuantitativo del cociente albúmina / creatinina supondría las siguientes mejoras:  
Mejora del flujo de trabajo en el laboratorio y disminución de los tiempos de respuesta tanto del cociente albúmina / creatinina como del resto de determinaciones bioquímicas.  
Disminución de costes. Se realizarían muchas menos cuantificaciones de albúmina y creatinina en los equipos de bioquímica, pruebas en el caso de la albúmina, con un coste elevado.  
Reducción del número de tubos de orina que se utilizarían. Se usaría un único tubo de orina para determinación de Tira y sedimento y para cuantificación del cociente albúmina/creatinina.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La implantación años atrás de estos protocolos de seguimiento de función renal en atención primaria supuso una disminución en el número de orinas de 24 horas solicitadas en atención primaria, pero un muy notable aumento del número de determinaciones de creatinina y albúmina en orina de micción aislada en los analizadores bioquímicos. Dicho incremento aumenta la carga de trabajo de los mismos.  
La cuantificación de creatinina en analizadores de bioquímica es una técnica cara. Al aumentar el número de determinaciones, se incrementa el gasto del laboratorio.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Implantación de un algoritmo de screening que permita el adecuado seguimiento de los pacientes pero disminuyendo los costes del proceso.  
Optimización del flujo de muestras de orina de micción aislada en el módulo preanalítico y entre los diferentes analizadores.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Revisión bibliográfica

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Alejandro Álvarez López

#### 2. Análisis comparativo de un elevado número de muestras con ambos métodos de medida.

Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#353

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL CRIBADO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA MEDIANTE TIRAS REACTIVAS

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Alejandro Álvarez López

3. Estudio estadístico de los resultados. Obtención de un punto de corte optimizado (en términos de sensibilidad, especificidad y costes) para la técnica de screening

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Alejandro Álvarez López

4. Configuración del SIL para la recepción de peticiones y envío de resultados a OMI-LAB.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Alejandro Álvarez López

5. Implantación del punto de corte de screening.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Alejandro Álvarez López

6. Optimización del flujo de trabajo para la distribución de muestras.

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Alejandro Álvarez López

7. Seguimiento de los resultados, evaluación económica y estudio de posibles mejoras

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.:

Responsable.: Alejandro Álvarez López

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Formación del personal

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Profesionales implicados formados

Denominador .....: Total personal implicado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Fichas de formación de personal del laboratorio.

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Reducción de orinas medidas cuantitativamente

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° orinas analizadas cuantitativamente

Denominador .....: n° total de orinas con cociente solicitado.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: SIL

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

3. Ahorro económico

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Coste análisis aplicando cribado

Denominador .....: Coste sin cribado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: SIL

Oferta económica del concurso de reactivos

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

4. Reducción tiempo de análisis cociente albúmina / creatinina

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Tiempo medio de respuesta desde entrada al laboratorio hasta emisión de resultado aplicando screening



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#353

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL CRIBADO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA MEDIANTE TIRAS REACTIVAS

Denominador .....: Tiempo medio de respuesta desde entrada al laboratorio hasta emisión de resultado sin screening  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: SIL  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Seguimiento de función renal en pacientes de atención primaria.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#364

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#364 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
TALAVAN SERNA JULIO

Título  
IMPLANTACION DE UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

Colaboradores/as:  
ARMAS TOVAR GUSTAVO ADOLFO  
BELMONTE BAYO LUIS  
CONESA MARIN VICENTE JOSE  
MURCIANO GARCIA FERNANDO  
NINA COLQUE NAYRA LUPE  
RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El creciente número de intervenciones quirúrgicas ha motivado la elaboración de protocolos de actuación con la finalidad de favorecer la recuperación postoperatoria de la forma más satisfactoria para el paciente.

Entre los ítems de interés para dicha recuperación, el control efectivo del dolor agudo postoperatorio es un tema fundamental, especialmente en la CMA por favorecer una pronta recuperación en el domicilio del paciente, pero también en la cirugía con ingreso, al tratar de esta forma de minimizar los tiempos de hospitalización mediante el control efectivo del dolor y favorecer la recuperación funcional merced al manejo analgésico correcto y la minimización de otras complicaciones postoperatorias asociadas al dolor postoperatorio, tales como el estrés psicológico, la ansiedad, el insomnio o las náuseas y vómitos postoperatorios.

En aras de una mejor coordinación para la minimización del dolor agudo postoperatorio, es necesario implementar protocolos de actuación para consensuar una respuesta precoz y ordenada que implique tanto el manejo del dolor en el quirófano, en la URPA o UCI, así como en planta de hospitalización o en el domicilio, en los casos de CMA. De esta forma se optimizan los tiempos de respuesta y se elabora un plan de acción conjunta que mejora los cuidados y atenciones al enfermo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Dolor agudo postoperatorio  
Efectos secundarios asociados al dolor agudo postoperatorios  
Enfoque multidisciplinar en el equipo quirúrgico y atención integral en el manejo del dolor agudo

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Causas: estrés y efecto disruptivo de la cirugía en el paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

- Disminuir la incidencia de dolor con EVA = 6 en el postoperatorio de cirugía mayor, mediante el establecimiento de un protocolo de actuación en quirófano, URPA y en hospitalización/domicilio (en los casos de CMA).

Objetivos secundarios:

- Aumentar el uso de analgesia locorregional, dado su mejor perfil de eficacia y efectos secundarios.
- Implantar la EVA como una constatación de rutina en el cuidado del pac.
- Mejorar el conocimiento e implicación de la enfermería en el control del dolor postoperatorio.
- Reducir los efectos secundarios de la analgesia postoperatoria, y favorecer la movilización precoz del paciente.
- Mejorar la percepción del paciente sobre los cuidados recibidos en el postoperatorio.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Elaboración de protocolo analgésico en función de la intensidad de dolor estimado según escala EVA, para cada cirugía.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 23/12/2022  
Responsable.: Julio Talaván Serna

2. - Reuniones en cada uno de los servicios de enfermería, para docencia/concienciación, y mejora de

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#364

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

coordinación entre la UDA (unidad de dolor agudo) y enfermería.

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Jose Antonio Ruiz Doñate

3. - Confección de encuesta de satisfacción del paciente, con el cuidado recibido por la UDA.

Fecha inicio: 31/01/2023

Fecha final.: 31/08/2023

Responsable.: Luis Belmonte Bayo

4. Medidas correctoras de los problemas detectados, y análisis de conclusiones

Fecha inicio: 01/09/2023

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Fernando Murciano García

5. Implementación del protocolo analgésico y encuesta EVA en la UCDA

Fecha inicio: 31/10/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Nayra Nina Colque

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº pacs EVA < 6/total de pacs intervenidos de cirugía mayor x 100.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº pacs EVA < 6

Denominador .....: total de pacs intervenidos de cirugía mayor x 100

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: No definido.

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Nº pacs con técnica locorreional/total de pacs intervenidos de cirugía mayor x 100.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº pacs con técnica locorreional

Denominador .....: total de pacs intervenidos de cirugía mayor x 100.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: No definido.

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Nº pacs con efectos secundarios /total de pacs intervenidos de cirugía mayor x 100.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº pacs con efectos secundarios

Denominador .....: total de pacs intervenidos de cirugía mayor x 100.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: NO DEFINIDO

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

4. Nº pacs satisfechos con la atención /total de pacs intervenidos de cirugía mayor x 100.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº pacs satisfechos con la atención

Denominador .....: total de pacs intervenidos de cirugía mayor x 100.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: No definido

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

5. Personal de enfermería instruido en dolor agudo HOP/personal enfermeria total HOPx100

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Personal de enfermería instruido en dolor agudo

Denominador .....: personal enfermeria HOPx100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#364

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: No definido  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 45.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> pacientes subsidiarios de cirugía mayor

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#422

### 1. TÍTULO

#### TECNICA DE ACCESO CERVICAL INVASIVO (TACI) EN SITUACION "NO INTUBABLE, NO OXIGENABLE" (NINO)

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#422 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
BELMONTE BAYO LUIS

Título  
TECNICA DE ACCESO CERVICAL INVASIVO (TACI) EN SITUACION "NO INTUBABLE, NO OXIGENABLE" (NINO)

Colaboradores/as:  
ARMAS TOVAR GUSTAVO ADOLFO  
COLAS RODRIGUEZ ANA  
MEDINA VIVAS RODRIGO SEBASTIAN  
MORANDEIRA RIVAS CLARA  
MURCIANO GARCIA FERNANDO  
RAMIREZ SANCHEZ ANA BELEN  
RUIZ GARCIA ALVARO

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Ubicación/es secundaria/s  
TERUEL\*HOSPITAL OBISPO POLANCO\*UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS\*HOSP (Hospitalización)  
TERUEL\*HOSPITAL OBISPO POLANCO\*URGENCIAS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El proyecto se va a centrar en homogeneizar la técnica de acceso cervical invasivo en situación NINO para que todos los profesionales conozcan y realicen la misma técnica. Según las recomendaciones de las últimas guías de vía aérea, dicha TACI consiste en la cricotirotomía quirúrgica de tres pasos (bisturí nº 10, bougie/guía de intubación y tubo endotraqueal (TET) nº 6) por ser una técnica que presenta mayor seguridad y menor tiempo de ejecución con material fácilmente accesible.

#### ÁREAS DE MEJORA

Vía Aérea Difícil: Unificar la técnica de acceso cervical invasivo en situación "no intubable, no oxigenable".

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Vía Aérea Difícil: Unificar la técnica de acceso cervical invasivo en situación "no intubable, no oxigenable".

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. - Unificar la técnica de acceso cervical invasivo basada en la cricotirotomía quirúrgica de 3 pasos (bisturí nº 10, bougie/guía de intubación y TET nº6).
2. - Establecer el material necesario para la cricotirotomía quirúrgica de 3 pasos en un mismo set y una localización común en cada departamento o servicio (carro de VAD o, en caso de no disponer de ello, en carro de PCR).
3. - Adquirir los conocimientos necesarios para la realización de la cricotirotomía quirúrgica por parte de los profesionales sanitarios médicos implicados en el manejo de la vía aérea (sobre todo los servicios de Anestesia, UCI y Urgencias).
4. - Practicar la técnica quirúrgica de forma periódica (al menos una o dos veces al año) a través de la simulación y talleres con modelos en 3D.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. • Encuesta inicial (0 - 3 meses): valorar los conocimientos a cerca de las técnicas de acceso cervical invasivo disponibles en nuestro centro.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Luis Belmonte Bayo

2. • Simulación 1º (0 - 6 meses): registrar la actuación de los profesionales sanitarios ante una situación NINO.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Clara Morandeira Rivas

3. • Sesión clínica + Taller (0 - 9 meses): explicar el procedimiento de cricotirotomía quirúrgica de 3 pasos y practicar la técnica en modelo 3D.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Ana Belen Ramírez Sánchez

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#422

### 1. TÍTULO

#### TECNICA DE ACCESO CERVICAL INVASIVO (TACI) EN SITUACION "NO INTUBABLE, NO OXIGENABLE" (NINO)

4. • Simulación 2º (0 - 12 meses): registrar la actuación de los profesionales sanitarios ante una situación NINO.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Fernando Murciano García

5. • Encuesta final (0 - 16 meses): interpretar los resultados obtenidos del taller y de las simulaciones.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Ana Colás Rodríguez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

• Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de profesionales que conoce el tipo de dispositivo TACI disponible en su servicio.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % profesionales que conoce el dispositivo TACI en su servicio

Denominador .....: % total profesionales que compone el servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta inicial y final

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de profesionales que conoce la localización del dispositivo TACI en su servicio

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % profesionales que localiza el dispositivo TACI en su servicio

Denominador .....: % total profesionales que compone el servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta inicial y final

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de profesionales médicos que reciben sesión formativa sobre TACI en situación NINO

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % profesionales que reciben sesión formativa sobre TACI

Denominador .....: % profesionales médicos que componen los servicios de Anestesia, UCI y Urgencias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de asistencia a sesión clínica, taller y simulación

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Frecuencia con la que se realiza el entrenamiento y la práctica de la TACI sobre modelos 3D

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Suma del número de talleres prácticos de TACI sobre modelos 3D que recibe cada médico / año

Denominador .....: Nº total profesionales médicos que componen los servicios de Anestesia, UCI y Urgencias

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro de asistencia a sesiones clínicas, talleres y simulación

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

5. Tiempo transcurrido desde la situación NINO hasta su detección e inicio de la TACI

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Suma del tiempo en segundos que tarda en realizar la TACI cada médico

Denominador .....: Nº total profesionales médicos que componen los servicios de Anestesia, UCI y Urgencias

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro de tiempos en talleres y simulación

Est.Mín.1ª Mem ..: 180.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 360.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#422

### 1. TÍTULO

#### TECNICA DE ACCESO CERVICAL INVASIVO (TACI) EN SITUACION "NO INTUBABLE, NO OXIGENABLE" (NINO)

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 180.00

6. Valoración de si la ejecución de la TACI ha sido correcta (localización de MCT e inserción de TET)  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Suma de todas las TACI realizadas correctamente (localización MCT e inserción TET)  
Denominador .....: N° total de TACI realizadas sobre modelos 3D  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de ejecución de los talleres y simulación  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Vía Aérea Difícil en situación NINO

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1087

### 1. TÍTULO

#### INTUBACION TRAQUEAL EN PACIENTE DESPIERTO

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1087 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RAMIREZ SANCHEZ ANA BELEN

Título  
INTUBACION TRAQUEAL EN PACIENTE DESPIERTO

Colaboradores/as:  
COLAS RODRIGUEZ ANA  
MORANDEIRA RIVAS CLARA  
NINA COLQUE NAYRA LUPE  
RUBIO JIMENEZ CONCEPCION  
TALAVAN SERNA JULIO

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La evaluación de la VA es fundamental porque nos da una información previa sobre las posibles complicaciones, y por lo tanto, nos permite establecer una estrategia anticipada de una dificultad prevista. Esta evaluación o predicción sobre la vía aérea no solo incluye consideraciones anatómicas y fisiológicas, sino también elementos situacionales y clínicos (factores humanos) que pueden influir en la actuación clínica. La lista de verificación tanto del material necesario como del plan a desarrollar es un aspecto clave de la seguridad para un correcto trabajo en equipo y para la prevención de la hipoxia del paciente, así como de secuelas potencialmente graves como la encefalopatía anóxica e incluso la muerte.

Por este motivo, se presenta este proyecto con el objetivo de que los profesionales sanitarios implicados en el manejo de la vía aérea sean capaces de realizar la técnica de forma homogeneizada y evitar errores derivados de la ausencia de un plan de actuación, del desconocimiento de la técnica o de la falta de preparación del material, minimizando así las complicaciones y aumentando las probabilidades de éxito.

#### ÁREAS DE MEJORA

Vía Aérea Difícil: Unificar la técnica de intubación en paciente despierto con VA difícil conocida o prevista

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Evitar errores derivados de:  
- Ausencia de un plan de actuación.  
- Desconocimiento de la técnica.  
- Desconocimiento y falta de preparación del material de vía aérea difícil.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Unificar la técnica de intubación en paciente despierto con VA difícil conocida o prevista mediante la adquisición de los conocimientos necesarios para la realización de la técnica por parte del personal sanitario implicado (facultativos especialistas anestesistas y enfermería del bloque quirúrgico), así como del conocimiento y preparación del material necesario para ello y para posibles complicaciones derivadas de la técnica.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión bibliográfica sobre vía aérea difícil y en concreto sobre el acceso a la misma en el paciente despierto.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/02/2023

Responsable.: Ana Belén Ramírez Sánchez

2. Elaboración de pautas de actuación en la intubación del paciente despierto ante una VAD prevista (0-6 meses)

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/02/2023

Responsable.: Clara Morandeira Rivas

3. Establecer el material necesario para la realización de la técnica y elaboración de un listado de verificación del material a preparar previamente a la intubación en paciente despierto.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/02/2023

Responsable.: Nayra Lupe Nina Colque

4. A partir de ambos listados, elaboración de ayudas cognitivas para tener en quirófano y en el carro de VAD



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1087

### 1. TÍTULO

#### INTUBACION TRAQUEAL EN PACIENTE DESPIERTO

y PCR

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/02/2023

Responsable.: Julio Talaván Serna

5. Encuesta inicial: valorar los conocimientos acerca de la técnica de intubación en paciente despierto.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: Conchi Rubio Jiménez

6. Sesiones formativas: explicar al personal implicado el procedimiento de la técnica, así como la implementación de estas listas de verificación, hojas de registro de incidente crítico de VA, etc.

Fecha inicio: 01/08/2023

Fecha final.: 01/02/2024

Responsable.: Ana Belén Ramírez Sánchez

7. Encuesta final: interpretar los resultados obtenidos tras la implementación de las sesiones y los documentos correspondientes

Fecha inicio: 01/02/2024

Fecha final.: 01/07/2024

Responsable.: Clara Morandeira Rivas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de profesionales que conoce la técnica ATI, tanto de enfermería como de anestesia.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % de profesionales que conoce la técnica ATI

Denominador .....: % total de profesionales que trabaja en quirófano (enfermería y anestesia)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta inicial y final

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de profesionales que conoce el material necesario para realización de la ATI.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: % de profesionales que conoce el material para ATI

Denominador .....: % total de profesionales que trabaja en quirófano (enfermería y anestesia)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta inicial y final

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de profesionales que reciben sesión formativa (acerca de VAD, procedimiento y material necesario)

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: % de profesionales que reciben sesión formativa (acerca de VAD, procedimiento y material necesario)

Denominador .....: % total de profesionales que trabaja en quirófano (enfermería y anestesia)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta inicial y final

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Frecuencia con la que se realiza la técnica y la preparación de esta en el quirófano.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Suma del número de veces que se realiza la técnica y la preparación de esta en el quirófano cada profesional /año

Denominador .....: N° total de profesionales que trabaja en quirófano (enfermería y anestesia)

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro del número de veces que se realiza la técnica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1087

### 1. TÍTULO

#### INTUBACION TRAQUEAL EN PACIENTE DESPIERTO

5. Valoración de la implementación del listado de verificación: preparación, falta de material, etc  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Suma de todas las veces que se implementa las ayudas cognitivas y la preparación de la técnica correctamente  
Denominador .....: N° total de profesionales que trabaja en quirófano (enfermería y anestesia)  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de la implementación y preparación correctas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

6. Tiempo transcurrido desde el inicio de la preparación de la técnica hasta la intubación del paciente  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Suma del tiempo en segundos desde el inicio de la preparación de la técnica hasta la intubación del paciente  
Denominador .....: Registro de tiempos durante la técnica ( desde el inicio de la preparación de la técnica hasta la intubación del paciente)  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Registro de tiempos cuando se realice la técnica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 180.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 360.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 180.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Vía Aérea Difícil Conocida o Predecible

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#55

### 1. TÍTULO

#### CODIGOS QR EN EL QUIROFANO, HERRAMIENTA PARA UNA CORRECTA PREPARACION QUIRURGICA

Fecha de entrada: 06/06/2022

Nº de registro: 2022#55 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VILLACAMPA SARASA DELIA

Título  
CODIGOS QR EN EL QUIROFANO, HERRAMIENTA PARA UNA CORRECTA PREPARACION QUIRURGICA

Colaboradores/as:  
CALVO ARIÑO AITOR  
CATALAN MARTINEZ FRANCISCA  
DOMINGO LIZAMA MARIA PILAR  
ESTEBAN CAMPOS ESTHER  
MARTIN MARTIN ALICIA  
POLO GARCIA MARIA ARACELI  
RODRIGUEZ RODRIGUEZ VANESA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El quirófano es una unidad de alta complejidad y especialidad, debido a las diferentes intervenciones quirúrgicas que se realizan. La formación del personal que integra el equipo quirúrgico es de gran valor y una definición correcta de sus competencias, es primordial para un buen desarrollo de la intervención quirúrgica.

La seguridad del paciente es el punto de partida.

El equipo quirúrgico está compuesto por diferentes profesionales: cirujanos especialistas, TCAES, celadores y enfermeras. Las enfermeras de instrumento se organizan en base a 2 tipos de ruedas: una larga (cada 6 meses cambian de quirófano) y otra corta (cada 3 meses cambian de quirófano). Las TCAES cambian de quirófano cada mes y los celadores trabajan a demanda.

Existe una alta rotación de estos profesionales (a excepción de los cirujanos especialistas) por los diferentes quirófanos. Por poner un ejemplo, la enfermera que pertenece a la "rueda larga" y comienza su rodaje en el quirófano de traumatología, hasta que no pasa un año y medio no vuelve a formar parte del equipo quirúrgico que compone el quirófano de traumatología.

Durante ese periodo de tiempo puede haber actualizaciones quirúrgicas, modificaciones en las formas de operar, nuevas técnicas quirúrgicas, cambian necesidades, cambia la evidencia científica, incorporación de nuevos facultativos con diferentes criterios, la enfermera tiene que volver a recordar ciertas tecnicidades de la especialidad, etc.

Por otro lado, una alta rotación como sucede con las enfermeras de la "rueda corta", las TCAES que rotan cada mes o los celadores que trabajan a demanda, dificulta el asentamiento de conocimientos de cada especialidad quirúrgica.

A todo esto hay que añadirle los periodos vacacionales o las situaciones de IT, donde contratados nuevos (normalmente sin experiencia en el quirófano) tienen que lidiar diariamente con las necesidades del servicio, de la mejor manera que pueden.

Por todo lo anterior, la alta rotación de profesionales en los quirófanos pone en juego la seguridad del paciente. Es por ello que vimos una posible mejora en el servicio, realizando unas fichas que integran todo lo necesario para una correcta preparación quirúrgica por parte de todos los profesionales que componen el equipo quirúrgico.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Evitar la variabilidad preparatoria
2. Agilizar el proceso de preparación del quirófano.
3. Realizar una correcta preparación del quirófano (evitar olvidos de material/instrumental, disminuir entradas y salidas al quirófano (riesgo de infecciones intraoperatorias),
4. Evitar imprevistos y sus consecuencias
5. Disminuir la ansiedad del personal de nuevo ingreso en la unidad y facilitar su labor.

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. No hay criterios de preparación unificados
2. El tener un guion para preparar el quirófano agiliza el proceso.
3. Evitar olvidos de material o instrumental, así se evitan entradas y salidas durante la intervención quirúrgica.
4. Tener todo previsto favorece un correcto desarrollo de la intervención quirúrgica.
5. El personal de nuevo ingreso tiene mucha ansiedad por la alta especialidad del bloque quirúrgico, además de desconocer lo que se necesita preparar en cada intervención.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1 Evitar la variabilidad preparatoria y unificar criterios.
- 2 Agilizar el proceso de preparación del quirófano.
- 3 Realizar una correcta preparación del quirófano (evitar olvidos de material/instrumental, disminuir

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#55

### 1. TÍTULO

#### CODIGOS QR EN EL QUIROFANO, HERRAMIENTA PARA UNA CORRECTA PREPARACION QUIRURGICA

entradas y salidas al quirófano (riesgo de infecciones intraoperatorias),  
4 Evitar imprevistos y sus consecuencias  
5 Disminuir la ansiedad del personal de nuevo ingreso en la unidad y facilitar su labor.  
Todo lo anterior se intentará mejorar con la creación y utilización de unas FICHAS con diferentes apartados (título de la IQ, mesa quirúrgica a utilizar, accesorios de la mesa, posición quirúrgica ilustrada, cobertura, aparataje, material fungible, suturas, instrumental y técnica quirúrgica).  
Existirá un código de colores para cada categoría profesional, que servirá para que cada categoría profesional dentro del equipo quirúrgico, sepa lo que tiene que preparar. Cada intervención quirúrgica tendrá una ficha específica, con su código QR.  
En las fichas de traumatología habrá un hipervínculo con la técnica quirúrgica de la casa comercial.  
El contenido de la ficha se podrá editar cuando haya alguna modificación.  
Los códigos estarán disponibles en cada antequirófano, su lectura se realizará a través de un lector de códigos QR.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de la estructura de las fichas

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/10/2022

Responsable.: Delia Villacampa Sarasa

2. Creación de un listado de Intervenciones quirúrgicas por especialidad, susceptibles de tener ficha

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Alicia Martín Martín

3. Recopilación de información de cada especialidad

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Vanesa Rodríguez Rodríguez

4. Contacto con las casas comerciales

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Delia Villacampa Sarasa

5. Contacto con Elsevier para derechos de imagen

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Delia Villacampa Sarasa

6. Volcado de información en cada ficha creada

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Francisca Catalán Martínez

7. Creación de los Códigos QR para cada ficha

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.:

Responsable.: Delia Villacampa Sarasa

8. Impresión de los códigos QR para implementación y explicación al servicio

Fecha inicio: 01/09/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Delia Villacampa Sarasa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. grado de utilización de los códigos por personal de nuevo ingreso

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: personal de nuevo ingreso que escanea los códigos

Denominador .....: personal de nuevo ingreso en el servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. grado de satisfacción de la herramienta por parte del personal del servicio

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#55

### 1. TÍTULO

#### CODIGOS QR EN EL QUIROFANO, HERRAMIENTA PARA UNA CORRECTA PREPARACION QUIRURGICA

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: personal satisfecho con la herramienta  
Denominador .....: personal del quirófano  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. alcance de conocimiento de la herramienta entre el personal de quirófano

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: profesionales que conocen la herramienta  
Denominador .....: profesionales que trabajan en el quirófano  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. códigos más utilizados

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: códigos QR más escaneados  
Denominador .....: total de códigos QR  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> mejora la seguridad del paciente dentro del bloque quirúrgico

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#18

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE MEDIANTE ANESTESIA RAQUÍDEA A TRAVES DE LA MUSICOTERAPIA INTRAOPERATORIA

Fecha de entrada: 27/05/2022

Nº de registro: 2022#18 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DOMINGO LIZAMA MARIA PILAR

Título  
MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE MEDIANTE ANESTESIA RAQUÍDEA A TRAVES DE LA MUSICOTERAPIA INTRAOPERATORIA

Colaboradores/as:  
BATALLER GARCIA MARGARITA  
CIRUGEDA SALVADOR MARIA PILAR  
ESTEBAN CAMPOS ESTHER  
MAUDOS MARCO VANESA  
RODRIGUEZ RODRIGUEZ VANESA  
TERRADO ROYO MARTA  
VILLACAMPA SARASA DELIA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Un alto porcentaje de las cirugías realizadas en el hospital se llevan a cabo con anestesia raquídea (ya sea con o sin sedación complementaria). Los ruidos que se producen en el quirófano durante la cirugía provocan un alto nivel de estrés en el paciente intervenido. Si aplicamos la musicoterapia a estos pacientes, disminuiríamos los ruidos ambientales que le afectan y conseguimos de este modo reducir el estrés. Se iniciará el proyecto en pacientes de cirugía traumatológica de extremidades inferiores en los que la posición lo permita.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disminuir el estrés que le produce al paciente la cirugía

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El paciente se encuentra en una situación de vulnerabilidad que le produce ansiedad.  
Los ruidos de las cirugías aumentan el estrés del paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la calidad asistencial del paciente intervenido con anestesia raquídea en cirugía traumatológica de extremidades inferiores en las que la posición lo permita.
- Disminuir el estrés del paciente durante la cirugía.
- Mejorar la satisfacción del paciente y familiares.
- Conseguir la implantación del proyecto a todos los pacientes intervenidos con anestesia raquídea (en la que la posición lo permita).
- Conseguir el material necesario para poder ofertar la musicoterapia en todos los quirófanos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Ofertar al paciente musicoterapia para el control del estrés durante la cirugía.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: M. Pilar Domingo Lizama

2. Se realizará una encuesta a los pacientes para medir el grado de satisfacción

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: M. Pilar Domingo Lizama

3. Implementación en el quirófano, difusión y formación a todos los profesionales de la unidad.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: M. Pilar Domingo Lizama

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#18

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE MEDIANTE ANESTESIA RAQUÍDEA A TRAVÉS DE LA MUSICOTERAPIA INTRAOPERATORIA

##### 1. GRADO SATISFACCIÓN PACIENTE

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: PACIENTES SATISFECHOS  
Denominador .....: TOTAL PACIENTES DE LA MUESTRA  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: EL PROPIO PACIENTE.ENCUESTA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 2. ENFERMERAS BLOQUE QUIRÚRGICO IMPLICADAS

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: ENFERMERAS COLABORADORAS  
Denominador .....: TOTAL ENFERMERAS BLOQUE QUIRÚRGICO  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: LAS PROPIAS ENFERMERAS DE QUIRÓFANO.ENCUESTA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 3. PACIENTES IMPLICADOS EN EL TRATAMIENTO

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: NÚMERO PACIENTES TRATADOS CON MUSICOTERAPIA  
Denominador .....: TOTAL PACIENTES A LOS QUE SE LES OFRECE EL TRATAMIENTO  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: EL PACIENTE. ENCUESTA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#385

### 1. TÍTULO

#### INTEGRACION DE LOS ESTUDIOS ECOCARDIOGRAFICOS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA DEL SALUD

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#385 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
JIMENO SANCHEZ JAVIER

Título  
INTEGRACION DE LOS ESTUDIOS ECOCARDIOGRAFICOS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA DEL SALUD

Colaboradores/as:  
CALPE GIL MARIA JOSE  
GATO LEON MANUEL JESUS  
MARTIN SANCHEZ EVA  
SILVA GONZALEZ DORINDA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las patologías cardiovasculares presentan una prevalencia creciente y exigen cada vez más un manejo complejo muchas veces multidisciplinar. El ecocardiograma es una prueba de imagen fundamental en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes cardiológicos.

#### ÁREAS DE MEJORA

En este sentido es primordial poder disponer de forma accesible en la historia clínica electrónica (HCE) tanto del informe reglado (interpretación y codificación de los hallazgos del estudio) como de las imágenes/vídeos del estudio ecocardiográfico (posibilidad de visualizar y reevaluar por parte de otros facultativos implicados).

#### ANALISIS DE CAUSAS

Concretamente, la digitalización y disponibilidad de visualización en la HCE de las imágenes/vídeos del estudio facilitaría el trabajo en común y toma de decisiones con facultativos autorizados de otros centros de nuestra comunidad, dada la progresiva tendencia a cooperar en grupos de trabajo multidisciplinarios (sesiones médico-quirúrgicas, grupo de estenosis aórtica significativa, ruta asistencial del corazón, derivaciones a unidades de electrofisiología y hemodinámica en Zaragoza, etc). Igualmente se evitaría la duplicidad de pruebas realizadas de forma innecesaria en los centros de referencia de Zaragoza. Es por ello que debería ser un objetivo en todos los servicios de Atención Especializada.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Integrar en la HCE del Salud los estudios ecocardiográficos realizados en nuestro servicio, incluyendo el informe reglado y las imágenes/vídeos obtenidas, permitiendo su accesibilidad a otros facultativos implicados en el cuidado del paciente.

Evitar o reducir la necesidad de duplicidad de ecocardiografías en pacientes del sector de Teruel realizadas en el hospital Miguel Servet de Zaragoza, especialmente a petición del servicio de Cirugía Cardiovascular.

Facilitar la toma de decisiones clínicas, especialmente en los distintos grupos de trabajo multidisciplinarios existentes con facultativos de otros centros.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Inclusión de la totalidad de los estudios ecocardiográficos realizados en nuestro centro en la plataforma HCE del Salud: informes e imágenes.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 01/10/2023

Responsable.: Javier Jimeno. María José Calpe.

2. Reducción en la necesidad de repetir estudios ecocardiográficos en pacientes del sector Teruel, realizados en el hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final: 01/10/2023

Responsable.: Javier Jimeno. María José Calpe.

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El objetivo de este proyecto es la inclusión de la totalidad de los estudios ecocardiográficos realizados en nuestro centro en la plataforma HCE del Salud, incluyendo también ecocardiogramas transesofágicos y ecocardiografía de estrés. Debe ser posible tanto la visualización del informe reglado como las imágenes del estudio. Se aportará un informe detallado de la prueba realizada, incluyendo los datos antropométricos del paciente, motivo de solicitud, datos clínicos generales, parámetros obtenidos y codificados, descripción ordenada de los hallazgos y conclusiones. Tras la cumplimentación de dicho informe por parte del cardiólogo, será trasladado en formato PDF al portal HCE en el episodio correspondiente a la prueba de imagen agendada.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#385

### 1. TÍTULO

#### INTEGRACION DE LOS ESTUDIOS ECOCARDIOGRAFICOS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA DEL SALUD

Estos informes podrán ser consultados por cualquier facultativo del Sistema Aragonés de Salud responsable del paciente. Las imágenes digitalizadas serán aquellas adquiridas de forma reglada durante la exploración, priorizando su calidad y relevancia en cuanto a toma de decisiones pronósticas. De esta manera, se pretende igualmente reducir el número de estudios ecocardiográficos duplicados realizados fundamentalmente en el hospital Miguel Servet de Zaragoza (especialmente petición del servicio Cirugía Cardiovascular).

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pruebas incluidas, respecto al total de pruebas realizadas.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pruebas incluidas en HCE

Denominador .....: Total de pruebas realizadas.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de estudios ecocardiográficos

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Reducción de estudios ecocardiográficos en pacientes del sector Teruel realizados en HUMS

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: (Número de estudios realizados en el periodo comprendido 1/1/21 a 1/10/21) - (Número de estudios realizados en el periodo comprendido 1/1/23 a 1/10/23)

Denominador .....: Número de estudios realizados en el periodo comprendido 1/1/21 a 1/10/21

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Unidad de imagen de Cardiología del hospital Miguel Servet

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#183

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDAS A MASTECTOMÍA PARA REALIZAR MICROPIGMENTACION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON

Fecha de entrada: 20/06/2022

Nº de registro: 2022#183 \*\* Atención a tiempo: cáncer \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
COMIN NOVELLA LAURA ISABEL

Título  
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDAS A MASTECTOMÍA PARA REALIZAR MICROPIGMENTACION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON

Colaboradores/as:  
GARCIA DOMINGUEZ MELODY  
GONZALEZ PEREZ MARTA  
MINGUILLON SERRANO ANTONIO  
OSET GARCIA MONICA  
SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Línea estratégica: Atención a tiempo: cáncer

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Importancia y utilidad del proyecto: El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres. Un porcentaje no desdeñable se ve sometido a mastectomía y reconstrucción mediante prótesis. En pacientes en que el tumor afecta el complejo areola pezón (CAP) necesitamos extirpar este para poder tratar de forma correcta la enfermedad.

El cáncer de mama implica para muchas mujeres una situación que afecta física y psicológicamente su calidad de vida. Una de las fases en las que se presenta un mayor deterioro emocional es durante el tratamiento, debido a los efectos secundarios, colaterales y secuelas del mismo, como la cirugía.1

La micropigmentación (tatuaje) es un procedimiento en el que se aplica un color o pigmento semipermanente a la capa superior de la piel para recrear el color y la forma del complejo areola-pezón. Se utiliza para mejorar la apariencia estética de la mama en pacientes que se han sometido a una cirugía de reconstrucción por cáncer de mama y se ha demostrado que tiene altos índices de satisfacción debido a la mejora en la percepción de las pacientes sobre su imagen corporal.2

Como etapa final de la reconstrucción mamaria, la reconstrucción del complejo areola-pezón y el tatuaje ayudan a lograr un resultado estético y simétrico natural. Cuidar de lograr la igualación del color pigmentado y mantener la proyección del pezón puede mejorar profundamente la satisfacción del paciente y la apariencia estética del mama como un todo. En pacientes que se abstienen de una cirugía adicional para la reconstrucción de la areola y el pezón, la micropigmentación tridimensional ofrece un resultado estético refinado.

La integración de un especialista en micropigmentación dentro de un centro de reconstrucción mamaria junto con las mayores oportunidades de capacitación en micropigmentación areola-pezón tridimensional proporciona una vía para la mejora estética, fomenta la disponibilidad generalizada de proveedores y establece una plataforma confiable y reproducible para mejorar los resultados de la reconstrucción mamaria.

#### ÁREAS DE MEJORA

La integración de un especialista en micropigmentación dentro de un centro de reconstrucción mamaria junto con las mayores oportunidades de capacitación en micropigmentación areola-pezón tridimensional proporciona una vía para la mejora estética, fomenta la disponibilidad generalizada de proveedores y establece una plataforma confiable y reproducible para mejorar los resultados de la reconstrucción mamaria.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En el Área de Salud de Teruel no hay nadie que pueda realizar la micropigmentación del pezón por lo que nuestras pacientes que desean realizarse esta técnica se tienen que desplazar al Hospital de Alcañiz.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Realizar la técnica de la micropigmentación del pezón para poder mejorar la estética y la calidad de vida de las pacientes sometidas a mastectomía y reconstrucción o las que se ven sometidas a extirpación del CAP.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar formación para aprender la micropigmentación del CAP

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/11/2023

Responsable.: Laura Comín Novella

2. Realizar micropigmentación del complejo areola/pezón a aquellas pacientes que se les ha tenido que extirpar porque se han visto sometidas a mastectomía + reconstrucción o se les ha realizado la técnica

Fecha inicio: 16/11/2022

Fecha final.: 15/06/2023

Responsable.: Laura Comín Novella

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#183

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDAS A MASTECTOMÍA PARA REALIZAR MICROPIGMENTACION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON

3. Realizar encuestas de satisfacción con el resultado a las pacientes

Fecha inicio: 15/06/2023

Fecha final: 01/09/2023

Responsable.: Mónica Oset García

4. Realizar un análisis de las encuestas de satisfacción y una memoria de la actividad

Fecha inicio: 01/09/2023

Fecha final: 30/09/2023

Responsable.: Melody García Domínguez

5. Realizar una búsqueda de pacientes que podrían estar interesadas en realizar la micropigmentación del CAP

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final: 17/10/2022

Responsable.: Juan José Sánchez Rodríguez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. micropigmentación del CAP

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: pacientes a las que se les realiza la micropigmentación de la areola-pezones

Denominador .....: total mastectomías con reconstrucción y extirpación del CAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: historias clínicas

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Encuesta satisfacción

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes que contestan la encuesta de satisfacción

Denominador .....: Total de pacientes a las que se le hace la micropigmentación del CAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: pacientes

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Encuesta de satisfacción

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con resultados de encuesta satisfactoria

Denominador .....: total de encuestas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: pacientes

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#236

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN CHECK-LIST EN PLANTA EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA INTERVENCION QUIRURGICA

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#236 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARZARAN TEIJEIRO ANA

Título  
IMPLEMENTACION DE UN CHECK-LIST EN PLANTA EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA INTERVENCION QUIRURGICA

Colaboradores/as:  
LACASA SANCHEZ ALICIA  
PLUMED JUSTE MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La realización de una primera verificación en las zonas de hospitalización ( plantas quirúrgicas-CMA) en los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica busca mejorar la calidad asistencial y seguridad de los pacientes quirúrgicos.  
Este primer Check list se recoge y recomienda en el documento de Infección Quirúrgica Zero del Ministerio de Sanidad. Actualmente la verificación se realiza en el área quirúrgica, lo que conlleva la comunicación de incidentes generados por la ausencia de esta primera verificación en las zonas de hospitalización. Durante el año 2019 ( último año de actividad quirúrgica de la que disponemos datos completos) se objetivó que un 10% de los pacientes en quirófano no estaban rasurados a pesar de tener indicación, un 5% llegaban a quirófano sin alguno de los consentimientos ( anestesia / quirurgicos), un 24% no tenían canalizado un acceso venoso periférico siendo necesario, un 14% llegaron sin la profilaxis antibiótica iniciada o administrada y un 4,3% llegaron portando alguna prótesis móvil.  
Los procesos anteriormente descritos se realizan habitualmente en las plantas quirúrgicas.

#### ÁREAS DE MEJORA

1-Aumentar la seguridad de los pacientes que van a ser intervenidos con un doble check list ( área hospitalización-quirófano).  
2-Disminuir la detección en quirófano de incidentes reportados por el área quirúrgica secundarios a la ausencia de esta primera verificación.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1-Aumentar la cultura de seguridad entre los profesionales implicados en la atención de los pacientes que van a ser sometidos a una intervención.  
2- Implementar el desarrollo de la estrategia Infección quirúrgica zero

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1- Aumentar la seguridad de los pacientes que van a someterse a un procedimiento quirúrgico.  
2- Realización de un formulario de Check List que recoja las actividades realizadas antes de la llegada del paciente al bloque quirúrgico.  
3- Disponer del formulario de verificación en HCE.  
4- Disminuir las incidencias reportadas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización del formulario de Check List consensuado con las unidades quirúrgicas y disponible en HCE

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 15/07/2022

Responsable.: Ana Garzarán Teijeiro.

2. Difusión del Check-List entre los profesionales de enfermería de las unidades de hospitalización quirúrgica

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Alicia Lacasa Sanchez

3. Inicio de la realización del check list

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/10/2023

Responsable.: Ana Garzarán. Alicia Lacasa. Teresa Plumed

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#236

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN CHECK-LIST EN PLANTA EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA INTERVENCION QUIRURGICA

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de profesionales a los que se difunde el formulario de check list

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº profesionales que reciben la formación para la realización del check-list

Denominador .....: total de profesionales convocados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio de recogida de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de Check list realizados

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de Check-List realizados

Denominador .....: Nº de pacientes con indicación de Check -List

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % pacientes sin consentimientos al llegar a quirófano

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de pacientes sin consentimientos detectados en quirófano

Denominador .....: Nº total de Check List realizados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de quirófano

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

4. % pacientes que llegan con prótesis móviles a quirófano

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes con prótesis móviles detectados en quirófano

Denominador .....: Nº total de Check List realizados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de quirófano

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

5. % pacientes que llegan sin acceso venoso a quirófano siendo procedente su canalización en planta

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes que llegan sin acceso venoso desde planta siendo procedente

Denominador .....: Nº total de Check List realizados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de quirófano

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 12.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

6. % pacientes que llegan sin profilaxis antibiótica

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes que llegan sin profilaxis antibiótica administrada desde planta siendo procedente

Denominador .....: Nº total de Check List realizados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de quirófano

Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

7. % pacientes no rasurados siendo procedente

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes que llegan sin estar rasurados desde planta siendo procedente

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#236

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN CHECK-LIST EN PLANTA EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A UNA INTERVENCION QUIRURGICA

Denominador .....: N° total de Check List realizados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de quirófano  
Est.Mín.1ª Mem ..: 8.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 6.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías quirúrgicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#272

### 1. TÍTULO

#### DERIVACION DIRECTA DESDE URGENCIAS DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DERMATOLOGICA URGENTE

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#272 \*\* Atención a tiempo: interconsulta \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CERRO MUÑOZ PAULINA ANDREA

Título  
DERIVACION DIRECTA DESDE URGENCIAS DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DERMATOLOGICA URGENTE

Colaboradores/as:  
ANTON AMADO BEATRIZ  
VALERA VILLANUEVA NURIA  
VALERO BONILLA PAULA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: DERMATOLOGÍA

Línea estratégica: Atención a tiempo: interconsulta

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el Hospital Obispo Polanco no disponemos de dermatología de urgencia, los pacientes que acuden con patología dermatológica urgente son atendidos por médicos del servicio de urgencias. Para que estos pacientes puedan acceder a la atención especializada deben acudir a atención primaria para posteriormente ser remitidos teniendo que entrar a una lista de espera. Los pacientes con patología dermatológica potencialmente grave necesitan ser valorados de forma precoz por el especialista de área, esta realidad hace necesaria establecer una vía rápida de atención a los pacientes con enfermedades potencialmente graves.

#### ÁREAS DE MEJORA

-Interrupción de la consulta programada por pacientes provenientes de Urgencias  
-Retraso en la derivación desde el servicio de urgencias a dermatología

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

-En las consultas externas de dermatología no se dispone de tiempo para atender a las urgencias  
-La derivación desde urgencias a dermatología pasando previamente por atención primaria retrasa la atención de los pacientes con patología potencialmente grave.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Principal: Priorizar la atención de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias con patología dermatológica potencialmente grave.

#### Secundarios:

- Reducir el tiempo de espera de los pacientes evitando tener que acudir a atención primaria para ser remitidos al especialista.  
- Protocolizar el procedimiento y circuito de derivación para patologías urgentes: documento disponible en la intranet  
- Disponer de documento en la intranet del Hospital con el procedimiento y circuito de derivación definido para las patologías dermatológicas atendidas en urgencias y subsidiarias de priorización.  
- Cuantificar el número de biopsias realizadas en dicha consulta.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Consulta programada en agenda

Se realizarán 2 primeras visitas, 10 minutos cada visita

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 01/08/2023  
Responsable.: PAULINA CERRO

#### 2. Charla formativa conjunta por los servicios de urgencias y dermatología del HOP

Fecha inicio: 19/10/2022  
Fecha final.: 19/10/2023  
Responsable.: PAULINA CERRO

#### 3. Creación de protocolo de derivación desde el servicio de urgencias

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/10/2023  
Responsable.: PAULINA CERRO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se colgará en intranet el protocolo para su disponibilidad inmediata a todo aquel que lo necesite.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#272

### 1. TÍTULO

#### DERIVACION DIRECTA DESDE URGENCIAS DE PACIENTES CON PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA URGENTE

##### 1. porcentaje de pacientes derivados desde urgencias

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... número de pacientes atendidos en la consulta de urgencias de dermatología

Denominador ..... total pacientes atendidos en urgencias con patología dermatológica potencialmente grave

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos del Salud Aragón

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 7.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 12.00

##### 2. Porcentaje de visitas procedentes (no eran urgentes)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... número de derivaciones procedentes desde urgencias

Denominador ..... total de pacientes derivados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos del Salud Aragón

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 7.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 12.00

##### 3. Porcentaje de biopsias realizadas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Número de biopsias realizadas

Denominador ..... Total de pacientes atendidos

en la consulta de urgencias de dermatología

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos del Salud Aragón

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#365

### 1. TÍTULO

#### INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE PSORIASIS

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#365 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VALERO BONILLA PAULA

Título  
INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE PSORIASIS

Colaboradores/as:  
ANTON AMADO BEATRIZ  
CERRO MUÑOZ PAULINA ANDREA  
DOBON DOMINGO MARIA JESUS  
MENDEZ MUÑOZ ISABEL  
VALERA VILLANUEVA NURIA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: DERMATOLOGÍA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dada la alta incidencia de personas con psoriasis en nuestra población y su conocida relación con el aumento del riesgo cardiovascular, así como la asociación con otras comorbilidades como la ansiedad y la depresión, vimos conveniente la creación de una consulta de enfermería. La prestación de unos cuidados de enfermería de calidad es un objetivo prioritario en la práctica clínica diaria. Dentro de estos cuidados, tiene mucha relevancia la educación sanitaria con énfasis en la prevención y promoción de una vida saludable, donde la enfermera tiene una gran responsabilidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Disminuir el riesgo cardiovascular de los pacientes con psoriasis
- Contribuir a con la salud mental de los pacientes con psoriasis
- Mejorar la adherencia al tratamiento en estos pacientes
- Facilitar la resolución de dudas respecto a la enfermedad
- Servir de nexo de unión entre pacientes y facultativo

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Los pacientes con psoriasis presentan con más frecuencia obesidad, hipertensión arterial, dislipemia, sedentarismo entre otros factores que predisponen a enfermedad cardiovascular
- Los pacientes con psoriasis presentan elevados niveles de ansiedad y depresión
- Se ha detectado baja adherencia en los tratamientos tópicos en pacientes con psoriasis lo que puede aumentar los brotes y empeorar su calidad de vida siendo fundamental identificar los factores que ocasionan abandono de los tratamientos
- En la consulta médica se dispone de poco tiempo para aclaración de dudas que surgen muchas veces con el paso del tiempo
- La psoriasis es una enfermedad crónica que va a brotes, siendo éstos de distinta gravedad y presentando diversos síntomas los cuales deben ser abordados según las necesidades de cada paciente

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Detección precoz de factores de riesgo cardiovascular
- Detección de síntomas de ansiedad y depresión

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Instalación de una consulta de enfermería todos los jueves por la mañana, tendrá una duración de 30 minutos cada consulta

Fecha inicio: 15/05/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Enfermera del Servicio de Dermatología Hospital Obispo Polanco

2. Se registrarán los pacientes atendidos en una base de datos

Fecha inicio: 15/05/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Enfermera del Servicio de Dermatología Hospital Obispo Polanco

3. Se realizará un curso de formación on line en enfermería dermatológica

Fecha inicio: 15/01/2022

Fecha final.: 15/03/2023

Responsable.: Enfermera del Servicio de Dermatología Hospital Obispo Polanco

4. Se realizará una sesión presencial de Psoriasis en el Hospital Obispo Polanco

Fecha inicio: 13/06/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#365

### 1. TÍTULO

#### INSTAURACION CONSULTA DE ENFERMERIA DE PSORIASIS

Fecha final.: 13/06/2023

Responsable.: Enfermera del Servicio de Dermatología Hospital Obispo Polanco

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Se realizará una detección precoz de factores de riesgo cardiovascular y medición del índice
- Se medirán los siguientes parámetros: peso, talla, circunferencia abdominal, tensión arterial y frecuencia cardiaca
- Se implementarán medidas potenciando el autocuidado, para motivar al paciente y que forme parte activa de su mejora con la incorporación de un estilo de vida más saludable
- Se realizarán cuestionarios de calidad de vida en relación con la patología cutánea
- Se identificarán síntomas de depresión y ansiedad ofreciendo soporte emocional y registro de los mismos para derivación a salud mental si precisa
- Se realizará cuestionario con el fin de identificar factores que ocasionan abandono de tratamientos, para mejorar la adherencia
- Se realizará formación y educación sanitaria en la autoadministración de tratamientos biológicos
- Facilitará la resolución de dudas.
- Se entregará un folleto con la información para contactar con nuestro servicio a través de correo electrónico o vía telefónica de lunes a viernes en horario de mañanas de 8 a 15 h.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de pacientes valorados en dicha consulta en un año sobre total de pacientes con Psoriasis.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes valorados en dicha consulta

Denominador .....: pacientes con Psoriasis.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros de pacientes con Psoriasis de la consulta de Dermatología

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 35.00

2. Riesgo cardiovascular elevado 5-10% sobre el total de pacientes atendidos.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes con riesgo cardiovascular elevado superior al 5 %

Denominador .....: total de pacientes atendidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Calculo del indice de Riesgo Cardiovascular SCORE

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

3. Porcentaje de pacientes con síntomas de ansiedad o depresión sobre el total de pacientes atendidos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: pacientes con síntomas de ansiedad o depresión

Denominador .....: total de pacientes atendidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Información recogida en la consulta

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#868

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#868 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ARIÑO PEREZ INES

Título  
PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Colaboradores/as:  
ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE  
BENEDICTO FERNANDEZ LOURDES  
BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA  
DOÑATE BORAO ANA BELEN  
LANCIS MORATA MARIA JOSE  
LATORRE PRADAS MARIA LUISA  
SAURA BLASCO NURIA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: DIGESTIVO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Uno de los grandes retos a los que nos enfrentamos es garantizar una alta calidad en las endoscopias que realizamos. Hay poca evidencia y uso de indicadores de calidad de la gastroscopia, por lo que queremos adaptarnos a los mejores estándares internacionales.

#### ÁREAS DE MEJORA

Varios aspectos sobre la Calidad de una Gastroscopia

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Hay falta de conocimiento y falta de costumbre en la aplicación de criterios de calidad en la endoscopia digestiva alta

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal: conseguir mejoría en la calidad de la endoscopia digestiva alta  
Objetivos secundarios: adaptar nuestro trabajo diario en la endoscopia digestiva a las últimas recomendaciones de las principales sociedades científicas, aumentando así la adecuación de las pruebas, disminuir sus riesgos, aumentar la detección de lesiones relevantes y reducir la incidencia de cáncer.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Dar a conocer al personal servicio de endoscopias el plan y su contenido mediante sesión clínica. Establecer un modelo de informe endoscópico único que incluya los principales indicadores. Formar.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Inés Ariño

2. Inicio de aplicación de las medidas pertinentes para optimizar la calidad.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Todo el personal

3. Auditoría inicial para asegurar implementación de medidas: evaluar 50 endoscopias consecutivas.

Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Inés Ariño

4. Dos auditorías semestrales (buscando alcanzar todos los objetivos): junio 2023 y diciembre 2023.

Fecha inicio: 01/06/2023  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Inés Ariño

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Consentimiento informado válido

Tipo de indicador: Impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#868

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Numerador .....: nº de consentimientos informados adecuadamente firmados  
Denominador .....: total de documentos de consentimiento informado evaluados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sociedad europea de endoscopia gastrointestinal (ESGE) en 2016 y el de la Sociedad británica de gastroenterología (BSG) en 2017  
Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

#### 2. Indicación adecuada

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: casos donde consta motivo y este se incluye en la lista de indicaciones adecuadas  
Denominador .....: total de casos evaluados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sociedad europea de endoscopia gastrointestinal (ESGE) en 2016 y el de la Sociedad británica de gastroenterología (BSG) en 2017  
Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

#### 3. Evaluación clínica

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: casos con una evaluación clínica previa adecuada  
Denominador .....: total de casos evaluados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sociedad europea de endoscopia gastrointestinal (ESGE) en 2016 y el de la Sociedad británica de gastroenterología (BSG) en 2017  
Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

#### 4. Instrucciones de ayuno

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: nº de pacientes que han recibido instrucciones adecuadas  
Denominador .....: pacientes que acuden a realizarse EDA (incluye a aquellos que vienen sin cumplir ayunas y no les realiza finalmente la prueba) excluidos urgencias  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sociedad europea de endoscopia gastrointestinal (ESGE) en 2016 y el de la Sociedad británica de gastroenterología (BSG) en 2017  
Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

#### 5. Documentación de la duración del procedimiento

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: informes de EDAs en los que conste tiempo del procedimiento  
Denominador .....: todas las endoscopias altas realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sociedad eSociedad europea de endoscopia gastrointestinal (ESGE) en 2016 y el de la europea de endoscopia gastrointestinal (ESGE) en 2016 y el de la Sociedad británica de gastroenterología (BSG) en 2017  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 6. Documentación gráfica de lugares anatómicos y de lesiones

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: procedimientos con adecuada fotodocumentación  
Denominador .....: todas las endoscopias altas realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sociedad europea de endoscopia gastrointestinal (ESGE) en 2016 y el de la Sociedad británica de gastroenterología (BSG) en 2017  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 7. Alcance interno del plan de mejora

Tipo de indicador: Alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#868

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Numerador .....: Nª de personas que conocen el plan

Denominador .....: total de personal del servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: --

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

8. Información al alta

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: casos donde consta informe de alta elaborado el mismo día de realización de la prueba

Denominador .....: total de casos evaluados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Sociedad europea de endoscopia gastrointestinal (ESGE) en 2016 y el de Sociedad europea de endoscopia gastrointestinal (ESGE) en 2016 y el de la la Sociedad británica de gastroenterología (BSG) en 2017

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1139

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE BANDEJAS RAINBOW PARA LA MEJORA EN EL MANEJO DE MEDICACION DURANTE LA INDUCCION DE ANESTESIA GENERAL

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1139 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
BARRERA PUERTA ANDRES

Título  
IMPLANTACION DE BANDEJAS RAINBOW PARA LA MEJORA EN EL MANEJO DE MEDICACION DURANTE LA INDUCCION DE ANESTESIA GENERAL

Colaboradores/as:  
ALEGRE SORIANO SARA  
CATALAN MARTINEZ FRANCISCA  
LAFUENTE OBENSA ANA BELEN  
NAVARRO MONTERO ESTHER

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA QUIROFANOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Actualmente en el bloque quirúrgico del Hospital Obispo Polanco, se utiliza una secuencia concreta de medicación durante la inducción anestésica. La implantación de etiquetas ha mejorado considerablemente la práctica clínica, esto, unido a la utilización de bandejas rainbow permitiría una mayor estandarización y por tanto una mejora en la administración de fármacos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la práctica clínica durante la inducción de anestesia general en el hospital Obispo Polanco de Teruel.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Al menos una de cada 20 administraciones de medicamento en el perioperatorio y en una de cada 2 intervenciones se registra un error o un evento adverso relacionados con la medicación, con más de dos tercios de estos produciendo un daño clasificable como daño grave. Además en términos económicos, los efectos adversos de la medicación suponen un elevado gasto sanitario, responsable del 5% de los ingresos. Navarro P. y Arnal V. (2017)  
Una de las principales causas de estos errores es la falta de estandarización de los procedimientos. Prácticamente todos los informes sobre prácticas seguras con la medicación recomiendan la adopción de medidas básicas para mejorar dichos procedimientos y prevenir estos errores. Gomez J., Otero M., Errando C. (2011)

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1.-Mejorar la práctica clínica durante la inducción anestésica.
- 2.-Proporcionar una base segura donde colocar la jeringas necesarias para la inducción anestésica.
- 3.-Facilitar el manejo de medicación a profesionales nuevos en el servicio.
- 4.-Aumentar la calidad del bloque quirúrgico, evitando efectos adversos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar encuesta para conocer los conocimientos del servicio acerca de bandejas Rainbow  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Francisca Catalan Martinez

2. Formar sobre la utilización de bandejas Rainbow y su utilidad  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Ana Belen Lafuente Obensa

3. Introducción de bandejas Rainbow de Tacklen en el servicio de quirófano  
Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 31/08/2023  
Responsable.: Esther Navarro Montero

4. Realización de una encuesta entre el personal de enfermería para conocer su valoración  
Fecha inicio: 01/09/2023  
Fecha final.: 30/09/2023  
Responsable.: Sara Alegre Soriano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1139

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE BANDEJAS RAINBOW PARA LA MEJORA EN EL MANEJO DE MEDICACION DURANTE LA INDUCCION DE ANESTESIA GENERAL

1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de profesionales que conocen las bandejas Rainbow

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % de profesionales que conocen las bandejas Rainbow

Denominador .....: % de profesionales en el servicio

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Encuesta final

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de profesionales que realizan la formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % de profesionales que realizan la formación

Denominador .....: % de profesionales en el servicio

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de profesionales que utilizan la bandeja Rainbow

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % de profesionales que utilizan las bandejas Rainbow

Denominador .....: % de profesionales en el servicio

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro de uso

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Encuesta final donde el profesional valora si ha mejorado la práctica asistencial

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Puntuación media obtenida en la encuesta

Denominador .....: Puntuación máxima posible

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Encuesta final

Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

5. Reducción de eventos adversos antes y después de la utilización de bandejas Rainbow

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de eventos adversos en los primeros 6 meses del 2023

Denominador .....: Número de eventos adversos en los primeros 6 meses del 2022

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Registro de eventos adversos

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#97

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA GUÍA DE INFORMACION DEL FUNCIONAMIENTO PARA EL PERSONAL SANITARIO DE LA 4ª PLANTA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 13/06/2022

Nº de registro: 2022#97 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ CORELLA MARIA ASUNCION

Título  
IMPLANTACION DE UNA GUÍA DE INFORMACION DEL FUNCIONAMIENTO PARA EL PERSONAL SANITARIO DE LA 4ª PLANTA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Colaboradores/as:  
ASENSIO HERNANDEZ MARIA JESUS  
BORJA MONFERRER FRANCISCA  
CABALLERO BELTRAN ESTRELLA  
CORTES QUESADA MARIA SHEILA  
GUILLEN MAICAS NURIA  
LAFUENTE RIOS CARMEN  
PEREZ HERNANDEZ RAQUEL

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD ESPECIALIDADES MÉDICAS/UNIDAD CRÓNICO COMPLEJO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La variabilidad en la práctica asistencial del profesional sanitario repercute en la calidad asistencial del paciente. La 4ª planta de hospitalización abarca diferentes especialidades médicas con la consiguiente diversificación de cuidados que debemos dar al paciente. El personal de la unidad considera la necesidad de una guía de funciones para el personal que ayude a la integración en el equipo para disminuir el grado de ansiedad, una mejor adaptación a la dinámica del trabajo implicándose en los objetivos de la unidad, mejorar la comunicación entre los profesionales y fomentar la seguridad del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Registro de la valoración de satisfacción de la acogida del personal de la unidad a través de una encuesta. Elaboración de la guía de funcionamiento para una mejor praxis en la actuación del personal en su actividad diaria, con mejora de la gestión de tiempos y distribución de tareas adecuadas. Facilitar la integración del personal en su puesto de trabajo, disminuyendo la ansiedad.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En los últimos años ha cambiado la unidad con respecto a las especialidades que ingresan, actualmente es un servicio de especialidades médicas y no se dispone de una guía de funcionamiento para los trabajadores. La información que se transmite a los trabajadores a su llegada a la unidad es verbal y a veces distorsionada por los continuos cambios que existen tanto a nivel de actividad asistencial en la unidad como la coordinación de circuitos con los servicios centrales del hospital, aumentando la incertidumbre en el personal con la consecuente repercusión en el paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la comunicación efectiva entre los profesionales. Aumentar la confianza del sanitario para la praxis clínica. Fomentar la seguridad del paciente durante su ingreso.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de una encuesta de satisfacción al personal de la planta

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Mª Jesus Asensio Hernández

2. Recogida de datos y registro de la encuesta de satisfacción antes de la elaboración de la guía de acogida

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Carmen Lafuente Ríos

3. Actualización de la guía de acogida

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Estrella Caballero Beltrán/ Nuria Guillen Maicas

4. Valoración y seguimiento de los profesionales tras implantación guía

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Raquel Pérez Hernández



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#97

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA GUÍA DE INFORMACION DEL FUNCIONAMIENTO PARA EL PERSONAL SANITARIO DE LA 4ª PLANTA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

5. Recogida de datos y registro de los resultados de la encuesta de satisfacción despues de la entrega de la guia de acogida

Fecha inicio: 01/07/2023

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Francisca Borja Monferrer

6. Comparativa de los resultados pre y post encuesta y valoración si incremento de satisfacción

Fecha inicio: 01/09/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Sheila Cortes Quesada

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La entrega de la guía de acogida se realizará continuamente cada vez que se incorpore un profesional nuevo.

La valoración y seguimiento del profesional en la unidad será continuo y lo realizará la supervisora con ayuda del grupo de trabajo de este proyecto de mejora.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de formación para la difusión de la guía de funcionamiento

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % de personal de la unidad conocedora de la guía de acogida

Denominador .....: % total del personal de la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de la unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de satisfacción de encuesta pre-guía con valoración buena o muy buena

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: % de satisfacción de encuesta pre-guía con valoración buena o muy buena

Denominador .....: % de realización de encuesta del total del personal de la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Equipo del proyecto de mejora de calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de satisfacción de encuesta post-guía con valoración buena o muy buena

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: % de satisfacción de encuesta post-guía con valoración buena o muy buena

Denominador .....: % de realización de encuesta del total del personal de la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Equipo del proyecto de mejora de calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Paciente ingresado en especialidades médicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#117

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE UNA CORRECTA TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS COMO BASE PARA UN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ADECUADOS

Fecha de entrada: 14/06/2022

Nº de registro: 2022#117 \*\* IRAS PROA \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA

Título  
REALIZACION DE UNA CORRECTA TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS COMO BASE PARA UN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ADECUADOS

Colaboradores/as:  
BERNAD USON MARIA ANTONIA  
CARRASCO BONILLA SILVIA  
FERNANDEZ SANTOS RAFAEL  
PEREZ HERNANDEZ RAQUEL

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD ESPECIALIDADES MÉDICAS/UNIDAD CRÓNICO COMPLEJO

Línea estratégica: IRAS PROA

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una demora en el diagnóstico y tratamiento adecuado de una infección (bases de la Estrategia IRASPROA) permite la proliferación de los microorganismos en los tejidos, condicionando la evolución del cuadro clínico del paciente. La calidad y rapidez de los resultados de una investigación microbiológica están condicionadas de manera fundamental por la calidad en la recogida de muestras y la rapidez y adecuación de su transporte al Laboratorio de Microbiología.

Así, es muy importante disponer de un manual de recogida y transporte de muestras microbiológicas al laboratorio, que sirva de ayuda a los profesionales que participan en la fase preanalítica de la prueba del laboratorio.

#### ÁREAS DE MEJORA

Registro de los volantes de solicitud de procesamiento de las muestras, recogida y transporte de muestras microbiológicas.

Información a los pacientes para la recogida de muestras.

Disponibilidad de datos de cultivos no valorables (contaminantes en hemocultivos, urocultivos con crecimiento polimicrobiano) como consecuencia de la recogida o el transporte de la muestra.

Disminución de la necesidad de repetición de recogida de muestras por cultivos no valorables, y la demora en el diagnóstico y tratamientos dirigidos, así como el coste adicional que implica.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No se dispone de un procedimiento en el que se describa la sistemática de recogida, almacenamiento y transporte de muestras al Laboratorio de Microbiología.

No existe una información estandarizada para proporcionar a los pacientes / familiares que participan en el proceso de recogida de la muestra.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Elaboración de un procedimiento de toma de muestras microbiológicas.

Formación y disponibilidad de apoyo documental para los profesionales.

Disminución de los cultivos contaminados o no valorables por deficiencias en la recogida o transporte de las muestras.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Estudio prospectivo de hemocultivos con gérmenes comensales de piel contaminantes, y urocultivos polimicrobianos

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Todos los integrantes del Equipo de Mejora

2. Elaboración de un procedimiento de toma de muestras microbiológicas

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Rosa María López Hernández

3. Difusión del procedimiento y presentación en sesión de enfermería

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Rosa María López Hernández

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#117

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE UNA CORRECTA TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS COMO BASE PARA UN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ADECUADOS

4. Estudio prospectivo de hemocultivos con gérmenes comensales de piel contaminantes, y urocultivos polimicrobianos

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final: 30/09/2023

Responsable.: Todos los integrantes del Equipo de Mejora

5. Análisis de los estudios y difusión de los resultados

Fecha inicio: 01/10/2023

Fecha final: 31/10/2023

Responsable.: Todos los integrantes del Equipo de Mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % profesionales de enfermería de Med. Interna y UCC que acuden a la presentación del procedimiento

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales de enfermería de Med. Interna y UCC que acuden a la presentación del procedimiento

Denominador .....: Nº total de profesionales de enfermería de Med. Interna y UCC

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Dirección de Enfermería del Hospital Obispo Polanco

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % muestras para hemocultivos adecuadamente recogidas y transportadas en Med. Interna y UCC

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de hemocultivos de Med. Interna y UCC sin contaminación por gérmenes comensales de piel

Denominador .....: Nº total de hemocultivos recogidos en Med. Interna y UCC

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Laboratorio de Microbiología

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % muestras para urocultivos adecuadamente recogidas y transportadas en Med. Interna y UCC

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de urocultivos de Med. Interna y UCC sin contaminación por gérmenes comensales de piel

Denominador .....: Nº total de urocultivos recogidos en Med. Interna y UCC

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Laboratorio de Microbiología

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#17

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESION EN LA UCI DEL HOSPITAL O. POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 26/05/2022

Nº de registro: 2022#17 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ MARTINEZ MARIA CARMEN

Título  
IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESION EN LA UCI DEL HOSPITAL O. POLANCO DE TERUEL

Colaboradores/as:  
FORNES LOPEZ MARIA TERESA  
GALVE BLASCO ROSA MARIA  
HERNANDEZ MARTIN CLARA  
MARTINEZ RUIZ MARIA MAR  
SALVADOR PEREZ ANA MARIA  
TORRES CASAS MARIA JESUS  
VILLAMON NEVOT MARIA JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION U.C.I.

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El índice de úlceras por presión es uno de los indicadores de calidad más representativo de los cuidados que se presta a los pacientes.

Las UPP son un problema de alta incidencia y prevalencia en las UCI. Suponen un grave problema de salud debido a: Las importantes repercusiones que generan en la calidad de vida de los pacientes

El aumento de la posibilidad de complicaciones en la evolución (dolor, infección local, sepsis, aumento de la mortalidad..)

Aumento de las estancias hospitalarias

Aumento del gasto hospitalario

Aumento de la carga de trabajo de enfermería

Además, a consecuencia de la pandemia, la colocación de los pacientes en decúbito prono es hoy día una de las técnicas más utilizadas en la UCI.

Es una técnica no exenta de efectos adversos, entre los cuales se destaca la aparición de edema facial, conjuntival o palpebral y la aparición de úlceras por presión (UPP) en zonas declives. Las zonas de presión y apoyo son diferentes a las habituales lo que se ha traducido en más lesiones por presión en localizaciones antes no habituales.

Uno de los objetivos en el cuidado de pacientes es la prevención de la aparición de UPP, preservando en la medida de lo posible la integridad cutánea y promoviendo la aplicación de medidas de prevención ya que son potencialmente evitables.

La incidencia media de UCis de adultos de todos tipos que incluyen pacientes incidentes de UPP de estadio I a IV es del 12% cuando se incluyen pacientes prevalentes de UPP al ingreso y del 26% cuando no se incluyen.

La incidencia media de UCis de adultos de todos tipos que incluyen pacientes incidentes de UPP de estadio II a IV es del 21% cuando se incluyen pacientes prevalentes de UPP al ingreso y del 16% cuando no se incluyen

#### ÁREAS DE MEJORA

Ausencia de uniformidad en la prevención y tratamiento de las lesiones por presión.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de protocolos de actuación

Falta de una escala de medición de riesgo validada y adecuada a pacientes críticos

Excesiva rotación de personal

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Estandarizar la prevención y tratamiento de las lesiones por presión

Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad.

Medir diariamente el riesgo de aparición de lesiones por presión mediante escalas validadas

Conseguir tasas de prevalencia de LPP por debajo del 18%

Tratar adecuadamente las lesiones que ya están presentes al ingreso

Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de un grupo de trabajo específico responsable de liderar todo lo relacionado con las lesiones por presión

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#17

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESION EN LA UCI DEL HOSPITAL O. POLANCO DE TERUEL

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 03/06/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Jesús Torres Casas

2. Revisión de la bibliografía  
Fecha inicio: 06/06/2022  
Fecha final.: 03/10/2022  
Responsable.: Clara Hernández Martín

3. Elaborar un protocolo actualizado de prevención y tratamiento de las lesiones por presión  
Fecha inicio: 10/10/2022  
Fecha final.: 24/10/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> José Villamon Nevot

4. Valoración de las escalas de medición de riesgo para conseguir una escala validada y adecuada a pacientes críticos  
Fecha inicio: 10/10/2022  
Fecha final.: 17/10/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Mar Martínez Ruiz

5. Incorporar la escala al Sistema de Gestión Clínica de UCI  
Fecha inicio: 18/10/2022  
Fecha final.: 21/10/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Teresa Fornes López

6. Sesiones de formación para todo el personal  
Fecha inicio: 07/11/2022  
Fecha final.: 11/11/2022  
Responsable.: Clara Hernández Martín

7. Aplicar la escala de medición de riesgo al ingreso y cada 24 horas.  
Fecha inicio: 07/11/2022  
Fecha final.:  
Responsable.: Ana M<sup>a</sup> Salvador Pérez

8. Sistematizar y registrar todas las actividades de enfermería encaminadas a la prevención y al tratamiento.  
Fecha inicio: 07/11/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Rosa Galve Blasco

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Profesionales que reciben formación  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Personal de enfermería de UCI que asiste a las sesiones de formación  
Denominador .....: Total de personal de enfermería de UCI  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de registro de asistencia a las sesiones  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Prevalencia de LPP grado II en pacientes con escala Norton menor de 14  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº de pacientes con puntuación menor de 14 en escala de Norton al ingreso que desarrollan lesiones por presión grado II ó mayor durante su ingreso en UCI  
Denominador .....: Nº total de pacientes que al ingreso en UCI tienen una valoración en la escala de Norton inferior a 14  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro del sistema de gestión informático de UCI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 18.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 16.00

3. Monitorización de la valoración del riesgo  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº de pacientes ingresados en UCI con valoración del riesgo diaria

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#17

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESION EN LA UCI DEL HOSPITAL O. POLANCO DE TERUEL

Denominador .....: N° total de pacientes ingresados en UCI  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro del Sistema de gestión informático de UCI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Monitorización del registro del tto de los pacientes que presentan lesiones por presión al ingreso

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de pacientes que ingresan con LPP y se registra diariamente el tratamiento

Denominador .....: N° total de pacientes que ingresan con LPP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro del Sistema de gestión informático de UCI

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes críticos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#665

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA PARA LOS MEDICAMENTOS DE DISPENSACION HOSPITALARIA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#665 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AIBAR ABAD MARIA PILAR

Título  
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA PARA LOS MEDICAMENTOS DE DISPENSACION HOSPITALARIA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL SECTOR TERUEL

Colaboradores/as:  
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO  
NAVARRO PARDO IRENE

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, así como las recomendaciones emitidas por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, recogen en sus respectivos textos la necesidad de incentivar e implantar la prescripción electrónica asistida (PEA). En este contexto, no se puede obviar la importancia de los medicamentos de dispensación hospitalaria pautados desde las consultas externas del hospital, ya que se trata de medicamentos que por sus patologías objetivo, por sus características, por su perfil de interacciones y/o potenciales efectos adversos, por su alto impacto presupuestario,... requieren un control cercano por parte de todo el equipo multidisciplinar que atiende al paciente; siendo además por todas esas características fármacos en los que la seguridad del paciente, así como su uso racional, deben ser considerados prioritarios.

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1) Utilización del formato papel para la realización de la prescripción desde las consulta externas del Sector Teruel
- 2) Necesidad de que sea el paciente el responsable de custodiar la renovación de su prescripción y de aportarla para su validación posterior por el Servicio de Farmacia
- 3) Retrasos en la comunicación de la prescripción y las modificaciones realizadas sobre la misma, ocasionándose retrasos en la detección de errores de prescripción y siendo en muchas ocasiones complicado la comunicación y/o resolución de forma ágil de dichos errores.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- 1) El uso del formato papel se generalizó en el sector Teruel hace años siendo a día de hoy todavía el sistema vigente.
- 2) No existe comunicación directa entre los profesionales prescriptores y los facultativos del Servicio de Farmacia, siendo el paciente el punto de conexión entre ambos.
- 3) La realización de la prescripción en una consulta no coincidente con el día de retirada de la medicación impide en muchos casos localizar con facilidad al prescriptor en el momento que el paciente venía a retirar su medicación, ya que éste podía encontrarse en otro centro, ausente de nuestro centro, encargándose de los pacientes hospitalizados, o simplemente con un acceso no inmediato a la historia clínica para revisar y confirmar la prescripción emitida.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Implantar la prescripción electrónica asistida para los fármacos de dispensación hospitalaria en las consultas externas del Sector Teruel.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Definir criterios de priorización de servicios para la implantación de la prescripción electrónica: volumen de prescripciones, complejidad de esquemas farmacoterapéuticos empleados,...

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 15/03/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Pilar Aibar (Servicio de Farmacia)

2. Priorizar los diferentes servicios médicos para la implantación de la prescripción electrónica en base a los criterios anteriormente definidos

Fecha inicio: 16/03/2022

Fecha final.: 30/04/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Pilar Aibar (Servicio de Farmacia)

3. Realizar una sesión formativa en cada uno de los Servicios compaginando la disponibilidad de los profesionales del mismo y el calendario definido para la implantación

Fecha inicio: 01/04/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#665

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA PARA LOS MEDICAMENTOS DE DISPENSACION HOSPITALARIA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL SECTOR TERUEL

Fecha final.: 01/04/2023

Responsable.: Facultativos del Servicio de Farmacia

4. Redactar un documento de consulta para que los profesionales puedan consultar cómo realizar la prescripción electrónica aunque no haya un farmacéutico de forma presencial en el centro

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/07/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Pilar Aibar (Servicio de Farmacia)

5. Configurar los protocolos farmacoterapéuticos solicitados por los profesionales, así como aquellos que desde el Servicio de Farmacia se consideren de utilidad para asisir en el empleo del aplicativo.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Facultativos del Servicio de Farmacia

6. Definir indicadores para evaluar y monitorizar la utilización del aplicativo de prescripción electrónica en las consultas externas

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Facultativos del Servicio de Farmacia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes con prescripción confirmada por el médico responsable a través del sistema PEA

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes con prescripciones de fármacos de dispensación hospitalaria confirmada por el médico a través de la PEA (Sector Teruel)

Denominador .....: Pacientes con prescripciones activas de fármacos de dispensación hospitalaria en nuestro centro sanitario (Sector Teruel)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Módulo para la dispensación en la Unidad de Pacientes Externos del Programa de gestión del Servicio de Farmacia (DPE-Farmatools)

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de servicios clínicos con la prescripción electrónica implantada respecto al total

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Servicios clínicos cuyos facultativos utilizan la PEA para la prescripción de fármacos de dispensación hospitalaria (Sector Teruel)

Denominador .....: Total de Servicios Clínicos desde los cuales se indican fármacos de dispensación hospitalaria (Sector Teruel)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Módulo para la dispensación en la Unidad de Pacientes Externos del Programa de gestión del Servicio de Farmacia (DPE-Farmatools)

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Número absoluto de protocolos farmacoterapéuticos registrados en el aplicativo de PEA

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número absoluto de protocolos farmacoterapéuticos introducidos en el sistema de la PEA y su distribución por Servicios

Denominador .....: -

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Módulo para la dispensación en la Unidad de Pacientes Externos del Programa de gestión del Servicio de Farmacia (DPE-Farmatools)

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#665

### 1. TÍTULO

#### **IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA PARA LOS MEDICAMENTOS DE DISPENSACION HOSPITALARIA EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL SECTOR TERUEL**

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> No aplicable

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#142

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LA PRACTICA TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 16/06/2022

Nº de registro: 2022#142 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GONZALEZ GOMEZ NICOLAS

Título  
ACTUALIZACION DE LA PRACTICA TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Colaboradores/as:  
ABRIL MARQUES GLORIA MARIA  
ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO  
BENITO GIMENEZ NOELIA  
CUESTA GALLARDO ISABEL  
GARITAS ABRIL MARIA CARMEN  
UTRILLAS FORTEA MONICA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: HEMATOLOGÍA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La transfusión sanguínea es uno de los procedimientos terapéuticos mas utilizados en los pacientes hospitalizados, es un proceso complejo, que debe desarrollarse de una manera eficiente, segura y eficaz. La medicina transfusional se encuentra regulada por directrices del Parlamento Europeo, el Consejo de Europa y otras propias de cada país. En los hospitales como el nuestro, uno de los problemas mas frecuentes es la inestabilidad de las plantillas de profesionales (facultativos, enfermería..), lo cual hace necesaria una continua actualización y difusión de la normativa referente a la práctica transfusional. Además en nuestro centro han entrado en vigor nuevas medidas referentes a la seguridad transfusional que requieren la máxima difusión posible. Con este proyecto se pretende que todo el personal sanitario conozca las guías transfusionales vigentes en nuestro centro con el fin de desarrollar una correcta práctica transfusional.

#### ÁREAS DE MEJORA

Evitar los errores transfusionales y fomentar el ahorro de sangre mediante el empleo de las alternativas transfusionales.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La falta de preparación del personal implicado.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La formación de todos los trabajadores implicados en la práctica transfusional , fundamentalmente facultativos y enfermería, con el fin de conseguir el correcto desempeño de la misma. Pretendemos que el personal conozca: aspectos legales de la transfusión, el programa de ahorro de sangre, las indicaciones para un buen uso de la sangre y sus componentes, el protocolo transfusional y el programa de hemovigilancia. La población diana sobre la que se va a actuar es el personal sanitario implicado en el proceso transfusional.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de una guía de transfusión para enfermería

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Enfermería del servicio de hematología.

2. Elaboración de una guía de transfusión dirigida al personal facultativo.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Facultativos del servicio de hematología.

3. Difusión de las guías elaboradas.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Facultativos y personal de enfermería del servicio de hematología.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cursos/sesiones dirigidos al personal facultativo.

Tipo de indicador: Alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#142

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LA PRACTICA TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Numerador .....: número de asistentes  
Denominador .....: numero de sesiones  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Asistentes a la sesión.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Cursos/sesiones dirigidos al personal de enfermería  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: número de asistentes  
Denominador .....: número de sesiones  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Asistentes a la sesión.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 120.00

3. Incidencia de errores transfusionales.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: número de errores transfusionales notificados  
Denominador .....: número total de transfusiones  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Reacciones transfusionales notificadas al servicio de transfusiones.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

4. Trazabilidad de las unidades transfundidas.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: número de transfusiones con trazabilidad correcta  
Denominador .....: número de transfusiones realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio de transfusión.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Valorar si se produce un descenso significativo en el número de transfusiones.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: transfusiones totales año 2022  
Denominador .....: transfusiones totales año 2023  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio de transfusión.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Cualquier patología susceptible de precisar transfusiones.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#461

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE CRONICOS COMPLEJOS

Fecha de entrada: 04/07/2022

Nº de registro: 2022#461 \*\* Crónico Complejo \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MORENO LUCENTE ISABEL

Título  
MEJORA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE CRONICOS COMPLEJOS

Colaboradores/as:  
ALCALA RUIZ ELENA  
ESTEBAN SANCHEZ BEATRIZ  
FERNANDEZ SANTOS RAFAEL  
GIMILLO MONTERDE CARLOS  
GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES  
JIMENEZ SORIANO VICTORIA  
VICENTE NAVARRO MARTA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: Crónico Complejo

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La desnutrición es un problema de salud de alta prevalencia e importantes consecuencias en el progreso y pronóstico de la enfermedad, así como en la calidad de vida. La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es una patología frecuentemente infradiagnosticada e infratratada en todos los niveles asistenciales.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Mejorar el estado nutricional de los pacientes ingresados en la Unidad de Crónicos Complejos
- Establecer acciones que permitan la prevención de la desnutrición en los pacientes en situación de riesgo.
- Desarrollar indicaciones y recomendaciones para instaurar un tratamiento para la desnutrición establecida.
- Mejorar la capacidad funcional al mejorar en nivel nutricional

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Los déficits nutricionales se relacionan de manera directa con: aumento de morbimortalidad, reingresos hospitalarios, aumentos en las tasas de estancia hospitalaria e infección nosocomial.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### 1. OBJETIVO GENERAL

Realizar un diagnóstico precoz de la desnutrición y riesgo de la misma, para realizar actividades de prevención o tratamiento de manera temprana y eficiente en los pacientes ingresados en la Unidad de Crónicos Complejos, con motivo de descompensación de patología crónica.

##### 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Instaurar un circuito de valoración nutricional basado en el Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) y Mini Nutritional Assessment (MNA) que permita el diagnóstico tanto del riesgo de desnutrición como de la desnutrición instaurada.
- Iniciar tratamiento específico en los casos que así lo requieren.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

##### 1. Reuniones de trabajo para definición de proyecto

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/08/2022

Responsable.: Isabel Moreno Lucente

##### 2. Creación de Excel para recogida de datos

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Isabel Moreno Lucente

##### 3. Recogida de datos y seguimiento individualizado

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 30/06/2023

Responsable.: Todos los participantes

##### 4. Redacción de resultados y difusión de los mismos

Fecha inicio: 01/07/2023

Fecha final: 31/07/2023

Responsable.: Todos los participantes

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#461

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE CRONICOS COMPLEJOS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Evaluación MNA de pacientes en HCE

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de pacientes con MNA sf realizado ingresados en Unidad de Crónicos Complejos

Denominador .....: N° de pacientes totales ingresados en Crónicos Complejos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE - Excel de recogida de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

##### 2. Valoración de tratamiento implantado

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de pacientes con MNA sf positivo que requieren tratamiento nutricional específico

Denominador .....: N° total de pacientes con MNA sf positivo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE - Excel de recogida de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#775

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO DE LA RECIRCULACION Y FLUJO DE ACCESO EXISTENTE EN LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS CON EL DISPOSITIVO NEFHROFLOW

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#775 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GONZALEZ LANZUELA MARIA JOSE

Título  
ESTUDIO DE LA RECIRCULACION Y FLUJO DE ACCESO EXISTENTE EN LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS CON EL DISPOSITIVO NEFHROFLOW

Colaboradores/as:  
ARJONA PRIETO VERONICA ESPERANZA  
BLAZQUEZ SUCH ADORACION  
FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION  
GASCON MARIÑO ANTONIO  
NAVARRO BURRIEL MARIA PILAR  
RUEDA LOPEZ MARIA TERESA  
VICENTE VICENTE ANA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: NEFROLOGIA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Nuestra unidad de diálisis cuenta con 55 pacientes que reciben Hemodiálisis (HD) en nuestra unidad, de los cuales 24 pacientes son portadores de fístula arteriovenosa (FAVI), es el acceso vascular ideal para realizar la HD. Nosotros consideramos que es muy importante valorar la función de la FAVI, su perfusión. Si el Flujo de Acceso (Qa) de la FAVI baja por debajo de un valor considerado crítico (400ml/m), aumenta el riesgo de trombosis fistular con la pérdida de accesos a los vasos, sería una complicación considerable en el tratamiento de diálisis. Con una recirculación elevada (>20%) indicaría que el paciente estaría recibiendo una reducida dosis de diálisis. La medición de la calidad del acceso es un elemento importante para asegurar una buena calidad en el tratamiento de diálisis.

El método que empleamos para la medición de la recirculación y flujo de acceso mediante monitor Nephroflow, fue el descrito por Krivitski.

Para realiza la medición de la calidad utilizaremos:

- Medición de la recirculación: consistente en la inyección de 10 ml de suero fisiológico por rama venosa durante 3 ó 4 segundos con la ultrafiltración anulada y esperar el análisis del software de las diferencias dilucionales obtenidas en cada rama.

- Medición del flujo de acceso: consiste en la inyección de 10 ml de suero fisiológico por la rama venosa durante 3 ó 4 segundos con la ultrafiltración anulada, las ramas invertidas y esperar el análisis del software. La recirculación fistular provoca una considerable reducción de la eficiencia de la diálisis.

. La FAVI que presenta una estenosis significativa va a presentar una disminución del Qa independientemente de la localización de la estenosis.

Los esfuerzos en evitar la trombosis radican en detectar precozmente la estenosis.

Por ese motivo realizamos este proyecto de calidad para poder implementar la medición de la recirculación y flujo de acceso de la fístula arteriovenosa

#### ÁREAS DE MEJORA

- Prolongar la vida útil de la FAVI (fistula arteriovenosa).

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Se podrá comparar la diferentes mediciones de la FaVi y compararlas. A través de estas mediciones podremos predecir si hay algún problema en la FAVI e intentar mejorarlo

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Implementar la técnica
- Conocimiento por parte del personal de la unidad del manejo del Nephroflow.
- Creación de una vía clínica del manejo del Nephroflow.
- Detección del empeoramiento del funcionamiento de la fístula mediante la medición con el Nephroflow

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar sesión informativa del manejo del Nephroflow"D.MED NEPHROFLOW™

Fecha inicio: Nipro.

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: 01/11/2022

Fecha inicio: Mª José González Lanzuela

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#775

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO DE LA RECIRCULACION Y FLUJO DE ACCESO EXISTENTE EN LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS CON EL DISPOSITIVO NEFHROFLOW

#### 2. Crear vía clínica

Fecha final.: 07/11/2022  
Responsable.: 14/11/2022  
Fecha inicio: M<sup>a</sup> José González Lanzuela

#### 3. Realizar mediciones del flujo de acceso y recirculación trimestrales

Fecha final.: 01/10/2022  
Responsable.: 31/10/2023  
Fecha inicio: M<sup>a</sup> José González Lanzuela

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Realización de la medición de la recirculación y flujo de acceso de la FAVI.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: pacientes que se les realiza la medición  
Denominador .....: Pacientes portadores de fistula de la unidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Pacientes Portadores de FAVI que se dializan en nuestra unidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Realización de la medición cada tres meses.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: pacientes que se les realiza la medición  
Denominador .....: Pacientes portadores de fistula de la unidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Pacientes en la unidad de diálisis en cada sesión de Hemodialisis.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Adiestramiento de enfermera de la unidad en el manejo del Nephroflow, durante un mes en cada sesión.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: número de enfermeras presentes durante la sesión  
Denominador .....: numero total de enfermeras en la unidad de diálisis.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Enfermeras del turno de diálisis  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 4. Todo el personal del servicio de diálisis sabrá utilizar el Nephroflow e interpretar los valores.0

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: numero total de enfermeras en la unidad de diálisis, que demuestran mediante test que saben utilizar el Nephroflow con un determinado número de aciertos  
Denominador .....: numero total de enfermeras en la unidad de diálisis.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Enfermeras de la unidad de diálisis  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 5. Reconocimiento del empeoramiento funcion de una FAVI. Comparando las mediciones cada 6 meses.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Valor de la 1º medición - Valor de la 2º medición que demuestran con valores >100 que ha empeorado el flujo de la fístula.  
Denominador .....: número de mediciones  
x(1-100-1000) ...: 1

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#775

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO DE LA RECIRCULACION Y FLUJO DE ACCESO EXISTENTE EN LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS CON EL DISPOSITIVO NEFHROFLOW

Fuentes de datos.: Registro de datos del Nefroflow.  
Resultado  $\geq 100$  , valorar empeoramiento.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Detección precoz del mal funcionamiento del acceso a Fístula arteriovenosa en Diálisis.

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#229

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE AGENDA E INFORMATIZACION DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PARA EL DIAGNOSTICO Y CONTROL DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO. SERVICIO DE NEUMOLOGÍA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#229 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS

Título  
CREACION DE AGENDA E INFORMATIZACION DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PARA EL DIAGNOSTICO Y CONTROL DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO.  
SERVICIO DE NEUMOLOGÍA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL

Colaboradores/as:  
JIMENO SANCHEZ JAVIER  
LUCIA PLUMED MARIA ISABEL  
ORELLANA MELGAR CARLOS EDGARDO  
TORRALBA GARCIA LAURA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La disponibilidad de las pruebas complementarias realizadas al paciente - así como de su correspondiente interpretación - debería ser accesible a cualquier facultativo que trate con dicho paciente, independientemente de su especialidad. El uso de las herramientas telemáticas garantiza esa disponibilidad a cualquier facultativo autorizado - incluso de forma simultánea para discutir casos entre grupos de especialistas - permitiendo adecuar las decisiones clínicas al tener la información relevante. Es por ello que debería ser un objetivo en todos los servicios de Atención Especializada.

#### ÁREAS DE MEJORA

En el caso particular del Servicio de Neumología, es esencial poder acceder a un registro de pruebas y a la información completa para conocer el contexto relativo al paciente y así adoptar las medidas correspondientes desde un mejor conocimiento de su historial.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Al ser los trastornos respiratorios del sueño uno de los motivos de interconsulta más frecuentes en la valoración de pacientes ambulatorios (consultas externas), será ése el ámbito que abarque este proyecto.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la accesibilidad del personal facultativo del sistema sanitario de Aragón a la información sobre las pruebas complementarias realizadas y a sus resultados en lo relativo a los trastornos respiratorios del sueño.
- Facilitar la toma de decisiones clínicas, dentro del contexto del paciente, mediante el acceso a la información e interpretación de dichas pruebas.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Establecer el formato idóneo para la informatización de las pruebas complementarias de acuerdo al tipo (Poligrafía cardiopulmonar, pulsioximetría de titulación), así como el apartado en la HCE.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Carlos Orellana Melgar, Laura Torralba García

2. Inclusión y registro de las pruebas complementarias en la HCE

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Mario Nicolás Albani Pérez, Javier Jimeno Sánchez, María Isabel Lucia Plumed

3. Interpretación de datos y análisis final de indicadores

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Mario Nicolás Albani Pérez, Carlos Orellana Melgar, Laura Torralba García

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El objetivo de este proyecto es la inclusión de la totalidad de las pruebas complementarias realizadas para la valoración de los trastornos respiratorios del sueño en la plataforma Historia Clínica Electrónica, incluyendo un informe completo de cada una de ellas.

Aunque este proyecto se circunscribe al Servicio de Neumología del Hospital Obispo Polanco, sería deseable que se extendiera al resto de servicios.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#229

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE AGENDA E INFORMATIZACION DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PARA EL DIAGNOSTICO Y CONTROL DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO. SERVICIO DE NEUMOLOGÍA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL

Las pruebas que se plantea incluir inicialmente son las siguientes:

- Estudios de sueño (poligrafías cardiorrespiratorias).
- Pulsioximetrías nocturnas basales y de titulación.

Se aportará un informe detallado de cada las pruebas realizadas, incluyendo información general del paciente, como son los datos antropométricos, motivo de solicitud, datos clínicos generales, parámetros obtenidos, diagnóstico, conclusiones y/o observaciones, así como las correspondientes recomendaciones terapéuticas.

Una vez haya sido completado dicho informe por el neumólogo o facultativo solicitante, será trasladado en formato PDF al portal Historia Clínica Electrónica, en el episodio correspondiente a la prueba agendada. Dichos informes podrán, al estar disponibles, ser consultados por cualquier facultativo del Sistema Aragonés de Salud.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador,  $x(1-100-1000)$ , estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de pruebas incluidas, respecto al total de pruebas realizadas.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de Pruebas incluidas en HCE

Denominador .....: Total de pruebas realizadas

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: Datos propios

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Número de pruebas que requieren intervención terapéutica, respecto a total de pruebas realizadas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pruebas que requieren intervención terapéutica

Denominador .....: Total de pruebas realizadas

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: Datos propios

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

El indicador de impacto puede variar de acuerdo a los resultados de la prueba y la necesidad o no de una intervención terapéutica.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#127

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: ATENCION MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR. CREACION DEL NODO TERUEL

Fecha de entrada: 15/06/2022

Nº de registro: 2022#127 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HERNANDO QUINTANA NATALIA

Título  
PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: ATENCION MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR. CREACION DEL NODO TERUEL

Colaboradores/as:  
ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS  
LARDIES SANCHEZ BEATRIZ  
LAZARO ROMERO ALBA MARIA  
LOZANO MENDOZA ANDREA  
LOZANO RUSTARAZO ENERY  
MUÑOZ LEON MERCEDES PILAR  
RUIZ PALOMINO MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dentro de las líneas estratégicas de Sistema Nacional de Salud se encuentra la referente a Enfermedades Neurodegenerativas que incluye la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y que pretende mejorar la calidad y la equidad de la atención centrada en las personas con enfermedades neurodegenerativas, a sus cuidadores y familiares, promoviendo la respuesta integral y coordinada a sus necesidades por parte del sistema sanitario y social, respetando su autonomía y valores y estimulando la implicación y responsabilidad de la comunidad. En Aragón se plantea una asistencia integral de los pacientes con ELA (recomendación NICE 2016), dentro del desarrollo de un programa para la atención de las enfermedades neuromusculares.

La estrategia definida es: "la creación de una red de asistencia" para los pacientes con enfermedades neuromusculares. Esta red estará formada por una unidad multidisciplinar de referencia para la patología neuromuscular compleja ubicada en Zaragoza y trabajará en red con el resto de los sectores que dispondrán de nodos de asistencia según la disponibilidad de cada uno, de los que serán referencia, evitando el desplazamiento y facilitando el acceso y la comunicación a través de un plan de intervención integrado en su historia clínica, accesible a todos los profesionales que tengan contacto con el paciente, en todos los niveles asistenciales. El plan contempla que en cada sector sanitario, se realizará la atención directa de los pacientes con Enfermedades neuromusculares, facilitándose la implantación de consultas monográficas específicas que incluyan a pacientes con enfermedad de neurona motora y enfermedad neuromuscular inmunomediada (y aquellos pacientes con otras neuropatías o miopatías que lo precisen), así como la creación de equipos de atención multidisciplinarios para los mismos. Todo paciente incluido en la red dispondrá de un plan de atención individualizado, actualizado y accesible a los profesionales de la red que intervengan en su atención.

#### ÁREAS DE MEJORA

Atención integral multidisciplinar especializada coordinada en todos los niveles asistenciales y fases de la enfermedad

Asistencia lo más cercana posible al domicilio

Tratamiento y seguimiento en tiempo acorde a sus necesidades (personalizado)

Acceso coordinado a la atención multidisciplinar especializada evitando desplazamientos innecesarios

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Los pacientes con enfermedades neuromusculares eran atendidos dentro de la consulta general de neurología y sometidos por tanto a la lista de espera que existiera en el momento de atención, tanto para los procesos diagnósticos como para la colaboración con otros servicios o seguimiento, implicando mayor número de desplazamientos al centro hospitalario.

La ausencia de un plan de atención a estas enfermedades que articulara los tiempos y la organización entre especialidades y entre niveles asistenciales, dificultaba la gestión de las mismas.

Por otra parte la ausencia de estructura en Historia Clínica Electrónica (HCE) para la comunicación con otros servicios, otros niveles asistenciales y centros de referencia, así como la ausencia de enfermera en el Servicio de Neurología, dificulta el trabajo coordinado que repercutiría en una mejor accesibilidad al sistema y un ahorro de tiempos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo de este plan de mejora es la creación del nodo de asistencia en el Hospital Obispo Polanco de Teruel para atender a pacientes con patología neuromuscular, dando prioridad a pacientes con enfermedad de neurona motora y enfermedad neuromuscular inmunomediada.

Esto permitirá disminuir la morbilidad de nuestros pacientes, mejorar su calidad de vida, disminuyendo las

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#127

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: ATENCION MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR. CREACION DEL NODO TERUEL

inequidades según el lugar donde residan.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Establecer los componentes del equipo multidisciplinar que realizará la asistencia.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Natalia Hernando Quintana

2. Asignar una enfermera para la gestión de casos y realización de escalas necesarias para la asistencia, tal y como recoge el Plan de Atención a las Enfermedades Neuromusculares

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Natalia Hernando Quintana

3. Definir una agenda específica para la atención de los pacientes.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Eneyr Lozano Rustarazo

4. Definir un espacio para la asistencia de dichos pacientes. Este espacio deberá estar ubicado en una zona de fácil acceso.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Eneyr Lozano Rustarazo

5. Establecer los objetivos del equipo de asistencia multidisciplinar.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Natalia Hernando Quintana

6. Determinar los criterios de inclusión de pacientes en la consulta. Los pacientes con ELA serán incluidos de forma sistemática. Se definirán criterios para el resto de enfermedades neuromusculares.

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Natalia Hernando Quintana

7. Una vez esté disponible, utilizar los recursos de HCE para elaborar el plan de atención individualizado, realización de escalas y comunicación con la Unidad de Referencia

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.:

Responsable.: Natalia Hernando Quintana

8. Asistencia a los pacientes según los protocolos definidos y administración de la encuesta de satisfacción.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Natalia Hernando Quintana

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Inclusión de los pacientes en la consulta de atención multidisciplinar según los criterios definidos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes incluidos en la consulta de atención multidisciplinar.

Denominador .....: Nº de pacientes que cumplan los criterios definidos para inclusión en la consulta.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Utilización de HCE para la atención de los pacientes, específicamente de los pacientes con ELA

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes en los que se utiliza la plantilla de HCE para la atención del paciente.

Denominador .....: Nº de pacientes incluidos en la consulta de atención multidisciplinar

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#127

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: ATENCION MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR. CREACION DEL NODO TERUEL

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de visitas y desplazamientos evitados para el paciente

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de desplazamientos potenciales que habría realizado el paciente al centro hospitalario sin existir el circuito - N° de desplazamientos realizados durante el período de seguimiento.

Denominador .....: N° de desplazamientos potenciales que habría realizado el paciente al centro hospitalario sin existir el circuito

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

4. Satisfacción a los pacientes incluidos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de respuestas satisfactorias en la encuesta de satisfacción

Denominador .....: N° de encuestas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documento en papel con la encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#161

### 1. TÍTULO

#### CIRCUITO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO EN EL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 17/06/2022

Nº de registro: 2022#161 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RUIZ PALOMINO MARIA PILAR

Título  
CIRCUITO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO EN EL SECTOR TERUEL

Colaboradores/as:  
BASELGA ALEGRE ROSARIO  
GALA SERRA CARLOS  
HERNANDO QUINTANA NATALIA  
LAZARO ROMERO ALBA MARIA  
LOZANO PASAMAR MARIANO  
QUILEZ SALAS NURIA  
SALVADOR COSCUJUELA SONIA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Ubicación/es secundaria/s  
TERUEL\*CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE\*EAP TERUEL ENSANCHE\*AP (Atención Primaria)  
TERUEL\*HOSPITAL OBISPO POLANCO\*UCE HOSPITAL OBISPO POLANCO\*SM (Salud Mental)  
TERUEL\*HOSPITAL SAN JOSE\*GERIATRIA\*SS (SocioSanitario)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los pacientes con Deterioro Cognitivo neurodegenerativo del Sector Teruel, independientemente del estadio de evolución, son controlados por los Servicios de Neurología, Geriatria, Psiquiatria; un porcentaje menor son controlados únicamente por Atención Primaria (AP). Los criterios establecidos para la asistencia están bien definidos y son fundamentales para la toma de decisiones y mejorar la calidad de los pacientes, por eso es importante que estos sean comunes con independencia del nivel de atención médica que atienda a estos enfermos. Desde Atención Especializada (AE) hemos ido observando incidencias en el manejo asistencial de estos pacientes que repercute en la calidad de su atención.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Derivar pacientes a AE con estudio basal completo y valoración cognitiva previa
2. Remitir pacientes >75 años, salvo excepciones, a geriatría para valoración inicial por las características de los pacientes (más pluripatología asociada) y menor lista de espera
3. Evitar duplicidad de consultas innecesarias por seguimiento conjunto por dos o tres de los Servicios implicados
4. Valorar pacientes candidatos para seguimiento por AP, especialmente pacientes con Deterioro cognitivo moderado-grave cada 6 meses
5. Facilitar un acceso rápido en AE a pacientes con trastorno de conducta grave o con sintomatología aguda mal controlada
6. Evitar mantenimiento de tratamientos específicos de demencia por AP en situaciones avanzadas, que no lo requieren y pueden tener efectos secundarios en los pacientes

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Falta de protocolo y criterios de derivación consensuados.
2. Falta de criterios de derivación consensuados.
3. Falta de protocolo de actuación consensuado.
4. Falta de pautas de manejo de general y complicaciones.
5. Falta de protocolo de actuación y vías de acceso.
6. Falta de pautas de manejo de complicaciones habituales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Adaptar y economizar los recursos actualmente disponibles a las necesidades del paciente con deterioro cognitivo del sector Teruel.

Mejorar la calidad asistencial y evitar duplicidad de consultas  
Consensuar el manejo, atención y seguimiento entre los especialistas implicados.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de un Grupo de Trabajo multidisciplinar para alcanzar un consenso de atención integral al deterioro cognitivo

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 01/07/2022

Responsable.: María del Pilar Ruiz Palomino

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#161

### 1. TÍTULO

#### CIRCUITO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO EN EL SECTOR TERUEL

2. Elaboración de criterios de derivación consensuados entre AP y AE

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: María del Pilar Ruiz Palomino

3. Elaboración de una Manual de manejo multidisciplinar del deterioro cognitivo en el Sector Teruel

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: María del Pilar Ruiz Palomino

4. Elaborar un protocolo rápido de actuación en paciente con demencia en el sector Teruel

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Alba Lázaro Romero

5. Difusión material elaborado por el grupo de trabajo a través de correo electrónico y sesiones informativas con coordinadores de AP del sector Teruel

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: María del Pilar Ruiz Palomino

6. Promover la utilización de la interconsulta virtual para solicitar ayuda y orientación terapéutica desde AP

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: María del Pilar Ruiz Palomino

7. Mejorar la comunicación y vías de acceso rápido entre AP y AE a través de las posibilidades técnicas disponibles

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.:

Responsable.: María del Pilar Ruiz Palomino

8. Elaboración de encuestas de satisfacción entre AP y AE sobre las actividades realizadas

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: María del Pilar Ruiz Palomino

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Asistencia a las reuniones establecidas en el grupo de Trabajo multidisciplinar

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº días de asistencia

Denominador .....: Nº total reuniones anual

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Acta de las reuniones del Grupo de Trabajo

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Difusión del material elaborado a los coordinadores de AP del sector Teruel

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de mails a coordinadores de AP del sector Teruel

Denominador .....: Nª total de coordinadores de AP del sector Teruel

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: correo electrónicos del salud

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Asistencia a las sesiones informativas para coordinadores de AP del sector Teruel

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de asistentes coordinadores de AP del sector Teruel

Denominador .....: Nª total de coordinadores de AP del sector Teruel

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#161

### 1. TÍTULO

#### CIRCUITO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO EN EL SECTOR TERUEL

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Encuesta de valoración entre AP y AE  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° encuestas satisfactorias  
Denominador .....: Nª total de encuestas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: correo electrónicos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#49

### 1. TÍTULO

#### PROPUESTA DE MEJORA Y REVISION EN LA INDICACION DE CESAREAS

Fecha de entrada: 04/06/2022

Nº de registro: 2022#49 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CABEZA VENGOECHEA PEDRO JOSE

Título  
PROPUESTA DE MEJORA Y REVISION EN LA INDICACION DE CESAREAS

Colaboradores/as:  
ABRIL UTRILLAS NURIA  
COLECHA MORALES MARTA  
GARCES VALENZUELA MARTA  
SPINOSO CRUZ VICENTE ANGEL

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La gestión de los procesos asistenciales ha de hacerse sobre la base de un modelo de referencia cuyo contenido, debidamente estandarizado, establezca unas condiciones básicas o de mínimos. Estas condiciones son aquéllas que determinan cómo debe conducirse un determinado procedimiento clínico como, en este caso, la cesárea. No se trata de reducir la tasa de cesáreas por debajo de ninguna cifra mágica, sino de fijar los criterios que se deben cumplir para su correcta indicación. En el caso de estándares de actuación en un proceso clínico, se debe eliminar al máximo la subjetividad y las impresiones personales a la hora de sentar dichas premisas, y aproximarse en lo posible a la evidencia.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se pretenden fijar unas condiciones de mínimos que, según la mejor evidencia científica actual, sirvan para que todos los profesionales del servicio procedan de una manera uniforme cuando se indique una cesárea.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El Partitorio es una zona de máximo estrés asistencial. La realización de cesáreas innecesarias aumenta la morbilidad materna, así como el gasto sanitario.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Se espera lograr que se cumplan los objetivos establecidos en el Protocolo de Indicación de Cesárea. Que el 100% de las cesáreas electivas y, al menos, el 95% de las cesáreas urgentes, se adecúen a los estándares fijados. Como objetivo secundario, se espera lograr un descenso en el porcentaje de cesáreas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Redacción y presentación de un Protocolo de Indicación de Cesárea.

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 03/03/2025

Responsable.: Pedro José Cabeza Vengoechea

2. Revisión de la totalidad de las cesáreas realizadas en el Hospital Obispo Polanco.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Pedro José Cabeza Vengoechea

3. Presentación semestral y anual de los resultados obtenidos.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Pedro José Cabeza Vengoechea

4. Proposición de estrategias activas para mejorar la adecuación al Protocolo.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Pedro José Cabeza Vengoechea

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Todas y cada una de las cesáreas serán revisadas en Sesión Clínica, implicando a la totalidad del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Obispo Polanco.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#49

### 1. TÍTULO

#### PROPUESTA DE MEJORA Y REVISION EN LA INDICACION DE CESAREAS

1. Valoración del cumplimiento de los estándares fijados en el Protocolo de Indicación de Cesárea.  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de pacientes sometidas a cesárea que cumplen los estándares fijados.  
Denominador .....: Número de pacientes sometidas a cesárea.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Documentación clínica del parto y del embarazo: partograma, cardiotocograma e historia clínica.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00
2. Reducción del porcentaje de cesáreas con respecto a los últimos 5 años.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Porcentaje de cesáreas obtenido durante el periodo de estudio.  
Denominador .....: Porcentaje de cesáreas obtenido en los años 2021, 2020, 2019, 2018 y 2017.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro del libro electrónico de partos.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00
3. Reducción del porcentaje de cesáreas sobre el total de partos.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de embarazos finalizados mediante cesárea.  
Denominador .....: Número de total de embarazos finalizados.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro del libro electrónico de partos.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Los indicadores incluyen a todas las gestantes cuyo parto sea atendido en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#4

### 1. TÍTULO

#### CURSO PARA LA EJECUCION DE PROTOCOLOS CLÍNICOS ANTE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS Y OTRAS SITUACIONES ESPECIALES EN OBSTETRICIA

Fecha de entrada: 13/05/2022

Nº de registro: 2022#4      \*\* Mejora de la Práctica Clínica      \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CLEMENTE TOMAS CLAUDIA PILAR

Título  
CURSO PARA LA EJECUCION DE PROTOCOLOS CLÍNICOS ANTE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS Y OTRAS SITUACIONES ESPECIALES EN OBSTETRICIA

Colaboradores/as:  
CEBOLLA GIL PAULA  
MORENO SANZ LAURA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Competencias asistenciales a las gestantes y/o puérperas en situaciones obstétricas emergentes y especiales mediante el repaso teórico y práctico de la evidencia científica actualizada.

#### ÁREAS DE MEJORA

Emergencias obstétricas y otras situaciones de manejo complejo en pacientes gestantes y/o puérperas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Necesidad de establecer modelos de actuación para optimizar la logística que implica a todo el equipo asistencial en las situaciones de emergencia obstétrica y otras situaciones de manejo complejo de las pacientes gestantes y/o puérperas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar las competencias asistenciales a las pacientes gestantes y/o puérperas mediante repaso y actualización teórica y práctica, en materia de:

- Hemorragia postparto.
- Distocia de hombros.
- Otras situaciones emergentes del III trimestre: rotura uterina, desprendimiento de placenta y prolapso de cordón.
- Asistencia del parto en podálica.
- Rotación manual de cabeza fetal.
- Sutura de desgarros perineales.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Repaso teórico y taller práctico sobre hemorragia postparto.

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/11/2024  
Responsable.: Paula Cebolla Gil

2. Test de evaluación sobre los conocimientos adquiridos.

Fecha inicio: 10/11/2022  
Fecha final.: 10/11/2024  
Responsable.: Claudia Pilar Clemente Tomás

3. Repaso teórico y taller práctico sobre otras situaciones emergentes del 3er trimestre: rotura uterina, desprendimiento de placenta y prolapso de cordón.

Fecha inicio: 03/11/2022  
Fecha final.: 03/11/2024  
Responsable.: Claudia Pilar Clemente Tomás

4. Repaso teórico y taller práctico sobre distocia de hombros.

Fecha inicio: 08/11/2022  
Fecha final.: 08/11/2024  
Responsable.: Rebeca Herrero Serrano

5. Repaso teórico y taller práctico sobre rotación manual de cabeza fetal.

Fecha inicio: 09/11/2022  
Fecha final.: 09/11/2024  
Responsable.: Paula Cebolla Gil

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#4

### 1. TÍTULO

#### CURSO PARA LA EJECUCION DE PROTOCOLOS CLÍNICOS ANTE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS Y OTRAS SITUACIONES ESPECIALES EN OBSTETRICIA

6. Repaso teórico y taller práctico sobre sutura de desgarros perineales.

Fecha inicio: 10/11/2022

Fecha final.: 10/11/2024

Responsable.: Claudia Pilar Clemente Tomás

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El objetivo de las actividades es realizar un breve y útil repaso de la teoría actualizada basada en la evidencia científica publicada sobre las situaciones obstétricas emergentes y otras de difícil manejo en relación con la asistencia a las gestantes y/o puerperas. Tras el repaso teórico se realizarán talleres prácticos específicos de cada situación clínica mediante simulación, con material preparado por los organizadores, sin que esto suponga ningún tipo de gasto económico.

Tanto la teoría como la práctica estarán enfocadas y adaptadas a cada uno de los grupos del equipo asistencial involucrado (auxiliares, enfermeras de hospitalización, matronas y ginecólogos).

El repaso teórico y la práctica de cada una de las situaciones clínicas específicas incluidas en el proyecto se realizará a lo largo de una jornada, ocupando el total del curso seis días, al incluir el repaso y actualización teórico-práctica de seis situaciones clínicas específicas diferentes.

El último día de curso se finalizará con la realización por parte de los participantes de un test final de evaluación sobre los conocimientos adquiridos.

El objetivo es realizar el curso semestralmente, es decir, dos veces al año, para que el equipo asistencial involucrado esté constantemente actualizado.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de matronas del servicio de Obstetricia y Ginecología del HOP que participan en el curso.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... % de matronas del servicio de Obstetricia y Ginecología del HOP que participan en el curso.

Denominador ..... % de matronas del servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Obispo Polanco.

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Salud Sector Teruel

Est.Mín.1ª Mem .. 70.00

Est.Máx.1ª Mem .. 80.00

Est.Mín.2ª Mem .. 80.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

2. % de enfermeros/as del servicio de Obstetricia y Ginecología del HOP que participan en el curso.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... % de enfermeros/as del servicio de Obstetricia y Ginecología del HOP que participan en el curso.

Denominador ..... % de enfermeros/as del servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Obispo Polanco.

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Salud Sector Teruel

Est.Mín.1ª Mem .. 70.00

Est.Máx.1ª Mem .. 80.00

Est.Mín.2ª Mem .. 80.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

3. % de auxiliares del servicio de Obstetricia y Ginecología del HOP que participan en el curso.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... % de auxiliares del servicio de Obstetricia y Ginecología del HOP que participan en el curso.

Denominador ..... % de auxiliares del servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Obispo Polanco.

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Salud Sector Teruel

Est.Mín.1ª Mem .. 70.00

Est.Máx.1ª Mem .. 80.00

Est.Mín.2ª Mem .. 80.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

4. % de ginecólogos/as del servicio de Obstetricia y Ginecología del HOP que participan en el curso.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... % de ginecólogos/as del servicio de Obstetricia y Ginecología del HOP que participan en el curso.

Denominador ..... % de ginecólogos/as del servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Obispo Polanco.

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Salud Sector Teruel

Est.Mín.1ª Mem .. 70.00

Est.Máx.1ª Mem .. 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#4

### 1. TÍTULO

#### CURSO PARA LA EJECUCION DE PROTOCOLOS CLÍNICOS ANTE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS Y OTRAS SITUACIONES ESPECIALES EN OBSTETRICIA

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Actualización teórico-práctica de los participantes en el curso.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Media del número de preguntas contestadas correctamente del test de evaluación final.

Denominador .....: Número de preguntas totales del test de evaluación final.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Test de evaluación final.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. Resultados maternos relacionados con las situaciones clínicas específicas incluidas en el curso.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de complicaciones específicas de cada situación clínica.

Denominador .....: Número de pacientes afectas por cada situación clínica específica.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de partos del HOP. Partogramas. Historia Clínica Electrónica.

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

7. Resultados neonatales relacionados con las situaciones clínicas específicas incluidas en el curso.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de complicaciones específicas de cada situación clínica.

Denominador .....: Número de neonatos afectados por cada situación clínica específica.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de partos del HOP. Partogramas. Historia Clínica Electrónica.

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Respecto al indicador de los resultados maternos relacionados con las situaciones clínicas incluidas en el curso, especificar cuáles serían en cada caso:

- Pacientes afectas de hemorragia postparto o rotura uterina: el indicador sería la mortalidad materna relacionada con estas situaciones (pacientes fallecidas/pacientes afectas por alguna de estas dos situaciones) y la comparación de los resultados con los años previos a la instauración del curso.

- Sutura de desgarras perineales: pacientes con dehiscencia de la sutura/pacientes con algún tipo de desgarró perineal suturado, y la comparación de los resultados con los años previos a la instauración del curso.

Respecto al indicador de los resultados neonatales relacionados con las situaciones clínicas incluidas en el curso, especificar cuáles serían en cada caso:

- Partos en podálica, casos de distocia de hombros, desprendimiento de placenta o prolapso de cordón: test de Apgar del neonato, y la comparación de los resultados con los años previos a la instauración del curso.

- Malposiciones fetales durante el trabajo de parto en las que se ha intentado la rotación manual de la cabeza fetal: tasa de cesáreas, partos instrumentados y partos eutócicos, y la comparación de los resultados con los años previos a la instauración del curso.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#168

### 1. TÍTULO

#### DETECCION Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESION POSTPARTO EN EL AMBITO HOSPITALARIO Y SEGUIMIENTO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 17/06/2022

Nº de registro: 2022#168 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ BAREA MARIA CARMEN

Título  
DETECCION Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESION POSTPARTO EN EL AMBITO HOSPITALARIO Y SEGUIMIENTO EN ATENCION PRIMARIA

Colaboradores/as:  
CEBRIAN CLEMENTE MARIA CARMEN  
MARTIN RUIZ NURIA  
PEREYRA GRUSTAN LORENA  
SALVADOR COSCUJUELA SONIA  
VILLUENDAS FERNANDEZ NELIA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La depresión postparto es una de las complicaciones médicas maternas más frecuentes (8-25% de las mujeres gestantes) del período postnatal e invalidantes, tanto por sus síntomas en la madre, como por las consecuencias sobre las funciones maternas de alimentación, crianza y vinculación afectiva. El periodo de mayor riesgo es durante las primeras semanas hasta los tres primeros meses después del parto, pero puede iniciarse durante la gestación.

Los desenlaces más temidos incluyen el suicidio e infanticidio, que habitualmente están más asociados a la ausencia de tratamiento, depresión severa y psicosis postparto. Sin embargo, Paris y cols. (2009) evaluaron a 32 mujeres con DPP, encontrando que 43% presentaba "moderado a alto riesgo suicida", asociado significativamente con una baja autoestima en relación a la interrupción de su trabajo, mayor estrés en el rol materno, menor preparación para asumirlo, e inadecuada interacción con su bebé. Además, la duración de un episodio depresivo postparto afecta de forma proporcional el vínculo materno-filial, generando un impacto negativo en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé, potenciando los efectos de variables asociadas con privación mental como el bajo nivel socioeconómico. Los hijos de madres con depresión postparto pueden establecer relaciones de "apego ansioso" con una frecuencia significativamente mayor que los hijos de madres no deprimidas, y exhibir una mayor probabilidad de trastornos conductuales, accidentes, ingresos hospitalarios y maltrato infantil. También se ha observado que la sintomatología depresiva persistente de la mujer en el postnatal interfiere con el bienestar de la familia e, incluso, aumentaría la probabilidad de depresión en su pareja ante la presencia de otros factores como: baja escolaridad, pobre apoyo psicosocial, y violencia en la relación marital.

Un tema relevante respecto del pronóstico de la depresión postparto es la alta probabilidad del infradiagnóstico, que puede vincularse con: 1) Una mayor atención al bienestar del bebé en este periodo; 2) para la mujer es difícil asumir y priorizar su condición emocional y 3) el estigma, la vergüenza, y el temor a la crítica. Por ello, es de máximo interés prestar atención a las madres durante su ingreso en Maternidad para detectar cualquier síntoma de depresión de forma precoz y poder ofrecerle ayuda, tratamiento y seguimiento por parte de los profesionales adecuados, si fuera necesario.

#### ÁREAS DE MEJORA

Con este proyecto pretendemos detectar posibles depresiones en las madres después de dar a luz, ya que una buena salud mental es imprescindible para el cuidado de un hijo.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El puerperio engloba una serie de cambios en la vida de la mujer, no sólo físicos si no también psíquicos y sociales. En ocasiones, las madres no disponen de las herramientas necesarias para afrontar estos cambios, se ven sobrepasadas y buscan ayuda en el personal sanitario. Otras veces, debido al estigma existente de las enfermedades mentales, las madres se avergüenzan de cómo se sienten y no piden ayuda, es en estos casos en los que es necesario detectar estos problemas y buscar soluciones.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Ofrecer información a las madres mediante trípticos informativos y pósters.
- Detectar posibles casos de depresión postparto.
- Asesorar a las madres para que al alta estén lo más animadas posible.
- Animar a las madres a que expresen sus sentimientos y aclararles todo tipo de dudas e inquietudes que les surjan.
- Hacerles sentir que no son "malas madres" si se encuentran tristes después del parto.
- Explicarles que los sentimientos de tristeza pueden ser normales durante los primeros días.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Realización de reuniones con las matronas de Atención Primaria para consensuar la información e

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#168

### 1. TÍTULO

#### DETECCION Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESION POSTPARTO EN EL AMBITO HOSPITALARIO Y SEGUIMIENTO EN ATENCION PRIMARIA

informarles de aquellos casos susceptibles de depresión para seguimiento y control.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 01/07/2023

Responsable: Nelia Villuendas y Nuria Martín.

1. Planificación y realización de sesiones interdisciplinares con la participación de la planta de maternidad y el servicio de paritorio.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/06/2023

Responsable: Sonia Salvador, Lorena Pereyra y María Carmen Pérez.

3. Hacer una reunión informativa para el personal de la planta de maternidad.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 01/08/2022

Responsable: Carmen Cebrián.

4. Realización e impresión de un tríptico informativo para entregar a las madres al alta.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final: 01/08/2023

Responsable: María Carmen Pérez y Carmen Cebrián.

5. -Introducir en el nuevo protocolo del puerperio del Hospital Obispo Polanco, un apartado a este tema tan prioritario.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final: 01/08/2023

Responsable: Nelia Villuendas y María Carmen Pérez.

6. Contactar con el personal facultativo especializado en el tema, en caso necesario.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 01/07/2023

Responsable: Sonia Salvador, Lorena Pereyra y Nuria Martín.

7. Recopilar los resultados de los test de Edimburgo realizados en Atención Primaria en la visita puerperal con la matrona.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final: 01/08/2023

Responsable: María Carmen Pérez y Nelia Villuendas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Registro anual de los trípticos entregados al alta a las madres

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Trípticos entregados al alta

Denominador ..... Madres ingresadas

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos: Registro anual de trípticos

Est.Mín.1ª Mem .. 90.00

Est.Máx.1ª Mem .. 95.00

Est.Mín.2ª Mem .. 95.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

2. Registro de todos aquellos casos que hayan necesitado atención médica psiquiátrica antes del alta

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Madres necesitadas de atención psiquiátrica

Denominador ..... Madres ingresadas y dadas de alta

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos: Informes médicos psiquiátricos

Est.Mín.1ª Mem .. 95.00

Est.Máx.1ª Mem .. 97.00

Est.Mín.2ª Mem .. 97.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

3. Porcentaje de púerperas a las que se les realiza el test de Edimburgo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Nº de madres con depresión tras test de Edimburgo

Denominador ..... Nº de madres remitidas a matronas por sospecha de depresión

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos: Centros de Salud Teruel y Provincia

Est.Mín.1ª Mem .. 70.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#168

### 1. TÍTULO

#### DETECCION Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESION POSTPARTO EN EL AMBITO HOSPITALARIO Y SEGUIMIENTO EN ATENCION PRIMARIA

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 4. Encuesta de satisfacción de las madres ingresadas

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Madres encuestadas  
Denominador .....: Madres ingresadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas realizadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 5. Encuesta de valoración a profesionales implicados

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Profesionales encuestados  
Denominador .....: Profesionales implicados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas realizadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#513

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION EN EL USO DE HIERRO INTRAVENOSO EN GESTACION Y PUERPERIO

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#513 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HERRERO SERRANO REBECA

Título  
OPTIMIZACION EN EL USO DE HIERRO INTRAVENOSO EN GESTACION Y PUERPERIO

Colaboradores/as:  
CABEZA VENGOECHEA PEDRO JOSE  
NAVARRO PARDO IRENE  
NICULITA ANDREEA  
PEIRO HINOJOSA FRANCISCA  
PEREZ BAREA MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Durante el embarazo ocurre hemodilución, pero la capacidad de transporte de oxígeno sigue siendo normal durante todo el embarazo. Las causas más comunes de anemia durante el embarazo son la deficiencia de hierro y de folato. La anemia aumenta el riesgo de parto pretérmino e infecciones maternas posparto. La administración de hierro intravenoso produce una respuesta eritropoyética más rápida y prolongada en comparación con el hierro de administración vía oral. Debe reservarse para aquellos casos en los que los preparados orales no son adecuados, existe anemia ferropénica refractaria o clínicamente se requiere un aporte rápido de hierro.

#### ÁREAS DE MEJORA

La anemia es uno de los problemas más comunes en obstetricia. Se estima que durante la gestación, un 40% de las embarazadas desarrollan anemia ferropénica y hasta en una de cada tres mujeres persiste durante el puerperio. La primera línea de tratamiento seguirá siendo el tratamiento con hierro oral; pero la administración de hierro intravenoso produce una respuesta eritropoyética más rápida y prolongada en comparación con el hierro de administración vía oral. Por lo que recurriremos a la vía intravenosa en aquellos casos en los que los preparados orales no son adecuados, existe anemia ferropénica refractaria o clínicamente se requiere un aporte rápido de hierro.

En caso de que se trate de pacientes no ingresadas, es necesario establecer un circuito para su correcta administración

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Durante el embarazo, las gestantes presentan una reducción fisiológica de la concentración de la Hemoglobina (Hb) debido, tanto al aumento del volumen sanguíneo circulante, para lograr la adecuada perfusión feto-placentaria y para preparar a la mujer para la pérdida de sangre en el momento del parto, como a la hemodilución ocasionada por la expansión del volumen plasmático de un 50% frente al incremento de la masa eritrocitaria de un 25%. Por todo ello, existe una variación en la definición del nivel de Hb normal durante la gestación; siendo éste menor que el establecido para mujeres no gestantes. Además, durante el embarazo y el posparto existen factores o grupos de riesgo añadido para el desarrollo de anemia ferropénica, diferente de los factores de riesgo habituales en el adulto.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Establecer una guía de prescripción de hierro oral unificada ante hallazgos de Hb < 11 g/dl en la mujer gestante, para lo cual se realizará una sesión clínica para instruir a los profesionales responsables.
- Reducir el número de gestantes con Hb < 11 g/dl en la última analítica del tercer trimestre (semana 37 de embarazo).
- Establecer un circuito para la administración de la terapia con hierro intravenoso.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Redacción y presentación de un Protocolo manejo de la anemia en gestación y puerperio

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Rebeca Herrero Serrano

2. Administración de hierro intravenoso en el hospital de día

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Rebeca Herrero Serrano

3. Revisión de la totalidad de las mujeres con parto en Teruel para valorar sus niveles de Hb

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#513

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION EN EL USO DE HIERRO INTRAVENOSO EN GESTACION Y PUERPERIO

Fecha inicio: 01/05/2022  
Fecha final.: 30/04/2023  
Responsable.: Rebeca Herrero Serrano

4. Presentación semestral y anual de los resultados obtenidos  
Fecha inicio: 01/05/2022  
Fecha final.: 30/04/2023  
Responsable.: Rebeca Herrero Serrano

5. Proposición de estrategias activas para mejorar la adecuación al Protocolo  
Fecha inicio: 01/05/2022  
Fecha final.: 30/04/2023  
Responsable.: Rebeca Herrero Serrano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
La administración de Hierro intravenoso se realizará en el hospital de día para lo cual se debe establecer un circuito para su correcto funcionamiento.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de mujeres que reciben tratamiento con hierro intravenoso  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Mujeres que reciben tratamiento con hierro iv estando indicado  
Denominador .....: Total de mujeres con indicación de tratamiento con hierro intravenoso  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de mujeres sin anemia en 3º trimestre  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Mujeres con Hb > 11 en la analítica de 3º trimestre  
Denominador .....: Total de embarazadas que se realizan analítica de 3º trimestre en nuestro centro  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de profesionales que conocen la guía  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Profesionales que acuden al curso de formación  
Denominador .....: Total de profesionales implicados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Asistencia curso  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Los indicadores incluyen a todas las gestantes cuyo parto sea atendido en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1312

### 1. TÍTULO

#### PROPUESTA DE MEJORA EN LA PROGRAMACION DE LA INDUCCION DEL PARTO

Fecha de entrada: 29/05/2022

Nº de registro: 2022#1312 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CEBOLLA GIL PAULA

Título  
PROPUESTA DE MEJORA EN LA PROGRAMACION DE LA INDUCCION DEL PARTO

Colaboradores/as:  
CLEMENTE TOMAS CLAUDIA PILAR  
DOMINGO BARRADO MARIA ISABEL  
HERRERO SERRANO REBECA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Mejora de la calidad asistencial al establecer modelos de optimización de la actividad programada tanto logísticos (tasa de ocupación de camas de hospitalización homogénea, paritorios disponibles) y humanos (adecuación de la relación numérica ginecólogo/matrona-paciente) en relación con los recursos existentes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Evitar la coincidencia de más de 2 inducciones de parto programadas diarias.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La atención simultánea de más de 3 pacientes de parto en nuestro medio, dados los recursos disponibles (3 salas de dilatación, 2 paritorios, 1 auxiliar, 1 matrona y 1 ginecólogo) puede mermar la calidad de la asistencia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La población diana serán todas aquellas pacientes que precisen una inducción del parto por motivos maternos, obstétricos o fetales. El objetivo es distribuir adecuadamente a los recursos disponibles dicha actividad programada limitando a 2 el número de inducciones diarias programadas, lo que permite una mejora en la calidad asistencial ofrecida a todas (y no solo a las inducciones) las paciente ingresadas con motivo de parto; teniendo en cuenta que pueden coincidir con más pacientes que o bien hayan iniciado el parto de manera espontánea o bien la inducción se realice de manera emergente por su situación clínica.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de plantilla mensual en hoja de excel compartida en varios ordenadores distribuidos en los diferentes lugares de asistencia a gestantes.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Paula Cebolla Gil

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Mediante la creación de esta plantilla se puede programar la inducción desde la consulta de tocología, consulta de fisiopatología fetal, planta de hospitalización, urgencias, paritorio y despacho médico. De esta manera, sin necesidad de existir una reunión física u online entre los miembros del equipo, seremos todos conocedores de la actividad programada.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Valoración del cumplimiento de la limitación de 2 inducciones diarias

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de días en 1 año con menos de 3 inducciones programadas

Denominador .....: Número de días del año

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Histórico de plantilla de excel

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. Valoración de la adecuación de recursos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de días con más de 3 partos (inducciones o espontáneos)

Denominador .....: Número de días del año

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1312

### 1. TÍTULO

#### PROPUESTA DE MEJORA EN LA PROGRAMACION DE LA INDUCCION DEL PARTO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro del libro electrónico de partos

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Los indicadores incluyen a todas las gestantes del Sector Teruel cuyo parto tenga que ser inducido por motivos médicos en el Hospital Obispo Polanco.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#336

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD DE TERAPIA INTRAVITREA. SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#336 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NAVARRO CASADO MARIA NIEVES

Título  
UNIDAD DE TERAPIA INTRAVITREA. SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Colaboradores/as:  
ALIAS ALEGRE EVA GLORIA  
GARGALLO BENEDICTO AMPARO  
ISANTA OTAL CARLOS  
PASTOR ESPUIG MARIA  
RUIZ DEL TIEMPO MARIA PILAR  
SATUE PALACIAN MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: OFTALMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La cirugía de la catarata es un procedimiento garantizado, existe una necesidad cada vez más creciente de que la DMAE (Degeneración Macular Asociada a la Edad) sea un PROCESO GARANTIZADO pues se trata de una causa de ceguera evitable.  
La necesidad de crear una vía rápida de tratamiento y control de esta patología es la creación de una UNIDAD TERAPIA INTRAVITREA (UTIV).

#### ÁREAS DE MEJORA

Se trata de enfermedades que conducen a la ceguera por lo que su tratamiento disminuye los altos costes indirectos de la ceguera.  
Los fármacos intravitreos mejoran la visión de los pacientes y reducen la dependencia de los mismos.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La justificación para crear esta unidad es que el número de pacientes que precisan tratamiento intravitreo cada vez es mayor y esta acaba bloqueando las agendas de retina.  
La terapia intravitrea representa el proceso terapéutico más frecuente actualmente en los Servicios de Oftalmología.  
Para intentar disminuir la sobrecarga asistencial y optimizar los resultados es necesario realizar un cambio sustancial que requiere un cambio de organización.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Mejorar o mantener la capacidad visual de o en su defecto retrasar su pérdida en todos los pacientes susceptibles de tratamiento intravitreo, disminuyendo la incidencia de ceguera evitable.
2. Mejorar la capacidad funcional de cada paciente para su vida diaria y su calidad de vida.
3. Potenciar el acto único, consiguiendo la reducción de los desplazamientos innecesarios de pacientes y familiares y permitiendo así la agilización de las listas de espera.
4. Garantizar el correcto uso de la medicación intravitrea, aplicando y adaptando a cada paciente los protocolos que mejor evidencia presenten, así como la correcta monitorización y seguimiento del paciente que evite abandonos del tratamiento.
5. Formar a los pacientes y a los familiares en LA AUTOGESTIÓN Y AUTOCUIDADO DE SUS PATOLOGIAS y en los síntomas de alarma que deben llevar a solicitar ayuda inmediata.
6. Formar al personal facultativo de oftalmología, atención primaria, enfermería, farmacia en las patologías de retina y vítreo susceptibles de terapia intravitrea
7. Gestionar y evaluar la calidad del Servicio en cuanto a estructura, procesos y resultados.
8. Investigar sobre epidemiología, etiología diagnóstico y tratamiento de las patologías susceptibles de tratamiento intravitreo.
9. Elaborar guías y protocolos de trabajo y despistaje en patologías de vítreo retina para ATENCIÓN PRIMARIA( se enviará un correo electrónico a todos los Centros de Salud para notificar la creación de esta consulta y la forma de optimizar su uso).

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Lo primero es el cambio de las intravitreas del quirófano a una sala adaptada para las mismas.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Dra. Nieves Navarro Casado

2. Creación de una consulta adjunta a esta sala para realizar el ACTO ÚNICO, el paciente acude a control y si es necesario el tratamiento se realiza el mismo.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#336

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD DE TERAPIA INTRAVITREA. SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha inicio: 02/09/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Dra. Nieves Navarro Casado

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Organización y gestión de la UTIV la entrada del paciente puede ser desde Atención Primaria o a través del Servicio de Urgencias. El paciente acude y es visto por un oftalmólogo general y en menos de 48 horas es visto por el RETINOLOGO y entra en la unidad de intravitreas.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de pacientes que acuden a consulta y son tratados en el mismo día (ACTO ÚNICO)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: NÚMERO DE PACIENTES CON CONSULTA E INYECCIÓN EN EL MISMO DIA

Denominador .....: NUMERO DE PACIENTES CON CONSULTA E INYECCION TOTALES.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Potenciar el acto único, consiguiendo la reducción de los desplazamientos innecesarios de pacientes y familiares y permitiendo así la agilización de las listas de espera.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.30

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.70

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.30

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.69

2. Tiempo de espera desde el diagnóstico y comienzo del tratamiento inferior a una semana

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: NÚMERO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE Y TRATAMIENTO EN MENOS DE 1 SEMANA

Denominador .....: TOTAL DE PACIENTES DE RECIENTE DIAGNOSTICO Y CON INDICACIÓN DE TRATAMIENTO.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Actualmente estamos entre 2-3 semanas

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Encuesta de satisfacción a los pacientes de la unidad

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: ENCUESTAS SATISFACTORIAS

Denominador .....: TOTAL DE ENCUESTAS REALIZADAS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Las encuestas realizadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Correo electrónico enviados a todos los Centros de Salud para informar de la puesta en marcha UTIV

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: NÚMERO DE CORREOS ELECTRONICOS A CENTROS DE SALUD

Denominador .....: NÚMERO DE CENTROS DE SALUD DEL AREA DE SALUD

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: La relación de correos electronicos realizados

Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del ojo y sus anexos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1135

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANTO. AUMENTO DE SERVICIOS

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1135 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALIAS ALEGRE EVA GLORIA

Título  
MEJORA EN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANTO. AUMENTO DE SERVICIOS

Colaboradores/as:  
GARGALLO BENEDICTO AMPARO  
ISANTA OTAL CARLOS  
NAVARRO CASADO MARIA NIEVES  
PASTOR ESPUIG MARIA  
SATUE PALACIAN MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: OFTALMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Existe una gran demanda en las consultas de oftalmología tanto en primeras visitas como en revisiones. El cambio en nuestro estilo de vida ha provocado un aumento en la patología oftálmica, por ejemplo ha aumentado la incidencia y prevalencia del ojo seco y miopía en la población infantil con el aumento de las pantallas, aumento de la degeneración macular asociada a la edad y de otras patologías retinianas como las trombosis venosas por el aumento de la esperanza de vida,...

Existe un gran avance tecnológico en el campo de la oftalmología precisando equipos y dispositivos que ayudan a mejorar el manejo del paciente.

La sala de espera de oftalmología es pequeña.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se pretende disminuir el tiempo que los pacientes deben estar en las consultas de oftalmología y evitar al paciente varias consultas (anteriormente se citaba al paciente para realizar una campimetría, una tomografía de coherencia óptica, ... y necesitaba otra cita para la consulta de oftalmología). Se intentará realizar todo lo que necesita cada paciente en la misma citación. Se pretende disminuir las listas de espera.

Se va a optimizar el tiempo que va a tener cada oftalmólogo con cada paciente, en lugar de dedicar el tiempo en realizar las exploraciones necesarias dispondrá de ese tiempo para valorarlas y dedicarlo al paciente (pensar mejor en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, y, poder comunicárselo).

Mejora en las tecnologías disponibles, aumento en el equipamiento permitiendo aumentar los servicios : ecógrafo ocular, tonómetro de aire, OCTA Heidelberg Spectralis y retinógrafo de campo amplio, no midriático, OPTOMAP.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Las consultas de oftalmología están saturadas y se observa que muchos pacientes tienen varias citas (unas para realizar exploraciones como una campimetría y otras para que el oftalmólogo lo vea). Saturación de las consultas que aumenta por esas duplicaciones.

El oftalmólogo debe dedicar tiempo a realizar las exploraciones, tiempo que resta a dedicar al paciente. Se debe optimizar el tiempo de la consulta dedicándolo al paciente y no ha realizar esas exploraciones.

Por otro lado en el mundo de la oftalmología existe un gran avance tecnológico diagnóstico y terapéutico que ayuda al manejo del paciente. Se necesita de nuevos equipos y dispositivos para mejorar esos aspectos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Disponer de dos enfermeras que realizarán el mismo día de la consulta todas las exploraciones necesarias, así cada paciente entrará a la consulta del oftalmólogo con todas los estudios realizados.
2. Evitar al paciente múltiples consultas evitando desplazamientos, faltas al trabajo, ... Lo cual ayudará a reducir las listas de espera.
3. Optimizar el tiempo del oftalmólogo, mejorar la comunicación con el paciente al disponer más tiempo para ello. Tiempo que se dedicará a explicar al paciente su situación, comunicarle adecuadamente las posibilidades diagnósticas, terapéuticas y pronósticas.
4. Disponer de tecnologías no disponibles antes en nuestras consultas: un tonómetro de aire, un retinógrafo OPTOMAP de campo amplio no midriático, un OCTA Heidelberg Spectralis y un ecógrafo ocular. Permite ofrecer más servicios al paciente, por ejemplo realizar en la misma consulta una ecografía ocular, un estudio de la vascularización retiniana y coroidea sin necesidad de un angiografía o una retinografía de campo amplio que permite sin dilatar la pupila explorar la retina periférica y el polo posterior. Pruebas más rápidas y menos invasivas resultando más cómodas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se ha formado a dos enfermeras para que puedan realizar todas las exploraciones disponibles (campimetría, OCT, OCTA), se han creado las agendas necesarias.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1135

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANTO. AUMENTO DE SERVICIOS

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Dra Eva Gloria Alias Alegre

2. Se ha cambiado el funcionamiento de las consultas de tal forma que primero pasan por las consultas donde se realizan los estudios necesarios y después pasaría con el oftalmólogo.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Dra Eva Gloria Alias Alegre

3. Se dispone en cada ordenador de las consultas los programas necesarios para visualizar las exploraciones realizadas.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Dra Nieves Navarro Casado

4. Se ha aumentado la oferta de servicios: retinógrafo no midriático, OCTA, ecógrafo ocular.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Dra Nieves Navarro Casado

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se ha aumentado la oferta de servicios: se ha adquirido un retinógrafo no midriático OPTOMAP que permite realizar una retinografía del polo posterior y de la retina periférica sin dilatar al paciente, evita el tiempo necesario para lograr la midriasis pupilar; también se dispone de una OCTA HEIDELBERG SPECTRALIS que permite obtener la imagen de tomografía de coherencia óptica, visualizar las estructuras vasculares retinianas y coroideas permitiendo estudiar las posibles neovascularizaciones, aéreas de isquemia en paciente diabéticos o tras una trombosis venosa. Exploración que evita en un gran número de casos la realización de un angiografía, prueba más cruenta e invasiva. Se ha adquirido un ecógrafo ocular que permite mejorar el manejo de pacientes con hemorragias vítreas (descartar un posible desprendimiento de retina que necesita un manejo precoz), estudiar posibles tumores. Estas nuevas tecnologías agilizan y mejoran el estudio. Resultan más rápidas, cómodas y menos invasivas.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de pacientes a los cuales se les realiza todo lo necesario el mismo día

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes a los cuales se les realiza todo lo necesario el mismo día

Denominador .....: Total de pacientes que acuden a las consultas de oftalmología.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Potenciar el acto único, evitando desplazamientos de los pacientes y familiares.

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.80

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 79.00

2. Evitar duplicar citas.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes que tienen una sola cita.

Denominador .....: Total de pacientes que acuden a las consultas de oftalmología.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Potenciar el acto único, evitando desplazamientos de los pacientes y familiares.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 79.00

3. Encuesta de satisfacción de los pacientes.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Puntuación aportada por cada paciente

Denominador .....: Máxima puntuación posible.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Las encuestas realizadas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Disminución del tiempo de espera en la consulta

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Tiempo que tiene que esperar cada paciente en la sala de espera.

Denominador .....: Tiempo medio de espera



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1135

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANTO. AUMENTO DE SERVICIOS

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Demora en las consultas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 89.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del ojo y sus anexos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#180

### 1. TÍTULO

#### REVISION Y ACTUALIZACION DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

Fecha de entrada: 20/06/2022

Nº de registro: 2022#180 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FERRER PEREZ ANA ISABEL

Título  
REVISION Y ACTUALIZACION DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

Colaboradores/as:  
CAÑELLAS MARTORELL JAIME JOSE  
CIRUJEDA CIRUJEDA ALICIA  
FOLGADO CARRATALA MARIA PILAR  
MARTIN SERON ANA BELEN  
NUÑO ALVES ANA  
RILOVA FERNANDEZ ISABEL  
VILLALTA MARTIN ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGÍA MEDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Creemos que la información sobre los efectos secundarios y su manejo que se le facilita a los pacientes antes de recibir tratamiento quimioterápico no se asimila o se comprende en su totalidad. Esto puede provocar un manejo incorrecto de la toxicidad por parte del paciente, lo que supone un agravamiento de dicha toxicidad y un aumento del riesgo de ingreso. La información verbal proporcionada por el facultativo siempre se refuerza por enfermería. Previo a iniciar tratamiento quimioterápico, además de la información verbal, al paciente se le proporcionan instrucciones por escrito para el manejo de los fármacos indicados en el manejo de la toxicidad, p.ej, para prevenir la emésis por QT. Además se les proporciona una tarjeta con el teléfono de contacto.

#### ÁREAS DE MEJORA

Queremos mejorar la comprensión de la información y el manejo de las toxicidades para mejorar el autocuidado del paciente oncológico.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Pensamos que esto se debe a varios factores: situación de nerviosismo durante la visita, impacto emocional del cáncer, mucha cantidad de información...

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Queremos mejorar la información sobre los cuidados generales y manejo de toxicidad de la quimioterapia para evitar toxicidades graves y visitas innecesarias al Servicio de Urgencias. Para ello hemos diseñado un tríptico informativo que recoge el manejo de la toxicidad más frecuente por QT y otras recomendaciones higienico-dietéticas a tener en cuenta. Queremos mejorar la información aportada al paciente en tratamiento QT, optimizando la comprensión y el manejo de la toxicidad. Queremos fomentar el autocuidado del paciente. Pensamos que de esta forma evitaremos consultas derivadas de la desinformación, disminuirémos las consultas telefónicas sobre el manejo de toxicidad leve, evitaremos visitas al Servicio de Urgencias o ingresos provocados por un mal manejo de la toxicidad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. De enero/2022 hasta abril/2022: revisión, discusión y elaboración del tríptico por parte de enfermería y facultativos.

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 30/04/2022

Responsable.: Pilar Folgado/Isabel Rilova/Ana Nuño

2. Junio/2022: se diseñará la encuesta de satisfacción para el paciente.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Ana Ferrer/Jaime Cañellas

3. Mayo/2022 hasta enero/23 se entregará tríptico a los pacientes y encuesta de satisfacción en ciclos sucesivos

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/01/2023

Responsable.: Ana Martín/Ana Villalta/Alicia Cirugeda

4. Febrero/23 hasta junio/23 : análisis de datos.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#180

### 1. TÍTULO

#### REVISION Y ACTUALIZACION DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Ana Ferrer/Ana Nuño

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

a revisión y redacción del tríptico informativo se ha realizado basándose en las últimas recomendaciones de nuestras Sociedades Científicas de Oncología y Enfermería Oncológica. Se ha elaborado con un lenguaje sencillo y asequible para el paciente y de una forma visual. Este tríptico será entregado al paciente antes del inicio del tratamiento QT. Durante los sucesivos ciclos de tratamiento se entregará una breve encuesta de satisfacción que cumplimentará y entregará ese día.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. - Nº de Documentos informativos entregados /Nº de nuevos tratamientos en Oncología

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de Documentos informativos entregados

Denominador .....: Nº de nuevos tratamientos en Oncología

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registros propios

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Nº de Encuestas de satisfacción realizadas /Nº de Segundas visitas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de Encuestas de satisfacción realizadas

Denominador .....: Nº de Segundas visitas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registros propios

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. -Nº consultas telefónicas por toxicidad en los meses mayo-junio/2021/ nº consultas telefónicas en lo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº consultas telefónicas por toxicidad en los meses mayo-junio/2021

Denominador .....: nº consultas telefónicas en los meses mayo-junio/22

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: estadística HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#184

### 1. TÍTULO

#### REVISION Y ACTUALIZACION DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO EN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

Fecha de entrada: 20/06/2022

Nº de registro: 2022#184 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NUÑO ALVES ANA

Título  
REVISION Y ACTUALIZACION DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO EN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

Colaboradores/as:  
CAÑELLAS MARTORELL JAIME JOSE  
CIRUJEDA CIRUJEDA ALICIA  
FERRER PEREZ ANA ISABEL  
FOLGADO CARRATALA MARIA PILAR  
MARTIN SERON ANA BELEN  
RILOVA FERNANDEZ ISABEL  
VILLALTA MARTIN ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGÍA MEDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Queremos mejorar la comprensión de la información y el manejo de las toxicidades para mejorar el autocuidado del paciente oncológico. Queremos mejorar la información sobre los cuidados generales y manejo de toxicidad de la inmunoterapia para evitar toxicidades graves y visitas innecesarias al Servicio de Urgencias. Para ello hemos diseñado un tríptico informativo que recoge el manejo de la toxicidad más frecuente por inmunoterapia y otras recomendaciones higiénico-dietéticas a tener en cuenta. La información verbal proporcionada por el facultativo siempre se refuerza por enfermería. Previo a iniciar tratamiento con inmunoterapia, además de la información verbal, al paciente se le proporcionan instrucciones por escrito para el manejo de los fármacos indicados en el manejo de la toxicidad, p.ej, para prevenir rash cutáneo por inmunoterapia. Además, se les proporciona una tarjeta con el teléfono de contacto

#### ÁREAS DE MEJORA

Creemos que la información sobre los efectos secundarios y su manejo que se le facilita a los pacientes antes de recibir tratamiento con inmunoterapia no se asimila o no se comprende en su totalidad. Esto puede provocar un manejo incorrecto de la toxicidad por parte del paciente, lo que supone un agravamiento de dicha toxicidad y un aumento del riesgo de ingreso.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Pensamos que esto se debe a varios factores: situación de nerviosismo durante la visita, impacto emocional del cáncer, mucha cantidad de información, fármacos desconocidos por la población general...

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Queremos mejorar la información aportada al paciente en tratamiento inmunoterapia, optimizando la comprensión y el manejo de la toxicidad. Queremos fomentar el autocuidado del paciente. Pensamos que de esta forma evitaremos consultas derivadas de la desinformación, disminuirémos las consultas telefónicas sobre el manejo de toxicidad leve, evitaremos visitas al Servicio de Urgencias o ingresos provocados por un mal manejo de la toxicidad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. De enero/2022 hasta abril/2022: revisión, discusión y elaboración del tríptico por parte de enfermería y facultativos.

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 30/04/2022

Responsable.: Pilar Folgado/Isabel Rilova/Ana Nuño

2. Junio/2022: se diseñará la encuesta de satisfacción para el paciente.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Ana Ferrer/Jaime Cañellas

3. Mayo/2022 hasta enero/23 se entregará tríptico a los pacientes y encuesta de satisfacción en ciclos sucesivos

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/01/2023

Responsable.: Ana Martin/Ana Villalta/Alicia Cirugeda

4. Febrero/23 hasta junio/23 : análisis de datos.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#184

### 1. TÍTULO

#### REVISION Y ACTUALIZACION DE LAS HOJAS DE INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO EN TRATAMIENTO CON INMUNOTERAPIA

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Ana Ferrer/Ana Nuño

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La revisión y redacción del tríptico informativo se ha realizado basándose en las últimas recomendaciones de nuestras Sociedades Científicas de Oncología y Enfermería Oncológica. Se ha elaborado con un lenguaje sencillo y asequible para el paciente y de una forma visual. Este tríptico será entregado al paciente antes del inicio del tratamiento inmunoterápico. Durante los sucesivos ciclos de tratamiento se entregará una breve encuesta de satisfacción que cumplimentará y entregará ese día.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Documentos entregados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de Documentos informativos entregados

Denominador .....: Nº de nuevos tratamientos de inmunoterapia en Oncología

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: registros propios

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Encuestas satisfacción

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de Encuestas de satisfacción realizadas

Denominador .....: Nº de Segundas visitas

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: registros propios

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Consultas telefónicas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº consultas telefónicas por toxicidad en los meses mayo-octubre 2022

Denominador .....: nº consultas telefónicas en los meses mayo-octubre 2021

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: estadística HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

#### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#102

### 1. TÍTULO

#### HOJA INFORMATIVA PARA EL TRATAMIENTO DOMICILIARIO DEL VERTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO. EJERCICIOS DE BRANDT-DAROFF

Fecha de entrada: 13/06/2022

Nº de registro: 2022#102 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GARCIA CURDI FERNANDO

Título  
HOJA INFORMATIVA PARA EL TRATAMIENTO DOMICILIARIO DEL VERTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO. EJERCICIOS DE BRANDT-DAROFF

Colaboradores/as:  
HERNANDEZ VILLARROYA CRISTINA  
LOIS ORTEGA YOLANDA  
SALVADOR LAFUENTE ELENA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: OTORRINOLARINGOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) tiene una gran prevalencia en las consultas de Otorrinolaringología, sobre todo en pacientes de edad avanzada. En un primer momento, tratamos de solucionarlo mediante unas maniobras de reposición de los otolitos, realizadas por profesionales en un medio hospitalario. Sin embargo, en muchas ocasiones no es suficiente para solucionar el problema, por lo que se precisa de un tratamiento complementario. En más del 90% de los pacientes con vértigo residual tras la visita en la consulta, se soluciona el problema realizando unos ejercicios sencillos de manera domiciliaria.

En muchas ocasiones, se les explica a los pacientes en la consulta de viva voz por lo que sería de utilidad disponer de un documento que explique estos ejercicios de una manera gráfica, ya que en muchas ocasiones estos pacientes son de edad avanzada.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la información que se le proporciona al paciente sobre su enfermedad y su tratamiento, de una forma rápida, clara y concisa.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Existen multitud de recomendaciones y a menudo estas pautas se olvidan por el propio paciente o no se explican de la forma adecuada en la consulta debido al limitado tiempo del que se dispone.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Que el paciente conozca el tratamiento domiciliario de su enfermedad y pueda acceder a él para consultar dudas, de manera que pueda realizarlo para disminuir la sintomatología y las crisis de vértigo, de manera que se disminuyan las consultas por este tipo de patología fácilmente solucionable.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de una hoja informativa con los ejercicios de Brandt-Daroff para el tratamiento domiciliario del VPPB.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Fernando García Curdi

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Esta hoja podría ser estar disponible en la Intranet del hospital, junto con futuras o actuales Hojas de Información para Pacientes (HIP) de cualquier otra índole en el epígrafe Documentos para poder ser descargada por cualquier profesional, en cualquier momento, desde cualquier ordenador.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. porcentaje de pacientes que reciben hoja informativa

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: pacientes VPPB que reciben la hoja

Denominador .....: pacientes VPPB atendidos en consulta ORL

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE. Base de datos en ordenador de consultas externas de ORL.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#102

### 1. TÍTULO

#### HOJA INFORMATIVA PARA EL TRATAMIENTO DOMICILIARIO DEL VERTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO. EJERCICIOS DE BRANDT-DAROFF

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. número de pacientes que solicitan segunda consulta por la causa tras la información recibida

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: número de pacientes que solicitan segunda consulta por VPPB tras la información recibida

Denominador .....: pacientes VPPB atendidos en consulta ORL

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE. Base de datos en ordenador de consultas externas ORL.

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

La población a la que va dirigida esta hoja informativa es toda aquella a la que le corresponda la atención especializada de otorrinolaringología en el Sector de Teruel. La recogida de información para el análisis del alcance de este proyecto se realizará mediante la anotación en una base de datos del número de pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de VPPB que han sido atendidos en la consulta, identificándolos mediante su nº de historia clínica y anotando si se le ha hecho entrega de la hoja o no.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#110

### 1. TÍTULO

#### "HOJA INFORMATIVA RECOMENDACIONES HIGIENICO-DIETETICAS EN LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO."

Fecha de entrada: 14/06/2022

Nº de registro: 2022#110 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOIS ORTEGA YOLANDA

Título  
"HOJA INFORMATIVA RECOMENDACIONES HIGIENICO-DIETETICAS EN LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO."

Colaboradores/as:  
GIL GRASA GUILLERMO  
HERNANDEZ VILLARROYA CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: OTORRINOLARINGOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es muy prevalente entre la población, y una de las principales causas es la alimentación.

En muchas ocasiones, los síntomas llegan a producir molestias a nivel faríngeo o laríngeo, por lo que son derivados a la consulta de Otorrinolaringología para su valoración, descartando otras causas que puedan generar la sintomatología.

En la mayoría de los casos, para su tratamiento, es suficiente con un IBP y medidas higiénico-dietéticas. Estas pautas a menudo se explican "de viva voz" por lo que sería de utilidad disponer de un documento que, a modo de resumen, las recopile y detalle con la mejor evidencia científica posible de tal forma que el paciente pueda disponer de él y consultarlo de forma rápida.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la información que se le proporciona al paciente sobre su enfermedad y su tratamiento, de una forma rápida, clara y concisa.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Existen multitud de recomendaciones y a menudo estas pautas se olvidan por el propio paciente o no se explican de la forma adecuada en la consulta debido al limitado tiempo del que se dispone.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la adherencia de los pacientes a las recomendaciones higiénico-dietéticas más avaladas en la ERGE como son consejos higiénicos, consejos dietéticos y una lista de ciertos alimentos a evitar. Con ello conseguiríamos reducir la sintomatología y las complicaciones derivadas del ERGE, por lo que se reduciría el número de nuevas consultas y derivaciones al Servicio de Digestivo, disminuyendo así el gasto sanitario.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de una hoja informativa que recoja las recomendaciones higiénico-dietéticas más importantes para ser entregada en la consulta a los pacientes con sospecha o diagnóstico de ERGE.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: Yolanda Lois Ortega

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Esta hoja podría ser estar disponible en la Intranet del hospital, junto con futuras o actuales Hojas de Información para Pacientes (HIP) de cualquier otra índole en el epígrafe "Documentos" para poder ser descargada por cualquier profesional, en cualquier momento, desde cualquier ordenador.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes que reciben hoja informativa

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº pacientes con ERGE que reciben la hoja informativa

Denominador .....: nº pacientes con ERGE atendidos en la consulta de ORL

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE. Base datos.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de pacientes que siguen los consejos higiénico-dietéticos



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#110

### 1. TÍTULO

#### "HOJA INFORMATIVA RECOMENDACIONES HIGIENICO-DIETETICAS EN LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO."

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Paciente con ERGE en segunda consulta que siguen las recomendaciones.  
Denominador .....: Total de pacientes con ERGE a los que se le ha entregado la información.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE. Base de datos.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

La población a la que va dirigida esta hoja informativa es toda aquella a la que le corresponda la atención especializada de otorrinolaringología en el Sector de Teruel. La recogida de información para el análisis del alcance de este proyecto se realizará mediante la anotación en una base de datos del número de pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de ERGE que han sido atendidos en la consulta, identificándolos mediante su nº de historia clínica y anotando si se le ha hecho entrega de la hoja o no.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#116

### 1. TÍTULO

#### HOJA INFORMATIVA RECOMENDACIONES HIGIENICO-DIETETICAS EN LA ENFERMEDAD DE MENIÈRE

Fecha de entrada: 14/06/2022

Nº de registro: 2022#116 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GIL GRASA GUILLERMO

Título  
HOJA INFORMATIVA RECOMENDACIONES HIGIENICO-DIETETICAS EN LA ENFERMEDAD DE MENIÈRE

Colaboradores/as:  
GARCIA CURDI FERNANDO  
SALVADOR LAFUENTE ELENA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: OTORRINOLARINGOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La enfermedad de Ménière es un trastorno vestibular crónico con gran relevancia muy habitual en las consultas de otorrinolaringología. La primera indicación terapéutica que se le da a los pacientes consiste en unas pautas higiénico-dietéticas que pueden prevenir la aparición de crisis recurrentes de vértigo durante el desarrollo de la enfermedad. Estos episodios son muy invalidantes y a menudo obligan a los pacientes a solicitar asistencia médica urgente, bien a través de su Centro de Salud o a través del Servicio de Urgencias del hospital. Estas pautas a menudo se explican "de viva voz" por lo que sería de utilidad disponer de un documento que, a modo de resumen, las recopile y detalle con la mejor evidencia científica posible de tal forma que el paciente pueda disponer de él y consultarlo de forma rápida.

#### ÁREAS DE MEJORA

mejorar la información que se le proporciona al paciente sobre su enfermedad y su tratamiento, de una forma rápida, clara y concisa.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Existen multitud de recomendaciones y a menudo estas pautas se olvidan por el propio paciente o no se explican de la forma adecuada en la consulta debido al limitado tiempo del que se dispone.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la adherencia de los pacientes a las recomendaciones higiénico-dietéticas más avaladas en la E. de Ménière como son el mantenimiento de una dieta baja en sal (con especificaciones respecto a tipos de alimentos y forma de preparación), evitar el consumo de cafeína, alcohol y tabaco. De esta forma se pretende reducir el riesgo de aparición de crisis agudas de vértigo que obliguen a solicitar asistencia médica urgente por parte de los pacientes, disminuyendo así el gasto sanitario.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de una hoja informativa que a modo de resumen recoja las recomendaciones higiénico-dietéticas más importantes para ser entregada en la consulta a los pacientes

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Guillermo Gil Grasa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Esta hoja podría ser estar disponible en la Intranet del hospital, junto con futuras o actuales Hojas de Información para Pacientes (HIP) de cualquier otra índole en el epígrafe "Documentos" para poder ser descargada por cualquier profesional, en cualquier momento, desde cualquier ordenador.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. porcentaje de pacientes que reciben la hoja informativa

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: pacientes con Meniere que reciben la hoja informativa

Denominador .....: total de pacientes con Meniere atendidos en consulta ORL

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE. Base de datos en consultas externas

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. porcentaje de pacientes que siguen las indicaciones

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#116

### 1. TÍTULO

#### HOJA INFORMATIVA RECOMENDACIONES HIGIENICO-DIETETICAS EN LA ENFERMEDAD DE MENIÈRE

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: pacientes con Menière que siguen las recomendaciones de la hoja informativa  
Denominador .....: total de pacientes con Menière a los que se les entrega la hoja informativa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE. Base de datos en consultas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. porcentaje de pacientes que siguen las indicaciones

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: pacientes con Menière que siguen las recomendaciones de la hoja informativa  
Denominador .....: total de pacientes con Menière a los que se les entrega la hoja informativa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE. Base de datos en consultas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
la población a la que va dirigida esta hoja informativa es toda aquella a la que le corresponda la atención especializada de otorrinolaringología en el Sector de Teruel. La recogida de información para el análisis del alcance de este proyecto se realizará mediante la anotación en una base de datos del número de pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de Enfermedad de Ménière que han sido atendidos en la consulta, identificándolos mediante su nº de historia clínica y anotando si se le ha hecho entrega de la hoja o no. Posteriormente cuando acudan a revisión, se interrogará a los pacientes sobre el grado de cumplimiento de estas medidas

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#185

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO ENFERMERO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES

Fecha de entrada: 20/06/2022

Nº de registro: 2022#185 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VILLAMON NEVOT MARIA JOSE

Título  
ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO ENFERMERO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES

Colaboradores/as:  
ACERO CARRERO ALMUDENA  
COLAS LOPEZ PATRICIA  
CONEJOS MARQUES ANA CRISTINA  
HERNANDEZ LOPEZ ALICIA  
OREA CASTELLANO ENRIQUE  
RUEDA GRACIA EVA MARIA  
SANCHEZ LAHUERTA SORAYA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: OTROS SERVICIOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los catéteres venosos son dispositivos muy habituales en la asistencia sanitaria, más del 70% de las personas hospitalizadas son portadores de algún acceso venoso y su uso conlleva una potencial fuente de complicaciones tanto locales (infección punto de entrada, tromboflebitis...) como sistémicas (bacteriemia relacionada con catéter). Las complicaciones infecciosas más graves se asocian a Catéteres Venosos Centrales (CVC) aumentando la morbimortalidad, la estancia hospitalaria y el gasto sanitario, es por esto que se ha planteado la realización del protocolo por parte de la "Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital Obispo Polanco".

#### ÁREAS DE MEJORA

Implementar medidas multidisciplinares unificando criterios y actuaciones relativas a los procedimientos según las últimas recomendaciones. Las unidades diana del proyecto son: hospitalización médica, hospitalización quirúrgica, servicios especiales (UCI, quirófano, urgencias, hemodiálisis), radiodiagnóstico, hospital de día oncológico.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Variabilidad en el manejo de los catéteres venosos centrales
- Ausencia de protocolo en el Hospital Obispo Polanco sobre el manejo enfermero de CVC
- Rotación del personal enfermero por los diferentes servicios del hospital

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivo principal:

- Elaboración e implementación de un protocolo para el manejo enfermero de catéteres venosos centrales (inserción central, inserción periférica, tunelizados, reservorios y umbilicales).

##### Objetivos secundarios:

- Garantizar la seguridad de los pacientes portadores de dispositivos venosos centrales.
- Reducir la variabilidad de la práctica clínica en la inserción (PICC), uso y cuidado de los catéteres venosos centrales.
- Prevenir las complicaciones derivadas del uso de CVC.
- Realizar formación del protocolo al personal de las unidades diana.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de un grupo de trabajo dentro de la Comisión de Cuidados del Hospital Obispo Polanco

Fecha inicio: 16/06/2022

Fecha final.: 17/06/2022

Responsable.: Presidenta de la Comisión de Cuidados

2. Realización de la búsqueda bibliográfica

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 14/10/2022

Responsable.: Enrique Orea Castellano

3. Elaboración del protocolo

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 17/02/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#185

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO ENFERMERO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES

Responsable.: Soraya Sánchez Lahuerta

4. Preparación de sesión clínica formativa sobre los cuidados incluidos dentro del protocolo y la elaboración de cuestionario de conocimientos y utilización para su evaluación

Fecha inicio: 20/02/2023

Fecha final.: 03/03/2023

Responsable.: Alicia Hernández López

5. Realización de formación a través de Sesión Clínica

Fecha inicio: 08/05/2023

Fecha final.: 12/05/2023

Responsable.: Almudena Acero Carrero

6. Valoración y divulgación de los resultados de los cuestionarios de conocimientos

Fecha inicio: 15/05/2023

Fecha final.: 02/06/2023

Responsable.: Eva Rueda Gracia

7. Distribución de infografías relacionadas con el protocolo por los diferentes servicios diana del hospital

Fecha inicio: 05/06/2023

Fecha final.:

Responsable.: Ana Cristina Conejos Marqués

8. Evaluación de los indicadores

Fecha inicio: 02/11/2023

Fecha final.: 10/11/2023

Responsable.: Patricia Colás López

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La sesión clínica prevista se realizará en el marco de un programa formativo para el personal de hospital. Según la demanda se valorará la realización de nuevas sesiones clínicas similares o por unidades diana.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Enfermeras/os que reciben la formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de enfermeras/os que asisten a la formación de los servicios diana

Denominador .....: Nº enfermeros/as totales de los servicios diana

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de datos de Enfermeras/os que trabajen en servicios diana

Registro de asistencia.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 55.00

2. Conocimiento de los cuidados pre formación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº preguntas contestadas adecuadamente en el cuestionario pre formación

Denominador .....: Nº preguntas totales del cuestionario

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas de conocimientos de la actividad formativa

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Conocimiento de los cuidados post formación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº preguntas contestadas adecuadamente en el cuestionario post formación

Denominador .....: Nº preguntas totales del cuestionario

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas de conocimientos de la actividad formativa

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Valorar la utilidad del protocolo por parte de las enfermeras/os de las unidades diana

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de enfermeras/os de las unidades diana que han consultado y expresan la utilidad del protocolo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#185

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL MANEJO ENFERMERO DE CATETERES VENOSOS CENTRALES

Denominador .....: N° enfermeros/as totales de los servicios diana  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de utilidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Se calculará el incremento de conocimientos con la diferencia de los cuestionarios pre y post

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#37

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL COLEGIO TRAS EL DEBUT DIABETICO

Fecha de entrada: 02/06/2022

Nº de registro: 2022#37 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ALIJARDE LORENTE ROBERTO

Título  
PROGRAMA DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL COLEGIO TRAS EL DEBUT DIABETICO

Colaboradores/as:  
ADAN LANCETA VICTOR  
BENITO COSTEY SILVIA  
ESTEBAN CASTELLO MARIA TERESA  
MAICAS PEREZ ANA BELEN  
MARTINEZ CALVO FERNANDO FRANCISCO  
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El tratamiento del paciente pediátrico con diabetes mellitus tipo 1 tiene como pilares fundamentales la insulino terapia subcutánea (en múltiples dosis o con bomba de insulina), la alimentación saludable con control por raciones de hidratos de carbono y el ejercicio físico, apoyado de una monitorización continua de glucosa capilar/intersticial. Para el buen manejo y control del paciente es fundamental llevar a cabo una buena educación diabetológica a la familia y el paciente que permita conocer las peculiaridades de esta patología. Es necesario optimizar el control al máximo para mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de complicaciones agudas y crónicas.

Al diagnóstico se presta mucha atención en la educación del paciente y la familia. Pero nuestros pacientes pasan mucho tiempo en el colegio, y por tanto, pensamos que es de vital importancia que el personal que se encarga de cuidar y educar a nuestros niños, tenga una formación en diabetes para poder ayudar en el control, en la toma de decisiones, en poder prevenir o actuar en determinadas descompensaciones agudas o en transmitir la información de la manera más correcta a familiares o profesionales de la salud.

#### ÁREAS DE MEJORA

Los profesionales de los centros educativos tienen, por lo general, un pobre conocimiento en los cuidados del paciente diabético: Qué necesidades tiene el paciente diabético durante el horario escolar y cómo el personal del centro educativo puede colaborar en su cuidado

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El personal del centro educativo no ha recibido formación en esta patología y no sabe cómo puede ayudar, cuáles son las necesidades del paciente con estas características y cómo debe actuar ante una descompensación aguda (hipoglucemia o hiperglucemia)

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Esperamos que los profesionales de los centros educativos, aquellos que se encuentran acompañando a nuestros niños con diabetes mellitus tipo 1 tengan la capacitación de:

- Conocer qué es la diabetes mellitus tipo 1
- Realizar una glucemia capilar o realizar una lectura del monitor continuo de glucosa, interpretar valores, gráficas y tendencias
- Reconocer síntomas de hipoglucemia. Tener la capacidad de tomar decisiones para resolver una hipoglucemia leve.
- Actuar en caso de hipoglucemia grave. Saber de la disponibilidad y de cómo realizar un correcto uso del dispositivo de glucagon intranasal
- Manejo de diabetes durante ejercicio físico o actividades extraescolares
- Comedor. Elaboración de menú.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Charla presencial sobre educación diabetológica

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Dr. Roberto Alijarde lorente

2. Saber reconocer una hipoglucemia. Manejo práctico ante paciente con hipoglucemia leve

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Dr. Roberto Alijarde Lorente

3. Manejo práctico ante paciente con hipoglucemia grave. Uso del dispositivo de glucagon intranasal

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#37

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN EL COLEGIO TRAS EL DEBUT DIABETICO

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Dr. Roberto Alijarde Lorente

4. Manejo práctico del medidor continuo de glucosa. Interpretación de valores, gráficas y tendencias.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Dr. Roberto Alijarde Lorente

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % Charlas impartidas en centros educativos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de charlas impartidas en centros educativos en Sector Teruel

Denominador .....: Número de pacientes con debut diabético en Sector Teruel

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de consulta diabetes Hospital Obispo Polanco

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. % de profesionales de reciben la formación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de profesionales del centro educativo que reciben la formación

Denominador .....: Número total de profesionales en el centro educativo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de consulta diabetes Hospital Obispo Polanco

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. % de respuestas acertadas en evaluación realizada después de recibir la formación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número total de respuestas correctas

Denominador .....: Número total de preguntas realizadas en la evaluación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de consulta diabetes Hospital Obispo Polanco

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#51

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES DIETÉTICAS Y NUTRICIONALES PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS

Fecha de entrada: 05/06/2022

Nº de registro: 2022#51 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL

Título  
RECOMENDACIONES DIETÉTICAS Y NUTRICIONALES PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS

Colaboradores/as:  
ADAN LANCETA VICTOR  
ALIJARDE LORENTE ROBERTO  
AVILES ABRIL BELEN  
BENITO COSTEY SILVIA  
FERNANDEZ VIÑADO DOLORES  
MAICAS PEREZ ANA BELEN  
MINGUEZ LINARES SUSANA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El paciente pediátrico presenta gran variedad de necesidades dietéticas, debiendo adaptarse éstas en cada caso a la edad, el desarrollo neurológico e incluso a la situación de salud del propio paciente.

En planta de pediatría se ingresa a los pacientes afectados de diferentes patologías que en muchas ocasiones requieren de la adaptación de la dieta para un manejo óptimo de su patología. Para ello, debe prestarse atención tanto a las texturas como al tipo de alimentos, intentando cubrir los requerimientos básicos del niño o lactante ingresado y lograr así una mejor evolución clínica.

Existen además determinadas situaciones y patologías en las que una dieta adecuada no sólo permite cubrir las necesidades nutricionales básicas, sino que puede evitar un empeoramiento de la enfermedad o agravamiento de la sintomatología. Por ejemplo, en pacientes pediátricos con dificultad respiratoria y especialmente en edad de lactante, se deben restringir las tomas a cantidades menores, aumentando la frecuencia de las mismas si fuera necesario, e incluso pudiendo valorarse la colocación de una sonda nasogástrica en casos seleccionados de lactantes, con el fin de reducir el estrés en casos de dificultad respiratoria. Otro ejemplo sería la importancia de no ofrecer alimentos azucarados, como por ejemplo los zumos, en pacientes con diarrea para evitar aumentar la frecuencia y el volumen deposicional, lo que puede empeorar el cuadro de gastroenteritis con una mayor deshidratación y otras repercusiones.

#### ÁREAS DE MEJORA

Evitar errores dietéticos y nutricionales que puedan agravar la situación clínica del paciente.  
Mejorar la situación clínica del paciente mediante la aplicación de recomendaciones dietéticas y nutricionales.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Existen múltiples causas que pueden intervenir en los problemas detectados: la variabilidad de la práctica clínica, la rotación de personal de enfermería y TCAE no habituados a trabajar en planta de pediatría, la diversidad de pacientes y patologías y el propio desconocimiento de los profesionales sobre algunas de estas recomendaciones.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Establecer unas pautas dietéticas y nutricionales homogéneas entre el personal y los pacientes, para mejorar la calidad del servicio ofrecido y que éste no sea heterogéneo y tan individuo-dependiente.
- Evitar situaciones no ideales que se producen con cierta frecuencia en relación con la alimentación de niños ingresados (administrar grandes volúmenes de líquidos a lactantes con bronquitis o estrés del recién nacido, administrar zumos en paciente con diarrea...).
- Mejorar la estancia de los pacientes, adecuando los aportes nutricionales en cantidad, forma y textura a sus requerimientos.
- Mejorar la situación clínica de los pacientes durante su estancia mediante la optimización nutricional.
- Lograr un efecto pedagógico sobre las familias, que les permitirá aportar estas medidas dietéticas en futuros episodios de enfermedad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar un listado de las patologías más frecuentes que ingresan en la planta de pediatría de nuestro hospital

Fecha inicio: 12/07/2022  
Fecha final: 19/07/2022  
Responsable.: FEAs y enfermería

2. Realizar encuesta a padres y tutores

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#51

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES DIETÉTICAS Y NUTRICIONALES PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS INGRESADOS

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: FEAs, Enfermería

3. Realizar encuesta de conocimientos al personal de enfermería y TCAEs

Fecha inicio: 20/05/2023

Fecha final.: 30/05/2023

Responsable.: FEAs

4. Consensuar sobre qué patologías se van a realizar recomendaciones y ajustarlas a los requerimientos y las posibilidades de nuestro servicio.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 18/09/2022

Responsable.: FEAs y enfermería

5. Redactar las recomendaciones en tablas o archivos de texto.

Fecha inicio: 18/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: FEAs

6. Aplicar las recomendaciones en pacientes ingresados.

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Enfermería, TCAE

7. Aplicar en informe de alta de enfermería las recomendaciones

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final.:

Responsable.: Enfermería

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes ingresados que se benefician de las recomendaciones

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes en los que se aplican recomendaciones nutricionales

Denominador .....: Total de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de pacientes ingresados

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Porcentaje de pacientes susceptibles de recibir las recomendaciones en los que se aplican las mismas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes en los que se aplican recomendaciones nutricionales

Denominador .....: Pacientes susceptibles de recibir las recomendaciones

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Monitorización diaria para detección de errores. Supervisión final al alta.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Nivel de conocimientos en cuestionario sobre conceptos básicos de dietética-nutrición

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de preguntas acertadas

Denominador .....: Total de preguntas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta online/física

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Nivel de satisfacción de los padres con los actos y consejos nutricionales aplicados

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Puntuación obtenida en encuesta

Denominador .....: Puntuación máxima de encuesta

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#51

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES DIETETICAS Y NUTRICIONALES PARA PACIENTES PEDIATRICOS INGRESADOS

Fuentes de datos.: Encuesta física durante la estancia

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#238

### 1. TÍTULO

#### PROPUESTA DE MEJORA DE LA DETECCION DE MICROCALCIFICACIONES EN EL MAMOGRAFO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#238 \*\* Atención a tiempo: cáncer \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA

Título  
PROPUESTA DE MEJORA DE LA DETECCION DE MICROCALCIFICACIONES EN EL MAMOGRAFO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Colaboradores/as:  
ABAD FERRANDEZ MARIA SOLEDAD SANTA CRUZ  
ALEGRE SANCHO FRANCISCO JAVIER  
JARA DIAZ ANA MARGOT  
MARTINEZ SANZ GLORIA MARIA  
SANCHEZ MANZANARES ESTHER  
VILAR BONACASA EVA YOLANDA  
YAGO ESCUSA MARIA DOLORES

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: Atención a tiempo: cáncer

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de todo el mundo (1 de cada 8 mujeres). En España el cáncer de mama es la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres. Todo el diagnóstico en la patología mamaria va encaminado fundamentalmente a la detección y diagnóstico del cáncer de mama, por su especial importancia en cuanto a la salud de la población. La mamografía es la principal prueba diagnóstica para el estudio de la mama, siendo fundamental en el diagnóstico precoz del cáncer de mama. Una parte de los cánceres de mama se manifiestan radiológicamente, de forma precoz, como microcalcificaciones, detectadas solamente mediante mamografía, sin visualizarse en otras técnicas de imagen como la ecografía. La falta de un equipo de imagen que permita la adecuada detección y caracterización de este hallazgo puede conllevar el retraso en el diagnóstico del cáncer de mama en estadios precoces, a la vez que supone una desigualdad en la oportunidad de detección del cáncer.

#### ÁREAS DE MEJORA

Valorar la capacidad de detección de microcalcificaciones en el mamógrafo ubicado en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Obispo Polanco de Teruel.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En el último año se han detectado varios casos de microcalcificaciones sospechosas, derivadas desde el Programa de Cribado de Cáncer de Mama de la DGA (que dispone de un mamógrafo Hologic) a nuestro servicio para su biopsia, y que al repetir la mamografía pre-biopsia en nuestro mamógrafo (General Electric), dichas microcalcificaciones no se identificaban o se visualizaban con una resolución mucho menor con respecto a la mamografía realizada en el programa de cribado, lo que dificultaba o impedía la realización de la biopsia. Este hecho planteó la duda de si realmente se están detectando de forma adecuada las microcalcificaciones en los estudios mamográficos realizados en nuestro equipo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Comprobar si la detección de microcalcificaciones en el mamógrafo de nuestro servicio es adecuada y si no lo es, valorar la indicación de establecer mejoras e incluso proponer el cambio del equipo. La población diana sobre la que se va a actuar son las mujeres incluidas en el programa de cribado de cáncer de mama de la DGA, con especial interés en las que presentan hallazgo sospechoso de tipo microcalcificaciones en la mamografía realizada en dicho programa.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recopilar los casos de mujeres del programa de cribado de cáncer de mama de la DGA con hallazgo sospechoso tipo microcalcificaciones, en las mamografías realizadas en el programa en los últimos 8 años

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Luiza Fatahi, Marisol Abad, Gloria Martínez, Francisco Javier Alegre, Esther Sánchez

2. Revisar los casos que se han derivado a nuestro servicio para realizar biopsia de los mismos.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Luiza Fatahi, Marisol Abad, Gloria Martínez, Esther Sánchez

3. Comparar las imágenes de las mamografías realizadas en el programa de cribado de mama de la DGA con las imágenes de las mamografías realizadas en nuestro servicio.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#238

### 1. TÍTULO

#### PROPUESTA DE MEJORA DE LA DETECCIÓN DE MICROCALCIFICACIONES EN EL MAMOGRAFO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Luiza Fatahi, Eva Vilar, Dolores Yago, Ana Margot Jara

4. Realizar un listado con los resultados obtenidos tras la comparación de los estudios mamográficos del programa de cribado de cáncer de mama de la DGA y del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Luiza Fatahi, Eva Vilar, Dolores Yago, Ana Margot Jara

5. Si se detectaran diferencias en la visualización de las microcalcificaciones, contactar con el servicio técnico de nuestro mamógrafo para la revisión del mismo para solucionar los problemas técnicos

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Gloria Martínez, Eva Vilar, Francisco Javier Alegre, Luiza Fatahi, Esther Sánchez

6. Según las soluciones ofrecidas, elaborar un informe final y valorar realizar mejoras en el equipo (con renovación de elementos) o incluso cambio del mismo por uno con mejores características técnicas

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Luiza Fatahi, Eva Vilar, Dolores Yago, Ana Margot Jara, Gloria Martínez, Francisco Javier Alegre

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de casos-problema revisados.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de casos-problema revisados por el grupo de trabajo del Servicio de Radiología del Hospital Obispo Polanco de Teruel.

Denominador .....: número total de casos-problema remitidos desde el programa de cribado de cáncer de mama

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Bases de datos y de imágenes del programa de cribado de cáncer de mama de la DGA y del Servicio de Radiología del Hospital Obispo Polanco de Teruel (RIS).

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de microcalcificaciones sospechosas no visualizadas en el mamógrafo del Hospital Obispo P

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de casos de microcalcificaciones que no se visualizan en el mamógrafo del Hospital Obispo Polanco con respecto al mamógrafo del programa de cribado de cáncer de mama

Denominador .....: Número total de casos de microcalcificaciones sospechosas derivados desde el programa de cribado de cáncer de mama al Hospital Obispo Polanco para realización de biopsia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Bases de datos y de imágenes del programa de cribado de cáncer de mama de la DGA y del Servicio de Radiología del Hospital Obispo Polanco de Teruel (RIS)

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de microcalcificaciones detectadas, pero no caracterizadas como sospechosas en el mamógra

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de casos de microcalcificaciones que se visualizan, pero no pueden ser caracterizadas como sospechosas en el mamógrafo del Hospital Obispo Polanco con respecto al del programa de cribado

Denominador .....: Número total de casos de microcalcificaciones sospechosas derivados desde el programa de cribado de cáncer de mama al Hospital Obispo Polanco para realización de biopsia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Bases de datos y de imágenes del programa de cribado de cáncer de mama de la DGA y del Servicio de Radiología del Hospital Obispo Polanco de Teruel (RIS)

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#238

### 1. TÍTULO

#### PROPUESTA DE MEJORA DE LA DETECCION DE MICROCALCIFICACIONES EN EL MAMOGRAFO DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: --Otros--> Hallazgos anormales en estudios radiológicos (de imagen).

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#386

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN CIRCUITO RAPIDO DE ASISTENCIA PARA PACIENTES OPERADOS DE NEOPLASIA DE MAMA CON POSIBILIDAD DE DESARROLLAR LINFEDEMA EN MIEMBRO SUPERIOR Y REALIZACION DE UN PROGRAMA DE INFORMACION

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#386 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
COLAS LOPEZ PATRICIA

Título  
IMPLEMENTACION DE UN CIRCUITO RAPIDO DE ASISTENCIA PARA PACIENTES OPERADOS DE NEOPLASIA DE MAMA CON POSIBILIDAD DE DESARROLLAR LINFEDEMA EN MIEMBRO SUPERIOR Y REALIZACION DE UN PROGRAMA DE INFORMACION

Colaboradores/as:  
ARENAS ROMERO SILVIA  
COMIN NOVELLA LAURA ISABEL  
GUALLAR SAUCEDO IGNACIO  
LOPEZ ALEGRE ISABEL  
LOPEZ CHAVARRIA ANA MIRIAM  
SANTAFE MARTINEZ BEATRIZ  
VICENTE PARRA ARACELI

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Ubicación/es secundaria/s  
TERUEL\*HOSPITAL OBISPO POLANCO\*CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La linfadenectomía axilar quirúrgica por cáncer de mama es la principal causa de linfedema de miembro superior. Actualmente la comunicación entre los Servicios de Cirugía, Oncología y Rehabilitación se establece con interconsultas entre las consultas externas, con la consecuente demora asistencial. Desde el momento en el que se plantea la cirugía se puede establecer contacto entre los diferentes Servicios implicados para mejorar la comunicación e implementar un servicio rápido de asistencia para este tipo de pacientes dándoles una información adecuada a su situación para poder realizar una prevención sobre este posible problema y como poder actuar de forma precoz si sucede. Compararemos los datos con los del año 2020 donde un 14,63% de los operados desarrollaron linfedema.

#### ÁREAS DE MEJORA

Calidad asistencial sobre los pacientes intervenidos de neoplasia mamaria y susceptibles de padecer linfedema tras la cirugía.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Disminuir la demora entre la cirugía y la valoración por el Servicio de Rehabilitación.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo es implementar un circuito de valoración rápida entre los Servicios de Cirugía y Rehabilitación del Hospital Obispo Polanco, así como, aportar al paciente la información adecuada para poder prevenir y/o actuar en caso de aparición de linfedema. Como criterio secundario, proponemos establecer unos criterios de inclusión para desarrollar una vía de valoración rápida por fisioterapia sin consulta con el Facultativo de Rehabilitación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión de los integrantes y reparto de funciones.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 06/09/2022

Responsable.: Patricia Colás

2. Elaboración de un tríptico informativo.

Elaboración encuesta de opinión de los servicios implicados.

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 19/09/2022

Responsable.: Isabel López

3. Elaboración de un excel de seguimiento.

Fecha inicio: 20/09/2022

Fecha final.: 23/09/2022

Responsable.: Araceli Vicente

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#386

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN CIRCUITO RAPIDO DE ASISTENCIA PARA PACIENTES OPERADOS DE NEOPLASIA DE MAMA CON POSIBILIDAD DE DESARROLLAR LINFEDEMA EN MIEMBRO SUPERIOR Y REALIZACION DE UN PROGRAMA DE INFORMACION

4. Elaboración de un power point informativo.

Fecha inicio: 26/09/2022  
Fecha final.: 10/10/2022  
Responsable.: Silvia Arenaz

5. Elaboración de los criterios de inclusión en la valoración por fisioterapia.

Fecha inicio: 13/10/2022  
Fecha final.: 21/10/2022  
Responsable.: Ignacio Guallar

6. Presentación del tríptico y power point al resto de integrantes del equipo

Fecha inicio: 26/10/2022  
Fecha final.: 28/10/2022  
Responsable.: Miriam López

7. Inicio del circuito rápido.

Fecha inicio: 31/10/2022  
Fecha final.: 03/11/2023  
Responsable.: Laura Comín

8. Recogida de datos y análisis de los objetivos establecidos.

Elaboración de la memoria.  
Fecha inicio: 06/11/2023  
Fecha final.: 22/12/2023  
Responsable.: Beatriz Santafé

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Efectividad del programa en la prevención del linfedema

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes con linfedema en el año 2023  
Denominador .....: Numero de pacientes operados por neo de mama en el año 2023  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de fisioterapia y de cirugía  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

2. Nivel de información inmediata tras cirugía a los pacientes

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de pacientes que han recibido el tríptico  
Denominador .....: Número de pacientes intervenidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de hospitalización  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Nivel de información a corto plazo a los pacientes tras la cirugía.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de pacientes que han recibido la sesión informativa  
Denominador .....: Número de pacientes intervenidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de hospitalización  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

4. Efectividad de las sesiones informativas a los pacientes.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes tratados en el primer año por fisioterapia que han desarrollado linfedema  
Denominador .....: Número de pacientes que han recibido la información  
x(1-100-1000) ...: 100



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#386

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN CIRCUITO RAPIDO DE ASISTENCIA PARA PACIENTES OPERADOS DE NEOPLASIA DE MAMA CON POSIBILIDAD DE DESARROLLAR LINFEDEMA EN MIEMBRO SUPERIOR Y REALIZACION DE UN PROGRAMA DE INFORMACION

Fuentes de datos.: Registro de Fisioterapia

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

5. Efectividad del tratamiento precoz en fisioterapia.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes que han desarrollado linfedema vistos por FEA RHB

Denominador .....: Número de pacientes que han recibido la información

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro Consultas RHB y fisioterapia.

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#98

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE DEL PACIENTE SOLICITANTE DE INFORMES MEDICOS CON FIN DE ÍNDOLE SOCIAL

Fecha de entrada: 13/06/2022

Nº de registro: 2022#98 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MUÑOZ LEON MERCEDES PILAR

Título  
ABORDAJE DEL PACIENTE SOLICITANTE DE INFORMES MEDICOS CON FIN DE ÍNDOLE SOCIAL

Colaboradores/as:  
HERNANDEZ GALINDO MARIA TERESA  
JIMENEZ CALVO LETICIA  
MONFERRER PASTOR MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: TRABAJO SOCIAL

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La burocratización en la relación del ciudadano con la administración y la ampliación de la acción protectora de bienestar, ha supuesto un incremento en la solicitud de informes médicos sobre todo con el fin de acceder a prestaciones/recursos sociales de apoyo en situación de pérdida de salud; estando el grueso relacionado con gestiones con el INSS (vinculadas a reconocimiento de incapacidad para el trabajo) o con el IASS (vinculadas al reconocimiento de situación de dependencia o de discapacidad, entre otras). La estricta normativa de acceso a lo relatado, obliga a documentar debidamente las peticiones de los ciudadanos, estando reguladas especificidades para cada cuestión; no obstante del desconocimiento de la norma o del exceso de celo por parte del paciente, se desprende un uso indiscriminado de la petición de Servicio de Información y Atención al Usuario "Formulario para el ejercicio del derecho de acceso a la historia clínica (art.15 de la Ley Orgánica 15/1999-LOPD)". Conllevando una carga administrativa y asistencial evitable tanto para los facultativos como para los servicios relacionados y conllevando a su vez, inadecuación de los informes por defectos en la redacción del peticionario.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Minimizar/erradicar la inadecuada petición de informes médicos con fin de índole social.
- Desconocimiento/exceso de celo del peticionario.
- Sobrecarga administrativa y asistencial, evitable con unas indicaciones/directrices.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Burocratización de la relación administración-ciudadano.
- Estricta normativa de acceso a prestaciones/recursos.
- Uso indiscriminado del derecho de acceso a la historia clínica.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Adecuar cuantitativa y cualitativamente las peticiones de informes médicos a la necesidad real de cada paciente.
- Orientar al paciente para una redacción correcta de la petición, con objeto de que se ajuste a la finalidad que precisa.
- Asesorar de manera individualizada a cada paciente sobre normativa y sobre documentación que precisa para recurso/ prestación/ reconocimiento que demanda. Bien sea primera solicitud o revisión de expediente.
- Apoyar en la gestión administrativa ante la entidad competente para todo aquel paciente que precisa ayuda, haciendo seguimiento de su concesión hasta término.
- Informar al facultativo correspondiente sobre el objetivo de cada petición de informe para ponerle en contexto de cada prestación y de cada situación individual.
- Contactar con la entidad receptora de los informes médicos para ampliar información individualizada de cada caso, previa autorización expresa del paciente en base a la normativa de protección de datos.
- Coordinar con el Servicio de Información y Atención al Usuario el mejor ejercicio por parte del paciente de su derecho de acceso a la historia clínica cuando la finalidad sea de índole social.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Derivación verbal por parte del Servicio de Información y Atención al Usuario de todo aquel paciente que solicita informes para solicitar/acceder a prestaciones sociales.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Teresa Hernández Galindo y M<sup>a</sup> Teresa Monferrer Pastor

2. -Entrevista con el paciente para explicar norma, requisitos, plazos, formatos, baremos, sobre la petición concreta que plantea así como reconducir aquella demanda inadecuada o inespecífica.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#98

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE DEL PACIENTE SOLICITANTE DE INFORMES MEDICOS CON FIN DE ÍNDOLE SOCIAL

Responsable.: Mercedes Pilar Muñoz León y Leticia Jiménez Calvo

3. -Registro cuantitativo y cualitativo de los pacientes atendidos.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Mercedes Pilar Muñoz León y Leticia Jiménez Calvo

4. -Coordinación con el Servicio de Información y Atención al Usuario y con el facultativo destinatario de la petición.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Mercedes Pilar Muñoz León, Leticia Jiménez Calvo, M<sup>a</sup> Teresa Hernández Galindoy M<sup>a</sup> Teresa Monferrer P

5. -Evaluación continúa del Servicio de Información y Atención al Usuario para valorar el efecto positivo del proyecto.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Teresa Hernández Galido y M<sup>a</sup> Teresa Monferrer

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Total de pacientes derivados a la Unidad de T. Social sobre el total de solicitantes.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Total de pacientes derivados a la Unidad de T. Social.

Denominador .....: Total de población solicitante de informes médicos con fin de gestión social.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos propia elaborada por la Unidad de T. Social.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Total de pacientes que culminan demanda adecuada sobre el total de derivados a la Unidad T. Social

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Total de pacientes que culminan con demanda adecuada de informe médico.

Denominador .....: Total de pacientes derivados a la Unidad de T. Social.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos propia elaborada por la Unidad de T. Social.

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Encuestas de satisfacción

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Total de pacientes encuestados que expresan nivel de satisfacción con puntuación de 10.

Denominador .....: Total de pacientes encuestados.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos propia elaborada por la Unidad de T. Social.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Efectos positivos en el Servicio de Información y Atención al Usuario.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Total de pacientes solicitantes de informes con fin social.

Denominador .....: Total de pacientes derivados a la Unidad de T. Social.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos propia elaborada por la Unidad de T. Social.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#98

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE DEL PACIENTE SOLICITANTE DE INFORMES MEDICOS CON FIN DE ÍNDOLE SOCIAL

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Toda la patología.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#74

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UNA CONSULTA DE ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELETICA E INTERVENCIONISMO ECOGUIADO , EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Fecha de entrada: 09/06/2022

Nº de registro: 2022#74 \*\* Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MUNIESA HERRERO MARIA PILAR

Título  
CREACION DE UNA CONSULTA DE ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELETICA E INTERVENCIONISMO ECOGUIADO , EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Colaboradores/as:  
DE LA FUENTE FUERTES JORGE  
CASTELLOTE MARTINEZ AMALIA  
CASTRO SAURAS ANGEL  
GARCIA FUENTES JORGE  
RILLO LAZARO AGUSTIN  
RODRIGUEZ UCEDA SUSANA  
URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

- CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA GESTIONAR LA ALTA DEMANDA DE PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA: El uso de la ecografía en nuestra especialidad es una técnica complementaria al acto médico que permite realizar una consulta de alta resolución y no demorar diagnósticos ni sobresaturar listas de espera para la realización de pruebas de imagen.
- GRAN APLICABILIDAD CLÍNICA DE LA ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA (EME): La EME es una aplicación que ha alcanzado un elevado nivel de desarrollo en la actualidad, gracias a su aplicabilidad clínica y a la estandarización de los protocolos de estudio.
- METODO DIAGNÓSTICO EFICIENTE, FIABLE, EFICAZ, BARATO Y SIN EFECTOS ADVERSOS: Es ya una realidad la extensión de la exploración física del paciente con enfermedad osteoarticular y muscular mediante ecografía, ya que se ha mostrado eficaz como método alternativo y complementario a la resonancia magnética. También presenta la ventaja de poder acceder al estudio de las estructuras de forma dinámica, bilateral, inocua y repetible, valorando la amplitud de los movimientos y sus limitaciones, y por su inocuidad y accesibilidad, de forma seriada, lo que facilita el seguimiento evolutivo de las lesiones, y posibilita la realización de técnicas y procedimientos ecoguiados sobre las articulaciones y las estructuras periarticulares lesionadas.
- METODO DE ESTUDIO SIN EFECTOS ADVERSOS: El ultrasonido es un examen médico no invasivo que produce imágenes del interior del organismo utilizando ondas sonoras.
- SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE: El ultrasonido es seguro, no es invasivo y no utiliza radiación ionizante.

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1.- CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA GESTIONAR LA ALTA DEMANDA DE PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA
- 2.- GRAN APLICABILIDAD CLÍNICA DE LA ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA (EME)
- 3.- METODO DIAGNÓSTICO EFICIENTE, FIABLE, EFICAZ, BARATO
- 4.- METODO DE ESTUDIO SIN EFECTOS ADVERSOS
- 5.- SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- 1.- El uso de la ecografía permite realizar una consulta de alta resolución y no demorar diagnósticos ni sobresaturar listas de espera para la realización de pruebas de imagen.
- 2.- La ecografía permite una visualización en tiempo real de la estructura a explorar y una comunicación interactiva en forma de diálogo con el paciente.
- 3.- Es una técnica eficaz como método alternativo y complementario a la resonancia magnética.
- 4.- El ultrasonido es un examen médico no invasivo.
- 5.- El ultrasonido es seguro y no utiliza radiación ionizante

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con patología musculoesquelética: La ecografía permite un diagnóstico en tiempo real y un tratamiento más preciso en las dolencias musculoesqueléticas.
- Acortar los tiempos de recuperación sin sobrecargar a otros servicios (Rehabilitación- Anestesiología)
- Optimizar recursos terapéuticos y diagnósticos, ya que con una ecografía de hombro completa se puede prescindir de un estudio de resonancia magnética y comenzar a aplicar el tratamiento en la primera consulta.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1.- CURSO DE FORMACIÓN PARA ENFERMERIA Y TCAES: para instruir en el manejo del ecógrafo y en todos los recursos materiales a utilizar.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#74

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UNA CONSULTA DE ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELETICA E INTERVENCIONISMO ECOGUIADO, EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2023  
Responsable.: MARIA PILAR MUNIESA Y ALEJANDRO URGEL

2. 2.- MONTAR UNA CONSULTA DE ECOGRAFÍA: en horario de tardes, en el servicio de Rehabilitación (para disponer del ecógrafo)  
Fecha inicio: 16/05/2022  
Fecha final.: 16/05/2023  
Responsable.: MARIA PILAR MUNIESA Y ALEJANDRO URGEL

**\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto**

- **ACCIONES DE MEJORA:** Se realizará un curso de formación a través de la comisión de formación continuada, para formar a enfermería y TCAES de consulta, con el fin de instruir en el manejo del ecógrafo y en todos los recursos materiales a utilizar. Los responsables del curso serán 2 facultativos y 2 enfermeras familiarizadas con la técnica de infiltración ecoguiada.
- **CAMBIOS NECESARIOS:** En las consultas de Traumatología no hay espacio físico disponible en horario de mañana. Además, al no disponer de ecógrafo propio, se propone realizar la consulta de ecografía musculoesquelética e intervencionista como actividad deslizada de tardes en la consulta de Rehabilitación. Denominación consulta TRAECO, dos consultas al mes, tiempo estimado por paciente: 30 minutos., incluir entre 10-12 pacientes por consulta. Se tendrán en cuenta diferentes aspectos a la hora de modificar las características de la consulta: podrían ajustarse los tiempos y/o número de pacientes.
- **CALENDARIO:** Se ha solicitado en comisión formación continuada la acreditación del curso, para impartirlo a finales del año 2022. El día 16-05-2022, se comenzó con la primera consulta de TRAECO, con un total de 8 pacientes, y se tienen programadas: 5 consultas en los siguientes meses ya completas

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % profesionales que han recibido formación

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador ..... número de enfermería y TCAE asistentes al curso  
Denominador ..... total de enfermería y TCAES de consultas  
x(1-100-1000) ... 100  
Fuentes de datos.: Hoja de firmas asistencia curso  
Est.Mín.1ª Mem .. 20.00  
Est.Máx.1ª Mem .. 60.00  
Est.Mín.2ª Mem .. 30.00  
Est.Máx.2ª Mem .. 70.00

2. % de pacientes tratados con la nueva consulta

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador ..... número de pacientes beneficiados con la consulta de ECO  
Denominador ..... total de pacientes valorados en consultas  
x(1-100-1000) ... 100  
Fuentes de datos.: Hoja de citas, de numero de pacientes valorados en la consulta TRAECO  
Est.Mín.1ª Mem .. 20.00  
Est.Máx.1ª Mem .. 60.00  
Est.Mín.2ª Mem .. 30.00  
Est.Máx.2ª Mem .. 70.00

3. Disminución de tiempos de atención

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador ..... Tiempo hasta la realización de eco en consulta de ecografía  
Denominador ..... Tiempo de realización en años anteriores  
x(1-100-1000) ... 100  
Fuentes de datos.: Hoja de citas en radiología de eco y de consulta de traeco  
Est.Mín.1ª Mem .. 20.00  
Est.Máx.1ª Mem .. 60.00  
Est.Mín.2ª Mem .. 30.00  
Est.Máx.2ª Mem .. 70.00

4. % de pacientes que se beneficiarían del tratamiento conservador

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador ..... % pacientes valorados en consulta de TRAECO que mejoran con tratamiento conservador  
Denominador ..... % de pacientes que precisan tratamiento quirúrgico final  
x(1-100-1000) ... 100  
Fuentes de datos.: Hoja de citas y lista de espera quirúrgica  
Est.Mín.1ª Mem .. 20.00  
Est.Máx.1ª Mem .. 60.00  
Est.Mín.2ª Mem .. 30.00  
Est.Máx.2ª Mem .. 70.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#74

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UNA CONSULTA DE ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELETICA E INTERVENCIONISMO ECOGUIADO , EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGÍA

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#146

### 1. TÍTULO

#### REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

Fecha de entrada: 16/06/2022

Nº de registro: 2022#146 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR

Título  
REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

Colaboradores/as:  
BARBERENA TURRAU NATALIA  
CASTRO SAURAS ANGEL  
CATALAN LORENTE MARIA TERESA  
GARCIA FUENTES JORGE  
MUNIESA HERRERO MARIA PILAR  
PINEDO ALDABAS MARTA  
ROYO AGUSTIN MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La artroplastia primaria de cadera se ha convertido en un procedimiento común en los Servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Los objetivos de las unidades clínicas se dirigen a incrementar la seguridad de los procedimientos, disminuir los costes y mejorar la satisfacción de los pacientes. Para ello, se han desarrollado programas de rehabilitación rápida postoperatoria denominados "fast-track". En algunos casos, nos encontramos con situaciones de desinformación en nuestros pacientes acerca de los procedimientos a los que se van a someter. Existe una tendencia errónea en la sociedad de que un mayor número de días de ingreso hospitalario equivale a una mejor atención, especialmente en procedimientos quirúrgicos. Para que un programa "fast-track" tenga éxito, es necesario un soporte familiar y/o institucional adecuado para dar de alta a los pacientes con la seguridad necesaria. Además, se ha detectado una posibilidad de mejora en la dificultad de obtener información de los pacientes previamente a una cirugía para desarrollar estudios científicos. Por ello, se plantea la posibilidad de realizar una reunión preoperatoria multidisciplinar (empoderamiento) que englobe los aspectos más importantes previos a una cirugía de estas características. Esta reunión tendría un carácter informativo, donde a través de una presentación y un tríptico se explicaría la vía clínica del procedimiento.

#### ÁREAS DE MEJORA

Estancia hospitalaria.  
Grado de satisfacción.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desinformación acerca del proceso.  
Soporte inadecuado al alta hospitalaria.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal de este proyecto es la reducción de la estancia hospitalaria media tras la artroplastia total de cadera, que actualmente ronda en algunos casos los 5 o 6 días. Hemos instaurado un protocolo que demuestra la viabilidad del alta en el plazo de 3-4 días tras una prótesis de cadera, siempre que no exista una complicación médica asociada. La intención de este plan es que al menos el 75% de nuestros pacientes sean dados de alta al cuarto día con seguridad clínica. Sin embargo, en ocasiones, el alta no está supeditada a condiciones médicas, sino a términos relacionados con el entorno familiar y la logística, y es en estos casos donde la reunión resultaría eficaz. Además, contaríamos con la opción de realizar escalas u otros parámetros preoperatorios para la realización de estudios posteriores. Por último, se tendrá una última oportunidad de selección de los pacientes candidatos a cirugía. Con todo ello esperamos incrementar la seguridad y la satisfacción de nuestros pacientes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. REUNIÓN INFORMATIVA PREVIA A LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2024

Responsable.: ALEJANDRO URGEL GRANADOS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#146

### 1. TÍTULO

#### REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

1. Asistencia a la reunión informativa preoperatoria

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Asistentes a la reunión

Denominador ..... Pacientes incluidos en lista de espera

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Lista de espera quirúrgica.

Lista de asistencia a la reunión.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Pacientes informados en consulta de la existencia de la reunión

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Pacientes informados

Denominador ..... Pacientes incluidos en lista de espera

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Lista de espera quirúrgica.

Encuesta realizada en la reunión.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Satisfacción tras asistir a la reunión

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Pacientes satisfechos

Denominador ..... Asistentes a la reunión

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta realizada en la reunión.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Conocimiento adquirido tras asistir a la reunión

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Pacientes que comprenden el proceso al que se va a someter

Denominador ..... Asistentes a la reunión

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Encuesta realizada en la reunión.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Estancia media hospitalaria tras asistir a la reunión, salvo complicación.

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Días de ingreso hospitalario

Denominador ..... Total de pacientes intervenidos

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

6. Pacientes dados de alta en 4 días o menos tras asistir a reunión informativa, salvo complicación.

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Pacientes dados de alta en 4 días o menos

Denominador ..... Total de pacientes intervenidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. Satisfacción tras estancia hospitalaria

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Pacientes satisfechos

Denominador ..... Total de pacientes intervenidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta realizada al alta hospitalaria.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#146

### 1. TÍTULO

#### REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#173

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL SONDAJE NASOGASTRICO. MANEJO DEL DOLOR CON LIDOCAINA ATOMIZADA

Fecha de entrada: 18/06/2022

Nº de registro: 2022#173 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA GARCIA PILAR

Título  
OPTIMIZACION DEL SONDAJE NASOGASTRICO. MANEJO DEL DOLOR CON LIDOCAINA ATOMIZADA

Colaboradores/as:  
ESTEBAN IGUAL ADORACION  
HERNANDEZ GARCIA LOURDES  
HERNANDEZ GOMEZ EVA  
JARQUE POLO JULIO  
PEREZ LAFUENTE ANA PILAR  
PEREZ MARTIN MARIA ANGELES  
TORRIJO VALERO ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Ubicación/es secundaria/s  
TERUEL\*HOSPITAL OBISPO POLANCO\*URGENCIAS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El sondaje nasogástrico (SNG) es una técnica que consiste en la introducción de una sonda flexible desde uno de los orificios nasales hasta el estómago con fines alimenticios, terapéuticos o diagnósticos. Este procedimiento resulta molesto y puede ser bastante difícil llevarlo a cabo cuando el paciente no coopera.

Es una práctica enfermera frecuente en la Unidad de Enfermería de Urgencias (URGE) y en la Unidad de Enfermería de Traumatología, (TRAE) que lleva implícitas molestias y dolor que hacen desagradable el procedimiento para el paciente, dificultando la técnica.

Identificado por los pacientes y los profesionales como uno de los procedimientos más dolorosos, equiparable e incluso superior al dolor producido, por el drenaje de un absceso o reducción de una fractura.

El manejo del dolor tanto en URG como en TRAE suele estar infravalorado. Estas deficiencias se pueden deber a múltiples factores y en concreto a la falta de opciones de tratamiento.

Diversos estudios han documentado la seguridad y eficacia de la lidocaína en mucosas, entre ellas la intranasal.

Además de la disposición de un dispositivo atomizador de la mucosa nasal, que aumenta la dispersión del fármaco, por lo que este dispositivo precisa menores cantidades de fármaco disminuyendo los efectos secundarios y mejorando la tolerancia.

A raíz de lo anterior decidimos investigar este método de administración de anestesia local, en la búsqueda de un método simple pero eficaz para minimizar la incomodidad de la inserción de la sonda nasogástrica.

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1- El adecuado manejo del dolor en el procedimiento del SNG
- 2- Mejorar la confortabilidad y la cooperación del paciente durante el procedimiento.
- 3- Facilitar la técnica y reducir el estrés del profesional.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- 1- El manejo del dolor suele ser subóptimo. Por la falta de opciones de tratamiento, como consecuencia de la escasa investigación disponible, en relación a este procedimiento, que nos aporte la evidencia necesaria para disponer de dichas opciones.
- 2- El SNG es referido por los pacientes como uno de los procedimientos más dolorosos e incomodo.
- 3- Los profesionales refieren el SNG como uno de los procedimientos más estresantes, por el dolor, incomodidad y falta de cooperación del paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1- Conocer si la lidocaína atomizada facilita y mejora el procedimiento del SNG.
  - 2- Mejorar la calidad asistencial, minimizando las molestias al paciente y facilitando la técnica al profesional de enfermería.
  - 3- Mejorar la satisfacción de los profesionales de enfermería con el uso de lidocaína atomizada previa al SNG.
- La población diana será, todos los pacientes con criterio de SNG que se atienden en URGE y TRAE.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración protocolo del Sondaje nasogástrico, con la inclusión del uso de lidocaína atomizada previa al SNG

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#173

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL SONDAJE NASOGASTRICO. MANEJO DEL DOLOR CON LIDOCAINA ATOMIZADA

Fecha inicio: 05/10/2022  
Fecha final.: 04/11/2022  
Responsable.: Pilar García García

2. Preparación de un kit con todo lo necesario para la realización del SNG según el protocolo anterior.

Fecha inicio: 15/10/2022  
Fecha final.: 28/10/2022  
Responsable.: Pilar García García

3. Se informará y formará a todo el personal de URGE y TRAE del propósito del proyecto y de las nuevas directrices a seguir con respecto al SNG.

Fecha inicio: 07/11/2022  
Fecha final.: 19/12/2022  
Responsable.: Pilar García García

4. Elaborar la base de datos para el estudio del proyecto e instalarla en los ordenadores de ambas Unidades.

Fecha inicio: 14/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Pilar García García

5. Elaborar el diseño del proyecto y los indicadores del mismo.

Fecha inicio: 13/06/2022  
Fecha final.: 15/07/2022  
Responsable.: Pilar García García

6. Primera evaluación de indicadores.

A partir de la primera evaluación, se realizará con periodicidad semestral,

Fecha inicio: 09/01/2023  
Fecha final.: 14/07/2023  
Responsable.: Pilar García García

7. Primera memoria del proyecto. Al año segunda memoria y final del proyecto.

Fecha inicio: 01/12/2023  
Fecha final.: 22/12/2023  
Responsable.: Pilar García García

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Relación de variables recogidas en la base de datos: Se evaluará el dolor experimentado durante la realización del procedimiento mediante la escala analógica EVA, con la declaración "ausencia de dolor " con 0 puntos y "peor dolor posible " 10 puntos, para su interpretación se transformará la variable para reflejar el grado de dolor distribuido: (0) Ausencia de dolor, (1- 4) dolor leve, (5-7) moderado, (8-10) intenso. Comparación con experiencias previas de SNG estándar (no existen experiencias previas, no recuerda experiencia anterior, peor que la anterior, igual que la anterior, mejor que la anterior). Se recogerán aparte de las anteriores las siguientes variables: Edad, sexo, peso, motivo de inserción, efectos secundarios locales y sistémicos, incidencias durante la técnica, calibre sonda utilizada, y el tiempo de ejecución.

Los enfermeros serán los responsables de la realización de todo el proceso: 1) Informar al paciente del procedimiento y solicitar su consentimiento verbalmente, previa comprobación que no son alérgicos a la lidocaína. 2)Atomizar 0.5ml de lidocaína 5% (50mg) en la nasofaringe. 3)Inserción de la sonda nasogástrica. 4)Comprobación del SNG. 5)Recogida de datos del paciente para valorar la efectividad del procedimiento en la base de datos.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Formación de profesionales

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales de enfermería que reciben el curso de formación sobre el protocolo del SNG

Denominador .....: Nº total de profesionales de enfermería de ambas unidades

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Control de asistencia a la sesión formativa

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#173

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL SONDAJE NASOGASTRICO. MANEJO DEL DOLOR CON LIDOCAINA ATOMIZADA

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 2. Adhesión al protocolo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de pacientes que se les realiza SNG según protocolo

Denominador .....: N° total de pacientes que se les realiza SNG

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos, Puesto clínico hospitalario (PCH) y Historia Clínica (HC)

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 3. Reducción del dolor durante el procedimiento

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de pacientes que refieren reducción en la intensidad del dolor según escala Eva entre ( 1-4) en el SNG tras la administración de lidocaína atomizada

Denominador .....: N° total de pacientes a los que se les realiza SNG con lidocaína atomizada.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

#### 4. Satisfacción de los profesionales

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de profesionales que consideran que la inclusión de la lidocaína atomizada en el procedimiento disminuye el dolor y mejora la colaboración del paciente.

Denominador .....: N° de profesionales que cumplimentan la encuesta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta realizada a los profesionales

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 5. Comparativa de experiencias previas sin el uso de lidocaína

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de pacientes que refieren mejor experiencia del SNG con lidocaína atomizada previa al procedimiento

Denominador .....: N° total de pacientes que se les realiza SNG

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Este proyecto fue iniciado en 2020, pero se paralizó por causa de la pandemia, teniendo datos recogidos del año 2020/21. Estos datos se incluirán en la primera memoria.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#177

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DEL FORMULARIO DE ALTA PARA LA VALORACION INTEGRAL EN EL PACIENTE ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 19/06/2022

Nº de registro: 2022#177 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ROYO AGUSTIN MARIA

Título  
ADECUACION DEL FORMULARIO DE ALTA PARA LA VALORACION INTEGRAL EN EL PACIENTE ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA

Colaboradores/as:  
BARBERENA TURRAU NATALIA  
BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO  
ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA  
MIGUEL ORTEGA MARIA ANGELES  
PLANAS GIL ALBERTO  
RANERA GARCIA MIGUEL  
SANCHEZ RAMOS VICENTE

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se ha identificado la enorme falta de recursos para ayudar al sanitario a cumplimentar la ingente cantidad de puntos de optimización en los pacientes. Sobre todo, en los pacientes complejos en los que la valoración integral es un reto y una obligación. Un paradigma de este tipo de pacientes, son los ancianos frágiles con fractura de cadera. Estos, se beneficiarían enormemente de este manejo conjunto. De hecho, se beneficiarían de muchos de los objetivos del plan estrategia SALUD, de asistencia nacional de salud y a nivel europeo de agenda 2030:

- Cribado nutricional en el ingreso de pacientes de riesgo de desnutrición, como es el caso.
- Prevención de enfermedad: de nuevas fracturas por fragilidad y de aumento de morbilidad morbilidad pacientes frágiles.
- mejorar la asistencia en el paciente crónico y/o dependiente. Evitar el aumento de dependencia.
- Necesidad de comunicación con atención primaria como pilar fundamental para lograr el derecho a la protección de la salud, el estado de bienestar y la atención integral y equitativa.
- Potenciar la seguridad clínica del paciente de alto riesgo de complicaciones. Estimular la creación de herramientas que garanticen las prácticas clínicas seguras.
- Fomentar los planes de cuidados integrales, remarcando los de enfermería.

#### ÁREAS DE MEJORA

a lo largo de los últimos años en los que nuestro servicio ha mejorado enormemente el manejo integral y multidisciplinar de estos pacientes, hemos encontrado una barrera en las sistematizaciones de dicho manejo. Esto ha sido un lastre a la hora de asegurar que se aplican todos los puntos de mejora descritos anteriormente.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Es necesarios sistematizar, organizar, responsabilizar y estimular a los diferentes niveles asistenciales del ingreso del paciente con fractura de cadera para cumplimentar todos los ítems que se han visto que influyen en el pronóstico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Necesidad de herramientas para la aplicación de los parámetros de la vía clínica de cadera, ya que todos los facultativos disponen de un formulario que actúa como guión asistencial.
- Homogeneizar las valoraciones y prescripciones al alta.
- Cumplimentar los objetivos del plan SALUD que se contemplan en la actualización de nuestra vía clínica de cadera.
- Evitar duplicidades. Facilitar la comunicación entre los distintos sanitarios que ejercen la asistencia integral (enfermería, ortogeriatría y COT).
- Evitar errores no forzados. Destaca su utilidad como "check list".
- Disponer de datos informatizados para estudios de investigación e indicadores de gestión.
- Optimización del gasto sanitario. Se pueden identificar los puntos de mayor utilidad y prevenir aumento de enfermedad de manera más eficiente redirigiendo los recursos en un paciente de alto consumo de gasto sanitario directo e indirecto

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

- presentación de proyecto.
  - o documento solicitud aprobación.
  - o Presentación proyecto definitivo.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#177

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DEL FORMULARIO DE ALTA PARA LA VALORACION INTEGRAL EN EL PACIENTE ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: MARÍA ROYO AGUSTIN

2. formulario preliminar:
- o Creación grupo de trabajo.
  - o Reunión preliminar.
  - o Comunicación servicio de informática.
  - o Feed back con el grupo de trabajo.
  - o Decisión ítems definitivos.

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: MARÍA ROYO AGUSTIN

3. Prueba piloto.
- o Formación personal.
  - o Inicio aplicación.
  - o Identificación puntos de mejora.
  - o Modificaciones finales.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: MARÍA ROYO AGUSTIN

4. inicio aplicación formulario definitivo.
- o Repetir formación personal, reuniones resolución de dudas.
  - o Reporte de errores/puntos de mejora.
  - o Modificaciones pertinentes formulario

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: MARÍA ROYO AGUSTIN

#### 5. Valoracion indicadores.

Fecha inicio: 01/02/2023  
Fecha final.: 31/10/2023  
Responsable.: MARÍA ROYO AGUSTIN

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- a. Consenso entre el servicio COT, ortogeriatría y enfermería qué ítems incluir en el formulario de alta.
- i. Establecer qué escalas se han de rellenar y por quién.
- ii. Establecer quién prescribe cada ítem.
- iii. Anexionar documentos de recomendaciones al alta que se imprimirán de manera automática.
- b. Repetir la formación del manejo integral, insistiendo en el aspecto nutricional, mediante un curso de nutrición en estos pacientes dirigido a enfermería.
- c. Realizar jornadas/curso para familiarizarse con el manejo de este nuevo formulario de alta.
- d. Gestionar con el Servicio de Informática para crear dicho formulario y las modificaciones del primer punto.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Valoración formulario.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº ptes >70 a. Ingresados por fr. cadera en planta COT valorados con el formulario  
Denominador .....: Nº ptes >70 a. Ingresados por fr. cadera  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Formulario de alta realizado en HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 2. Formación profesional

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de profesionales que asisten a la formación  
Denominador .....: Nº de sanitarios que atienden a los pacientes  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Registro asistencia a la formación.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 8.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#177

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DEL FORMULARIO DE ALTA PARA LA VALORACION INTEGRAL EN EL PACIENTE ANCIANO CON FRACTURA DE CADERA

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

3. Valoración nutricional  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° ptes >70 a que se valoran nutricionalmente  
Denominador .....: N° ptes >70 a. ingresados por fr. cadera  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: MNA-sf HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Profilaxis osteoporosis.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° ptes >70 a con tto de osteoporosis al alta  
Denominador .....: N° ptes >70 a. ingresados por fr. cadera  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Informe de alta.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. VGI  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° ptes >70 con valoración geriátrica integral  
Denominador .....: N° ptes >70 a. ingresados por fr. cadera  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Informe de alta.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Ortogeriatría. Prevencion de la fragilidad en el anciano.

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#258

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE MEDIDAS PARA MEJORAR EL DESCANSO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA PLANTA DE TRAUMATOLOGÍA Y UROLOGÍA

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#258 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TORRIJO VALERO ANA MARIA

Título  
IMPLANTACION DE MEDIDAS PARA MEJORAR EL DESCANSO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA PLANTA DE TRAUMATOLOGÍA Y UROLOGÍA

Colaboradores/as:  
ALTABAS HERRERO ESTHER  
LAZARO BLASCO MARIA PILAR  
LOZANO MUÑOZ MARIA LUISA  
MIGUEL ORTEGA MARIA ANGELES  
PEREZ GARGALLO CARMEN  
PINEDO ALDABAS MARTA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La satisfacción del sueño se convierte en un aspecto fundamental que se debe valorar en el paciente hospitalizado, puesto que existe evidencia de que las complicaciones derivadas de la privación del sueño impacta en el incremento de la estancia hospitalaria, la aparición de delirium y el retraso en la reincorporación del paciente a la vida normal.

Los trastornos del sueño están relacionados con factores intrínsecos como la edad, sintomatología y factores psicológicos; y con factores extrínsecos como el dolor, ruido, luces, medicación, temperatura de la habitación y las intervenciones terapéuticas realizadas por el cuidado de enfermería.

Dichos trastornos desencadenan cambios en la tensión arterial, taquicardia, aumento del consumo de oxígeno, hipoxemia, fatiga muscular, disminución de la eritropoyesis y mayor susceptibilidad a presentar infecciones. Es prioritario que el profesional de enfermería incluya la valoración del sueño e identifique las posibles causas del trastorno con el fin de minimizarlas mediante la incorporación de acciones de cuidado que promuevan un entorno tranquilo y propicio. Condiciones físicas que son poco modificables pero que podemos disminuir cambiando conductas dentro del servicio.

#### ÁREAS DE MEJORA

Favorecer el descanso nocturno de los pacientes de la unidad con la intervención del personal de enfermería.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Factores intrínsecos del paciente, que son poco modificables y a los factores extrínsecos en los que sí podemos intervenir.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1.- Coordinar horario de medicación con los facultativos.
- 2.- Control del dolor.
- 3.- Facilitar la comodidad y propiciar ambientes confortables.
- 4.- Mejorar las infraestructuras técnicas de la planta como son los quitamiedos; y revisar carros y puertas para que no hagan ruido.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un protocolo de actuación, en horario nocturno, para el personal

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Ana María Torrijo Valero

2. Información a todo el personal de la planta.

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Ana María Torrijo Valero

3. Actuación de mejora en las infraestructuras

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Todos los participantes del proyecto

4. Elaboración de los cuestionarios y encuestas de satisfacción para los pacientes y los trabajadores de la unidad.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#258

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE MEDIDAS PARA MEJORAR EL DESCANSO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA PLANTA DE TRAUMATOLOGÍA Y UROLOGÍA

Elaboración de trípticos para los pacientes y acompañantes.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Todos los participantes del proyecto

5. Elaboración de los indicadores

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Ana María Torrijo Valero

6. Evaluación de los indicadores semestralmente

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: Todos los participantes del proyecto

7. Elaboración de la primera memoria del proyecto

Fecha inicio: 19/12/2022

Fecha final.:

Responsable.: Ana María Torrijo Valero

8. Elaboración de la memoria final.

Fecha inicio: 01/12/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Ana María Torrijo Valero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Las actividades concretas que vamos a llevar a la práctica con los pacientes:

1.-Apagar luces generales lo antes posible en el turno de noche y cerrar puertas de pacientes

2.-Utilizar linternas y evitar encender luces directas

3.-Evitar ruidos fuertes y movimientos de mobiliario

4.-Hablar muy despacio y evitar hablar en las habitaciones o en su entorno

5.-Evitar realizar los cambios de pañal fuera del horario establecido 24h-1h e intentar hacerlo coincidir con el horario de medicación

6.-Implicar a los acompañantes para que no utilicen en la medida de lo posible el móvil o la tablet durante el descanso del familiar y que intenten que el paciente no duerma mucho durante el día

7.-Facilitar la comodidad y propiciar ambientes confortables, por parte del equipo de enfermería del turno de noche, en el primer contacto que se tenga con el paciente (posición, temperatura, ambiente tranquilo...).

8.-Utilizar suerooterapia de 1000ml para evitar interrupciones innecesarias del sueño y evitar poner ciertas

medicaciones en estos horarios que pueden adaptarse a un mejor horario diurno (corticoides, diuréticos, analgesias).

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Efectividad de la analgesia

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes con una correcta analgesia

Denominador .....: Nº total de pacientes que reciben analgesia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica. Administración de tratamiento

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Encuesta de satisfacción del paciente

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes que responden positivamente

Denominador .....: Nº total de pacientes que responden la encuesta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos recogidos del cuestionario de satisfacción que damos a rellenar a los pacientes.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

3. Efectividad de la actuación de enfermería

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes que realizan la cuestionario de Richard Campbell y descansan bien

Denominador .....: Nº total de pacientes que realizan el cuestionario

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#258

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE MEDIDAS PARA MEJORAR EL DESCANSO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA PLANTA DE TRAUMATOLOGÍA Y UROLOGÍA

Fuentes de datos.: Datos recogidos del cuestionario de Richard Campbell que damos a rellenar a los pacientes.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 4. Encuesta de satisfacción del personal

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de profesionales consideran que limitar ciertas actividades durante la noche, mejora el descanso nocturno

Denominador .....: N° total de profesionales que realizan la encuesta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos recogidos de la encuesta de satisfacción que damos a rellenar a los profesionales de enfermería de la planta.

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

#### 5. Infraestructuras arregladas (carros, puertas y quitamiedos)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de infraestructuras arregladas

Denominador .....: N° total de infraestructuras del servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos recogidos del contaje de las infraestructuras

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 6. Prescripción de tratamiento que no limita el descanso nocturno

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de pacientes a los que se prescribe tratamiento teniendo en cuenta el descanso nocturno

Denominador .....: N° total de pacientes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos recogidos de la prescripción médica

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#316

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA TRAYECTORIA CLÍNICA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#316 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
RILLO LAZARO AGUSTIN

Título  
MEJORA DE LA TRAYECTORIA CLÍNICA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Colaboradores/as:  
DE LA FUENTE FUERTES JORGE  
BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO  
ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA  
PLANAS GIL ALBERTO  
RANERA GARCIA MIGUEL  
SANCHEZ RAMOS VICENTE  
SANCHO IÑIGO LAURA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La artroplastia total de rodilla es una de las cirugías más frecuentes en cirugía ortopédica y traumatología y una de las más realizadas en nuestro hospital. En los pacientes con artrosis primaria o secundaria, osteonecrosis, artropatía metabólica u otras, reduce la incapacidad funcional derivada del dolor y de la limitación de la movilidad articular, además proporciona independencia en las actividades de la vida diaria y mejora la calidad de vida de los pacientes. La atención a estos pacientes durante su estancia hospitalaria debe de ir encaminada a la prevención de complicaciones y al fomento de la autonomía del paciente para conseguir una recuperación temprana. Actualmente existe en nuestro servicio una trayectoria clínica para el paciente sometido a artroplastia de total de rodilla susceptible de ser modernizada y mejorada en múltiples aspectos, con el fin de disminuir algunas complicaciones tras la realización de esta cirugía y con el fin de favorecer una recuperación más rápida que propicie una disminución de la estancia hospitalaria.

#### ÁREAS DE MEJORA

En este momento los protocolos de ahorro de sangre que puedan evitar la necesidad de transfusión contemplan el uso de recuperadores de sangre que ya no se utilizan hace años. El porcentaje de pacientes transfundidos tras cirugía protésica de rodilla según la bibliografía puede alcanzar hasta el 18% de los mismos. El uso de ácido tranexámico en la cirugía de remplazo de rodilla está ampliamente descrito y abalado por la bibliografía, disminuye el sangrado perioperatorio y disminuye la necesidad de transfusión. La bibliografía también describe que la administración del mismo por varias vías combinadas y las dosis repetidas postoperatoriamente maximizan su eficacia sin aumento de complicaciones respecto a la dosis única por una sola vía. De tal modo proponemos incluir la utilización de manera protocolizada, salvo contraindicación, de ácido tranexámico intravenoso previo a la cirugía, seguido de su utilización de manera tópica a través del drenaje en el postoperatorio inmediato. Otra área de mejora importantísima no contemplada en la trayectoria previa son los bloqueos nerviosos, los cuales permiten una disminución significativa del dolor postoperatorio facilitando una movilidad precoz y una recuperación más rápida. La combinación de los bloqueos del canal de los aductores y el IPACK (Infiltration between Popliteal Artery and Capsule Knee) proporciona, según la bibliografía más reciente, la mayor ventaja analgésica, sin producir un bloqueo motor que pueda retardar la recuperación. En la bibliografía la estancia hospitalaria media de un paciente operado de prótesis total de rodilla oscila entre 6 y 9 días de ingreso según las series. Nuestra trayectoria previa habla de 6 días, teniendo en cuenta que el paciente ingresa la tarde del día previo a la intervención. Con las mejoras descritas y la rehabilitación temprana se pretende una mejora en este sentido, haciendo posible el alta hospitalaria de la mayor parte de estos pacientes al 3º día postoperatorio, es decir al quinto día de ingreso.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Descritas en el apartado anterior "áreas de mejora".

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Los objetivos de este proyecto por tanto afectan a la población formada por los pacientes operados de artroplastia total de rodilla intervenidos en el Hospital General Obispo Polanco, y estos son la disminución del porcentaje de pacientes transfundidos, la recuperación más temprana y un alta hospitalaria más precoz. Las actividades que vamos a llevar a cabo para ello son las descritas actualizaciones de la vía clínica de artroplastia total de rodilla, protocolizando el uso de ácido tranexámico, la realización de bloqueos nerviosos, minimizar las posibles vías de infección, etc., y favorecer el alta al 3º día postoperatorio.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Actualización de la trayectoria clínica de artroplastia de rodilla, implementando las medidas descritas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#316

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA TRAYECTORIA CLÍNICA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

(utilización del ácido tranexámico, utilización de bloqueos nerviosos).

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Agustín Rillo Lázaro

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de paciente que precisan transfusión de sangre.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° pacientes intervenidos que siguen la trayectoria y necesitan transfusión

Denominador .....: N° pacientes intervenidos que siguen la trayectoria

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. Porcentaje de pacientes que reciben alta al 3º día postoperatorio

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° pacientes intervenidos que siguen trayectoria y tienen alta al 3º día postoperatorio

Denominador .....: N° pacientes intervenidos que siguen la trayectoria

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Difusión del proyecto

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de facultativos de COT que acuden a la difusión

Denominador .....: N° facultativos de COT convocados a la difusión

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Firmas de asistencia a la reunión

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#566

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION NUTRICIONAL EN PACIENTES INTERVENIDOS POR FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#566 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES

Título  
EVALUACION NUTRICIONAL EN PACIENTES INTERVENIDOS POR FRACTURA DE CADERA

Colaboradores/as:  
MATEO ABAD ANA  
OQUENDO MARMANEU CARMEN  
RAMON MARTIN AMAIA  
SANGÜESA LACRUZ ANA MARIA  
VICENTE ROMERO MARIA JESUS

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El envejecimiento de la población implica un aumento en la prevalencia de cronicidad y comorbilidad, que progresivamente condiciona un incremento de la dependencia y de la institucionalización; y consecuentemente una elevación en el consumo de recursos socio-sanitarios, con una tendencia habitual a la aparición de situaciones complejas, que requieren una correcta de decisiones para ofrecer a cada paciente el abordaje terapéutico más adecuado.

En nuestro ámbito consideramos que la Valoración Geriátrica Integral (VGI) es la mejor herramienta diagnóstica específica, para la identificación de situaciones de complejidad<sup>61</sup>. En una revisión sistemática de la Cochrane<sup>62</sup> se documentan los grandes efectos beneficiosos de la Valoración Geriátrica Integral, frente a la atención médica general, se demuestra como indispensable el manejo del paciente anciano por un especialista en Geriátrica, realizada de una manera más eficiente, es decir, a un coste económico menor<sup>63</sup>.

Para facilitar la toma de decisiones y manejar la complejidad de los pacientes en nuestro Hospital se propone establecer los Niveles de Intervención Terapéutica que consiste en estratificar a los pacientes ingresados en el Hospital Obispo Polanco según una valoración multidimensional que tenga en cuenta:

- 1) Fase evolutiva de la enfermedad y pronóstico vital, tanto de enfermedades oncológicas como no oncológicas, prestando especial interés en la evaluación del grado de deterioro cognitivo.
- 2) Comorbilidad. Con la ayuda del Índice de Charlson.
- 3) Funcionalidad y dependencia. Mediante el Índice de Barthel.
- 4) Nutricional: Mediante Test evaluación desnutrición MNA.
- 5) Autonomía del paciente. Mediante la toma de decisiones compartida con paciente y familiares.

#### ÁREAS DE MEJORA

La desnutrición es un problema de salud de alta prevalencia e importantes consecuencias en el progreso y pronóstico de la enfermedad, así como en la calidad de vida. La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es una patología frecuentemente infradiagnosticada e infratratada en todos los niveles asistenciales. El estudio PREDyCES (Prevalencia de la Desnutrición hospitalaria y Costes asociados en España), realizado en 31 hospitales del Sistema Nacional de Salud español sobre más de 1.500 pacientes, mostró que 1/4 de los pacientes hospitalizados (23,7%) está desnutrido (37% en mayores de 70 años).

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En la población anciana, la prevalencia de desnutrición varía mucho según el nivel asistencial. Se estima en un 5-8% de los que viven en su domicilio, un 2% de los ancianos sanos que viven en residencias públicas y un 50% de los ancianos enfermos institucionalizados. En los centros hospitalarios se encuentra en un 44% de los ancianos ingresados por patología médica y hasta un 65% por patología quirúrgica.

En nuestro medio, resulta por tanto esencial un diagnóstico precoz de la desnutrición, para evitar la morbilidad asociada, así como la prolongación de la estancia hospitalaria. Siguiendo la estrategia autonómica de desnutrición en Aragón, se crea este protocolo para establecer un circuito de detección y tratamiento temprano de la DRE

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### OBJETIVO GENERAL

Realizar un diagnóstico precoz de la desnutrición y riesgo de la misma, para realizar actividades de prevención o tratamiento de manera temprana y eficiente en los pacientes ingresados en la planta de Traumatología ingresados por el proceso de fractura de cadera

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Instaurar un circuito de valoración nutricional basado en el Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) y Mini Nutritional Assessment (MNA) que permita el diagnóstico tanto del riesgo de desnutrición como de la desnutrición instaurada.
- Establecer acciones que permitan la prevención de la desnutrición en los pacientes en situación de riesgo.
- Desarrollar indicaciones y recomendaciones para instaurar un tratamiento para la desnutrición establecida.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#566

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION NUTRICIONAL EN PACIENTES INTERVENIDOS POR FRACTURA DE CADERA

- Sistematizar un sistema de seguimiento de la evolución de los pacientes.
- Mejorar la capacidad funcional al mejorar en nivel nutricional

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Fecha inicio: Se realizará el MNA-SF a todo paciente en el ingreso en el Hospital Obispo Polanco por parte del personal de enfermería de la unidad de valoración sociosanitaria (primeras 24h del ingreso)

Fecha final.: 01/08/2022

Responsable.: 01/08/2023

Fecha inicio: M.González y MJ.Vicente

2. Fecha final.: Se notificará el resultado en la HCE y al personal a cargo del paciente.

Responsable.: 01/08/2022

Fecha inicio: 01/08/2023

Fecha final.: M.González y MJ.Vicente

3. Responsable.: Se notificará el resultado en la HCE y al personal a cargo del paciente.

Fecha inicio: En caso de cribado positivo (MNA-SF <12 puntos) se procederá a una valoración nutricional completa

Fecha final.: 01/08/2022

Responsable.: 01/08/2023

Fecha inicio: M.González y MJ.Vicente

4. Fecha final.: Se realizará en las primeras 24 horas una analítica completa, denominada en la HCE "Fractura de cadera , que incorpora parámetros de desnutrición y se añade de acuerdo con F.E.A. Bioquímica prealbúm

Responsable.: 01/08/2022

Fecha inicio: 01/08/2023

Fecha final.: todo el equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. uación MNA de pacientes en HCE

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes con MNA realizado ingresados en proceso de fractura de cadera

Denominador .....: Nº de pacientes totales ingresados en proceso de fractura de cadera

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: hce

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Evaluación de pacientes con riesgo de desnutrición

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes con MNA realizado en consultas , que se encontraban en riesgo de desnutrición al ingreso en HOP

Denominador .....: Nº total de pacientes en proceso de fractura de cadera, que se encontraban en riesgo de

desnutrición al ingreso en HOP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: hce

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Evaluación de pacientes desnutridos

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes con MNA realizado en consultas , que se encontraban desnutridos al ingreso en HOP

Denominador .....: Nº total de pacientes en proceso de fractura de cadera, que se encontraban desnutridos al

ingreso en HOP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: hce

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#566

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION NUTRICIONAL EN PACIENTES INTERVENIDOS POR FRACTURA DE CADERA

4. valuación de pacientes desnutridos con tratamiento nutricional al alta hospitalaria

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de pacientes con MNA realizado en consultas , que se encontraban desnutridos al ingreso en HOP y que llevaban tratamiento

Denominador .....: N° total de pacientes en seguimiento en proceso de fractura de cadera, que se encontraban desnutridos al ingreso en HOP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: hce

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Evaluación de pacientes en proceso de fractura con parámetros analíticos solicitados de marcadores d

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de pacientes con analítica realizada durante el ingreso

Denominador .....: N° total de pacientes en seguimiento en proceso de fractura de cadera, en HOP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: hce

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE PROTOCOLIZACION Y REGISTRO DE ACTIVIDADES GRUPALES EN LA UCE DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 06/05/2022

Nº de registro: 2022#1      \*\* Salud Mental      \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RESANO TOBAJAS JUANA MARIA

Título  
PROGRAMA DE PROTOCOLIZACION Y REGISTRO DE ACTIVIDADES GRUPALES EN LA UCE DE PSIQUIATRIA

Colaboradores/as:  
CASADO SANCHEZ MARIA CARMEN  
HERRERO SANCHO MARIA JOSE  
IZQUIERDO NAVARRETE CARMEN  
JURADO TORRES MARIA JOSE  
MARQUEZ GIL IRENE  
SANCHEZ SANCHEZ MARIA  
TALLON GARCIA ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: UCE HOSPITAL OBISPO POLANCO

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Coordinación : Trabajar de forma coordinada es fundamental para conseguir objetivos.  
Registro: Registrar nuestro trabajo supone mayor coordinación.  
Evaluación: Evaluar resultados para poder modificar o dar una continuidad a nuestro cuidado .  
Motivación : Fomentar la motivación del personal y dar continuidad a las actividades grupales en la unidad .

#### ÁREAS DE MEJORA

Falta de coordinación / registro de actividades grupales .  
Falta de motivación profesional  
Necesidad de identificar diagnósticos enfermeros para orientar la actuación de enfermería hacia objetivos individualizados

#### ANALISIS DE CAUSAS

Desconocimiento de dinámicas grupales.  
Dificultad en la reconducción / motivación del paciente para su participación en actividades .  
Desconocimiento de metodología enfermera

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la coordinación de los miembros del equipo en la realización de actividades grupales.  
Aumentar la implicación / participación de calidad del personal de enfermería en la actividad grupal  
Facilitar la recogida de datos de interés y resultados medibles de la actuación enfermera  
Identificación de diagnósticos relacionados con patrones disfuncionales que no han podido ser valorados a nivel individual .  
Adecuación de los medios y materiales necesarios para nuestra actividad grupal .

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar grupos por temática de intervención

Fecha inicio: 16/05/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: JUANA MARIA RESANO TOBAJAS

2. Elaborar contenidos / materiales para la realización de actividades grupales

Fecha inicio: 23/05/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: IRENE MARQUEZ / MARIA JOSE JURADO TORRES

3. Realización de escalas / registros que nos permitan medir indicadores y evaluarlos

Fecha inicio: 23/05/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: ANA MARIA TALLON GARCIA

4. Realización de reuniones de trabajo para compartir experiencias , elaborara y adecuar el protocolo de la actividad

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 23/12/2022  
Responsable.: JUANA MARIA RESANO TOBAJAS

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE PROTOCOLIZACION Y REGISTRO DE ACTIVIDADES GRUPALES EN LA UCE DE PSIQUIATRIA

5. Supervisar y coordinar la elaboracion y seguimiento del programa

Fecha inicio: 23/05/2022

Fecha final.: 10/02/2023

Responsable.: JUANA MARIA RESANO TOBAJAS

6. informar de resultados obtenidos en periodos establecidos

Fecha inicio: 16/05/2022

Fecha final.: 10/03/2023

Responsable.: JUANA MARIA RESANO TOBAJAS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % pacientes ingresados en la unidad que asisten a la actividad grupal

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes que participan

Denominador .....: Nº de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ingresos unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.30

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.70

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. % personal de enfermeria por turno que realiza la actividad grupal

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de personal enfermeria que participa

Denominador .....: Nº de personal presente en el turno

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: cartelera unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

3. Nº diagnosticos enfermeros detectados

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº diagnosticos enfermeros nuevos detectados

Denominador .....: Nº diagnosticos enfermeros totales valorados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: NANDA

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

4. Satisfaccion del paciente

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº encuestas recogidas con resultado de satisfactorio / muy satisfactorio

Denominador .....: Nº encuestas recogidas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: pacientes ingresados en este periodo de tiempo

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 200.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 108.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 200.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#816

### 1. TÍTULO

#### TECNICAS DE RELAJACION PARA MEJORAR EL BIENESTAR DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#816 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ANADON RUIZ LETICIA

Título  
TECNICAS DE RELAJACION PARA MEJORAR EL BIENESTAR DEL PACIENTE

Colaboradores/as:  
CASTELLOTT APARICIO PAULA INES  
HERNANDEZ HERNANDEZ MARIA PILAR  
LAHUERTA RUBIO MARIA SUSANA  
NAVARRO MARTINEZ ANA CRISTINA  
ORTIZ ARAGON SHEILA  
PEREZ MIGUEL MARIA CARMEN  
SOLER MUÑOZ MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: UCE HOSPITAL OBISPO POLANCO

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se propone un proyecto de mejora de calidad en salud sobre técnicas de relajación trabajando en equipo. Está demostrado que las técnicas de relajación pueden ayudar a mejorar estados de ansiedad, depresión e insomnio. Como profesionales sanitarios podemos facilitar el aprendizaje de dichas técnicas para mejorar el bienestar de los pacientes. Actualmente en la Unidad de Psiquiatría de Corta Estancia del Hospital Obispo Polanco se realizan, puntualmente, sesiones de relajación, sin embargo, no se registran los datos, por lo que se desconoce la repercusión de éstas sobre el bienestar emocional de los pacientes. Además, parece posible mejorar ciertos aspectos de dichas sesiones, por lo que para ello es necesario el trabajo en equipo y la formación de los profesionales sanitarios en materia de relajación.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Conocimientos por parte de los profesionales sobre técnicas de relajación y cómo facilitar su aprendizaje.
- Registro de las actividades de relajación realizadas en la unidad.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Falta de conocimientos suficientes por parte de los profesionales relacionados con la realización de técnicas de relajación y cómo facilitar su aprendizaje.
- Falta de registros sobre las actividades de relajación realizadas en la unidad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Facilitar la recogida de datos mediante registros para su posterior evaluación.
- Aumentar el bienestar/satisfacción de los pacientes mediante la utilización de técnicas de relajación.
- Fomentar la participación de los profesionales en la enseñanza de técnicas de relajación y de los pacientes en su aprendizaje.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones del grupo de trabajo para identificar, analizar, proponer modificaciones y mejoras del programa.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/03/2023  
Responsable.: LETICIA ANADON

2. Recopilación de información basada en la evidencia.

Fecha inicio: 01/05/2022  
Fecha final.: 31/07/2022  
Responsable.: SUSANA LAHUERTA, PILAR HERNANDEZ

3. Elaboración de registros que permitan evaluar los objetivos.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/10/2022  
Responsable.: SHEILA ORTIZ, PAULA CASTELLOTT

4. Intervención mediante técnicas de relajación.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/02/2023  
Responsable.: ANA CRISTINA NAVARRO, CARMEN SOLER, CARMEN PEREZ

5. Análisis de los datos recogidos y elaboración de conclusiones.

Fecha inicio: 01/02/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#816

### 1. TÍTULO

#### TECNICAS DE RELAJACION PARA MEJORAR EL BIENESTAR DEL PACIENTE

Fecha final.: 01/03/2023

Responsable.: LETICIA ANADON, PAULA CASTELLOT

6. Presentación de los resultados.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 10/03/2023

Responsable.: SHEILA ORTIZ, ANA CRISITINA NAVARRO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % pacientes ingresados en la unidad que asisten a la técnica de relajación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº pacientes que participan

Denominador .....: Nº pacientes ingresados en la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Ingresos en la unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.03

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.70

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. % personal de enfermería por turno que realiza la actividad grupal

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº personal de enfermería que participa

Denominador .....: Nº personal de enfermería presente en el turno

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cartelera laboral de la unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

3. Bienestar/mejoría tras técnica de relajación

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº encuestas recogidas con resultado "satisfactorio" o "muy satisfactorio"

Denominador .....: Nº encuestas recogidas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes ingresados durante el periodo de tiempo a estudio

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 200.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 108.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 200.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#12

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UNA "GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA Y DEL DELIRIUM" EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 24/05/2022

Nº de registro: 2022#12 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VALDOVINOS MAHAVE CONCEPCION

Título  
IMPLEMENTACION DE UNA "GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA Y DEL DELIRIUM" EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Colaboradores/as:  
DEL VALLE LAPEDRA PALOMA  
FUERTES CATALAN MARIA TERESA  
GOMEZ RUCIO MARIA ANGELES  
MARTIN JULIAN ISABEL  
MARTIN ESCOBEDO ANA  
MEDINA VIVAS RODRIGO SEBASTIAN  
MONTON DITO JOSE MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

-La sedoanalgesia debe ser la adecuada a las necesidades del paciente en cada momento de su evolución clínica, ni por debajo, ni por encima; para evitar riesgos. Y la detección precoz de los pacientes en riesgo de desarrollar un delirium es fundamental para prevenir el desarrollo de complicaciones.  
-Las complicaciones asociadas a una inadecuada sedoanalgesia y falta de prevención del delirium influyen en: la comodidad, la seguridad, la supervivencia, la calidad de vida posterior, la rotación de camas de la UCI y los costes.  
-En el año 2017 la Sociedad de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) publicó los "Indicadores de Calidad en el enfermo crítico", dentro de los cuales están: la monitorización y adecuado manejo de la sedación y del dolor; y la identificación y prevención del delirium. Y en el año 2019, se publican las "Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia y delirium en el paciente adulto críticamente enfermo".

#### ÁREAS DE MEJORA

-Ausencia de uniformidad en la valoración, manejo y tratamiento de la sedoanalgesia y delirium en la UCI.

#### ANALISIS DE CAUSAS

-Falta de protocolos de actuación  
-Falta de identificación de pacientes de riesgo en desarrollar delirium  
-Ausencia de aplicación de escalas de prevención y de monitorización  
-Excesiva rotación de personal

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Estandarizar el manejo de la sedoanalgesia y delirium, dentro de las Prácticas Seguras realizadas en la UCI (Indicadores de Calidad de la SEMICYUC), aplicando las Recomendaciones de las Guías de práctica clínica.  
-Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuir la variabilidad en la práctica clínica; evaluado mediante la cumplimentación de los Registros de Escalas de evaluación al ingreso, y monitorización diaria según el Protocolo.  
-Disminuir las complicaciones del mal manejo de estos pacientes (en el último registro de EA en nuestra unidad cuantificamos un 10% de pacientes con autoretirada de dispositivos (tubo endotraqueal, sondas, catéteres). Aumentando la seguridad y el bienestar del paciente.  
-Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial.  
-Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas adoptadas.  
-Ayuda a profesionales de nueva incorporación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Revisión de la Bibliografía

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 19/06/2022

Responsable.: José María Montón Dito

2. -Realizar un Protocolo de valoración, manejo y tratamiento de la sedoanalgesia y el delirium.

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 10/07/2022

Responsable.: Mª Concepción Valdovinos Mahave

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#12

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UNA "GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA Y DEL DELIRIUM" EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

3. -Valoración de las escalas de medición a utilizar.

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 10/07/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Angeles Gómez Rucio

4. -Sistematizar y elaborar un Registro de las medidas realizadas.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 18/09/2022

Responsable.: Sebastián Medina Vivas

5. -Incorporación al Sistema de Gestión Informática del Protocolo, Registros y Escalas de medición

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 09/10/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Teresa Fuertes Catalán

6. -Sesiones de formación al personal de UCI.

Fecha inicio: 10/10/2022

Fecha final.: 23/10/2022

Responsable.: Ana Martín Escobedo

7. -Monitorizar el cumplimiento de las medidas.

Fecha inicio: 24/10/2022

Fecha final.:

Responsable.: Paloma del Valle Lapedra

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. -Profesionales que reciben formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Personal médico y de enfermería de UCI que asiste a las Sesiones de formación

Denominador ..... Total de personal médico y de enfermería de la UCI

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Hoja de Registro de asistencia

Est.Mín.1ª Mem .. 100.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 100.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

2. -Monitorización de la Sedación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Nº periodos de 8 horas con sedación monitorizada

Denominador ..... Nº periodos de 8 horas con ventilación mecánica (VM) y sedación continua (días de VM y sedación continua x 3)

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Registro en Sistema de Gestión informático de la UCI

Est.Mín.1ª Mem .. 85.00

Est.Máx.1ª Mem .. 95.00

Est.Mín.2ª Mem .. 95.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

3. -Monitorización del Dolor

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Nº pacientes no comunicativos monitorizados

Denominador ..... Nº pacientes no comunicativos

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Registro en Sistema de Gestión informático de la UCI

Est.Mín.1ª Mem .. 80.00

Est.Máx.1ª Mem .. 90.00

Est.Mín.2ª Mem .. 90.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

4. -Monitorización del Dolor

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Nº pacientes comunicativos monitorizados

Denominador ..... Nº pacientes comunicativos

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Registro en Sistema de Gestión informático de la UCI

Est.Mín.1ª Mem .. 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#12

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UNA "GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA Y DEL DELIRIUM" EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. -Identificación del Delirium  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° pacientes ingresados en UCI>24 horas en que se valora la presencia de delirium  
Denominador .....: N° pacientes ingresados en UCI>24 horas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro en Sistema de Gestión informático de la UCI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. -Monitorización de Seguridad: autoretirada de dispositivos  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° pacientes que presentan autoretirada de dispositivos  
Denominador .....: N° pacientes ingresados con dispositivos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro Sinasp  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 8.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

7. -Cumplimentación de Registros de Escalas de valoración y monitorización diaria según Protocolo  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° pacientes con cumplimentación del Registro de escalas diario  
Denominador .....: N° pacientes ingresados en UCI>24h  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro en Sistema de Gestión informático de la UCI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes críticos

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#20

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA INSERCIÓN ECOGUIADA DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES Y ARTERIALES EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 27/05/2022

Nº de registro: 2022#20    \*\* Mejora de la Práctica Clínica    \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MONTON DITO JOSE MARIA

Título  
IMPLEMENTACION DE LA INSERCIÓN ECOGUIADA DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES Y ARTERIALES EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Colaboradores/as:  
LOPEZ OLIVAS MARIA SOLEDAD  
MUNTADAS JIMENEZ MONICA  
PEREZ NAVARRO MARIA JESUS  
ROSADO ROMERO SONSOLES  
SANCHEZ RUBIO CELIA  
VALDOVINOS MAHAVE CONCEPCION  
ZAPATER LOPEZ VERONICA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

-En nuestro servicio tenemos un Protocolo de inserción de catéteres ecoguiados, que se implementó entre los años 2020 y 2021. Pero la plantilla de enfermería se ha renovado por lo que hay que volver a implantarlo. El Proyecto es importante por las siguientes razones:

-Las complicaciones asociadas a la colocación de catéteres venosos centrales y arteriales son frecuentes. Utilizando la técnica ecográfica se eliminan: las maniobras sobre venas/arterias/nervios no punccionables, las molestias que ello causa al paciente y las complicaciones del procedimiento. -En el 2011 se publicaron recomendaciones por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), para la práctica segura de técnicas sanitarias; una de las 11 recomendaciones es "la utilización de la guía ecográfica en tiempo real para la canalización de venas centrales y arteriales". En el 2012 se publica en Reino Unido por el National Institute for Clinical Excellence (NICE), una Guía donde también se recomienda la utilización de la ecografía como práctica segura. Posteriormente, en 2011 se incorpora a las Guías de inserción de los CDC. -Las ventajas que ofrece la técnica ecográfica en los accesos vasculares son: 1. Una mayor seguridad para el paciente. 2. Visualización de estructuras anatómicas cercanas, permitiendo observar anomalías anatómicas antes de la punción. Determinar la ubicación exacta del vaso y su permeabilidad, pudiendo descartar venas de pequeño calibre o trombosadas, preservando el capital venoso al minimizar el número de punciones en accesos venosos deteriorados. 3. Diferenciar entre vena y arteria. 4. Acceder a vasos situados por encima de la fosa antecubital, donde la vena es más grande, siendo la implantación del catéter más cómoda para el paciente, y se reduce el riesgo de flebitis mecánica. 5. Ver en tiempo real la aguja. 6. Reducir la tasa de complicaciones. 6. Al visualizar los vasos hasta en una profundidad de 6cm, se logra la canalización exitosa, a menudo en el primer intento.

#### ÁREAS DE MEJORA

-Ausencia de formación en la inserción ecoguiada de los catéteres venosos centrales y arteriales  
-Actualizar el Registro en el Sistema de gestión informático de la UCI

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

-Cambio de la plantilla de enfermería tras la implementación del protocolo  
-Falta de conocimiento del Protocolo implementado en la UCI

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Estandarizar la técnica ecográfica de canalización de vías venosas centrales y arteriales, dentro de las Prácticas Seguras realizadas en la UCI, aplicando las Recomendaciones de las Guías de práctica clínica de inserción de los CDC. -Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuir la variabilidad en la práctica clínica. -Disminuir las complicaciones de la canalización de las vías (número de punciones, neumotórax, lesiones nerviosas/arteriales, infecciones, trombosis). Aumentando la seguridad y el bienestar del paciente. -Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial. -Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas adoptadas. Ayudar a profesionales de nueva incorporación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Sesiones de formación al personal de la UCI

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: José María Montón Dito



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#20

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA INSERCIÓN ECOGUIADA DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES Y ARTERIALES EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. -Actualizar el Registro e incorporarlo en el Sistema de gestión informático de la UCI

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 30/06/2022

Responsable.: Mónica Muntadas Jiménez

3. -Monitorizar la correcta Cumplimentación del Registro

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/09/2023

Responsable.: Verónica Zapater López

4. -Monitorizar el Indicador de Bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales y arteriales

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/09/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Concepción Valdovinos Mahave

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. -Profesionales que reciben formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Personal médico y de enfermería de UCI que realiza el curso de formación

Denominador .....: Total de personal médico y de enfermería de la UCI

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de Registro de asistencia al Curso de formación

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. -Cumplimentación del Protocolo de inserción ecoguiada

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes a los que se le inserta un catéter venoso central o arterial ecoguiado

Denominador .....: Total de pacientes a los que se les inserta un catéter venoso central o arterial

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro en el Sistema informático de gestión de la UCI

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. -Bacteriemias relacionadas con catéter venoso central y arterial

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Bacteriemias asociadas a catéter venoso central

Denominador .....: Total de días con catéter venoso central

x(1-100-1000) ...: 1000

Fuentes de datos.: Registro en el Sistema informático de gestión de la UCI

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.50

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Hombres

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes críticos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#100

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DEL VIH EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 13/06/2022

Nº de registro: 2022#100 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MUÑOZ MENDOZA VANESA

Título  
IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DEL VIH EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
COSCOLLAR ESCARTIN IRENE  
LOPEZ MAS CLARA  
MORENO LUCENTE ISABEL  
RODRIGUEZ MARCO ELENA  
ROYO MORENO MIREIA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En España se estima que existen unas 150.000 personas con infección VIH, de los cuales más de 20.000 desconoce su estado serológico, se estima que un 18% de las personas que viven con infección por VIH en España desconocen que están infectadas.

Casi la mitad de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se realizan de forma tardía, lo que provoca aumento en la morbimortalidad, una mayor expansión de la epidemia y un incremento en los costes sanitarios públicos.

En los servicios de Urgencias se atiende a muchos pacientes que presentan situaciones indicadoras de infección por VIH o que compartan su misma vía de transmisión. Se estima que un 28% de las oportunidades diagnósticas perdidas en infección VIH se dan en los Servicios de Urgencias. Por ello cada vez es más importante implicar a los Servicios de Urgencias en el diagnóstico precoz de VIH.

#### ÁREAS DE MEJORA

Evitar oportunidades pérdidas de diagnóstico precoz de VIH en los servicios de Urgencias.  
Evitar el diagnóstico tardío del VIH.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En los Servicios de Urgencias se atienden una serie de entidades clínicas que no se atienden en otros niveles asistenciales y con su detección y solitiando serologías de VIH en esos casos podemos evitar tanto las oportunidades perdidas de diagnóstico como el diagnóstico tardío de la infección VIH.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Proponer el cribado no urgente de VIH en seis entidades clínicas seleccionadas por su elevada prevalencia en pacientes VIH positivos y la alta frecuencia con la que son atendidos en urgencias. Entre estas entidades se incluye infecciones de transmisión sexual (ITS), síndrome mononucleósico, neumonía adquirida en la comunidad (NAC), herpes zóster, pacientes que solicitan profilaxis postexposición y practicantes de chemsex.
2. Extender este cribado también a patologías como VHB, VHC y sífilis que comparten las mismas vías de transmisión del VIH.
3. Ofertar este cribado a personas sexualmente activas o personas que desconocen su estado serológico que consultan en los Servicios de Urgencias con cualquiera de estas seis entidades clínicas.
4. Fomentar el diagnóstico precoz de VIH y evitar los diagnósticos tardíos y las consecuencias de los mismos

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recogida de datos sobre diagnósticos de VIH en los últimos años.

Fecha inicio: 30/05/2022

Fecha final: 30/06/2022

Responsable.: Vanesa Muñoz Mendoza

2. Redacción del protocolo sobre diagnóstico precoz de VIH en los Servicios de Urgencias y publicación del mismo en la Intranet del Hospital para que esté disponible para todos los profesionales sanitari

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 13/06/2022

Responsable.: Vanesa Muñoz Mendoza

3. Comenzar a solicitar serologías de VIH, VHB, VHC y sífilis en las entidades clínicas descritas

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 01/06/2023

Responsable.: Vanesa Muñoz Mendoza

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#100

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DEL VIH EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de detecciones de VIH desde el Servicio de Urgencias.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Serologías positivas a VIH  
Denominador .....: Total de serologías solicitadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Resultados de laboratorio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

2. Porcentaje de pacientes detectados que han sido localizados y se ha comunicado el resultado.

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Serologías positivas a VIH  
Denominador .....: Total de pacientes localizados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Resultados de laboratorio.  
Informes de PCH  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

3. Porcentaje de pacientes detectados que han sido remitidos a Consulta de Infecciosas

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes remitidos a Consulta de Infecciosas  
Denominador .....: Total de pacientes detectados.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Informes de PCH, HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#111

### 1. TÍTULO

#### CIRCUITO DE PACIENTES AMBULATORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 14/06/2022

Nº de registro: 2022#111 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GALVE ROYO FERNANDO

Título  
CIRCUITO DE PACIENTES AMBULATORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
LOPEZ MAS CLARA  
MUÑOZ MENDOZA VANESA  
OLIVER SERRANO MIGUEL  
RODRIGUEZ MARCO ELENA  
ROYO MORENO MIREIA  
RUIZ GARCIA ALVARO  
VICENTE CORTES MARIA ROSA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el servicio de Urgencias del HOP se atendieron 34630 urgencias en 2018, 36.104 en 2019, 25.520 en 2020 y en 2021 32.101. En 2022, la tendencia asistencial sigue siendo creciente, superando en los últimos meses las cifras más altas registradas. La estructura física del servicio se ha tenido que remodelar para adaptarnos a las exigencias estratégicas y prioridades asistenciales desde la implantación del plan funcional de urgencias, pero sin aumentar su área total y siendo claramente insuficiente. La necesidad de discriminar pacientes con sospecha de patología infecciosa previo a su atención a generado un caos constante y ha puesto muy al límite la seguridad asistencial. En las últimas modificaciones estructurales realizadas un poco antes de la pandemia se pudieron redistribuir espacios sacando fuera del servicio áreas de vestuarios de profesionales para generar consultas y poder hacer circuitos prácticos y más racionales y acordes a las necesidades por niveles asistenciales, evitando así circuitos ineficientes y bloqueos de espacios por pacientes que no precisaban permanecer en un área o box dificultando la atención de otros pacientes de mayor prioridad. Se ha visto afectada la intimidad de los pacientes, se ha generado mayor estrés a los profesionales y también se ha visto afectada la calidad de la información al alta

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la calidad asistencial, especialmente , proteger a los pacientes más vulnerables y adecuar y garantizar su correcta atención.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Los pacientes con patologías menos graves han ocupado espacios o boxes que limitan luego el tiempo, y generan circuitos ineficaces que impiden uso de esos espacios para pacientes críticos, contaminan y son fuente de ineficiencia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1.- Adecuar la asistencia la gravedad y urgencia de cada paciente, de modo que garanticemos la atención de los pacientes más vulnerables y críticos que acuden al servicio de urgencias y de aquellos pacientes con patología tiempo dependientes. Estos pacientes solo pueden atenderse en boxes
- 2.- Atender a aquellos pacientes que pueden atenderse en la consulta ambulatoria y no precisan box de urgencias en un circuito que permita su correcta atención sin interferir con la atención de pacientes más vulnerables o críticos
- 3.- optimizar el uso de espacios del servicio, disminuyendo tiempos de atención y adecuando recursos

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Fase de Información previa: se ha generado un documento en Word con el circuito a implementar que se ha compartido con médicos y enfermeras y se ha informado a celadores y a radiodiagnostico

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 01/06/2022

Responsable.: Fernando Galve Royo

2. Se ha revisado funcionamiento de Triage con personal de enfermería

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 01/06/2022

Responsable.: Maria Rosa Vicente Cortes

3. Se ha adecuado la salas de ambulatoria y se han categorizado y relacionado patologías a atender en dicho circuito.

Fecha inicio: 01/05/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#111

### 1. TÍTULO

#### CIRCUITO DE PACIENTES AMBULATORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha final.: 01/06/2022

Responsable.: Fernando Galve Royo

4. Inicio de actividad de circuito ambulatorio y periodo de evaluación

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Fernando Galve Royo

5. Introducción de medidas correctoras y adaptaciones para agilizar el funcionamiento del circuito

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Fernando Galve Royo

6. Análisis y comparación de resultados e indicadores en periodos similares, antes y después

Fecha inicio: 01/09/2023

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Fernando Galve Royo

7. Emisión de Informe para Dirección

Fecha inicio: 01/12/2023

Fecha final.:

Responsable.: Fernando Galve Royo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Estas son las principales actividades previstas, pero conforme ponemos en marcha una nueva línea de actuación en el servicio surgen oportunidades de mejora y adecuaciones de circuitos asistenciales para rentabilizar recursos de espacio y tiempo de profesionales, que iremos implementando y resumiendo en la memoria de seguimiento y en la memoria final.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes con Nivel IV y V atendidos en sala de ambulatorio (Indicador de Alcance).

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número pacientes con criterios atendidos en salas de circuito ambulatorio.

Denominador .....: número total de pacientes con criterio asignado desde triaje.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH y registro HISS

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Tiempo medio de asistencia pacientes con Nivel II (Indicador de Impacto).

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Sumatorio tiempos pacientes Nivel II

Denominador .....: número pacientes nivel II

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: PCH y registro HISS

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

3. Tiempo medio de asistencia pacientes con Nivel III (Indicador de Impacto).

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Sumatorio tiempos pacientes Nivel III

Denominador .....: número pacientes nivel III

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: PCH y registro HISS

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

4. Percepción de calidad de los usuarios (número de reclamaciones relacionadas) y de los profesionales

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de reclamaciones relacionadas por demora en asistencia o incomodidad y falta de privacidad

Denominador .....: Total de reclamaciones

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro reclamaciones de atención al usuario

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#111

### 1. TÍTULO

#### CIRCUITO DE PACIENTES AMBULATORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Toda la población atendida en el servicio de urgencias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#30

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CRÍTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 31/05/2022

Nº de registro: 2022#30 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHEZ LAHUERTA SORAYA

Título  
PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CRÍTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Colaboradores/as:  
COMAS MICOLAU EDUARDO  
CUADRADO GARCIA MONICA  
GARCIA GARCIA PILAR  
HERNANDEZ GARCIA LOURDES  
HERNANDEZ GOMEZ EVA  
JARQUE POLO JULIO  
MAICAS MAICAS MARIA JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel atiende urgencias generales. En el año 2018 se atendieron 34.630 urgencias, en el 2019 fueron 36.104, en 2020 fueron 25.520 y en 2021 se atendieron 32.101. De ellas, el año, pasado 35 correspondieron a niveles I de triaje (0,1%), 1.800 de nivel II (5,6%), 12.352 de nivel III (38,47%), 16.915 de nivel IV (51,44%) 1.279 de nivel V (3,98%) En estos datos se engloban pacientes tanto adultos como pediátricos, y con gran diversidad de patologías. Esto supone que los profesionales que lo integran deben estar cualificados para la diversidad de situaciones que se presentan.

La rotación de profesionales de todas las categorías (médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores) y la gran cantidad de personal en formación (estudiantes de enfermería y médicos residentes), nos conduce a elaborar estrategias para garantizar la atención segura partiendo de un análisis de las causas, entre todos los integrantes del grupo de mejora, y a recabar la opinión de los profesionales a través de una encuesta.

La atención segura de pacientes en el box de críticos de los servicios de Urgencias, requiere que todo el aparataje, material y medicación esté disponible adecuadamente, así como que el personal esté adiestrado en el manejo y la atención urgente, por ello con este proyecto pretendemos reforzar esa seguridad realizando un buen mantenimiento y control de los dispositivos y medicación de dicho box, y aumentando la formación específica de los profesionales de nuestro servicio.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disponibilidad del material del box de críticos  
Revisiones de medicación del box de críticos  
Revisiones del maletín del box de críticos  
Formación de los profesionales en situaciones de urgencia vital  
Adiestramiento de profesionales con nuevos dispositivos y técnicas

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Se han encontrado aparatos mal montados o ausencia de algún material alguna vez  
Se han encontrado fármacos caducados o en cantidad insuficiente en alguna ocasión  
Se han encontrado fármacos caducados en alguna ocasión  
Son situaciones estresantes que necesitan una respuesta rápida y segura  
Surgen dudas en el uso de nuevos dispositivos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Garantizar la seguridad de los pacientes que precisan atención en el box de vitales, a través de unas estrategias definidas  
Reducir al mínimo la ansiedad del enfermo y facilitar su adaptación al entorno de la unidad  
Optimizar la formación del personal para ofrecer una atención eficaz al paciente crítico  
Familiarizar al personal con los nuevos dispositivos que se van integrando para la atención urgente

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión de presentación del proyecto al servicio de Urgencias y encuesta previa a los profesionales  
Fecha inicio: 22/10/2020  
Fecha final: 22/10/2020  
Responsable.: Soraya Sánchez Lahuerta

2. Talleres y sesiones sobre Electrocardiografía para Enfermería, Métodos de Intubación, Ecografía para Enfermería, Diluciones Pediátricas, Código ictus

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#30

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CRÍTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha inicio: 24/10/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Equipo

3. Simulacros paciente Politraumatizado, RCP pediátrica, RCP adulta

Fecha inicio: 26/10/2020

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Equipo

4. Elaboración de check list de revisión del material del box de críticos, de la medicación del box de críticos y del maletín de urgencias

Fecha inicio: 01/07/2020

Fecha final.: 31/07/2020

Responsable.: Equipo

5. Cumplimentación de check list de revisión del material del box de críticos, de la medicación del box de críticos y del maletín de urgencias

Fecha inicio: 01/07/2020

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Equipo

6. Elaboración y Cálculo de Indicadores

Fecha inicio: 01/09/2020

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Equipo

7. Análisis de causas con elaboración de diagrama de Ishikawa y Análisis Modal de Fallos y efectos (AMFE)

Fecha inicio: 01/07/2020

Fecha final.:

Responsable.: Equipo

8. Encuesta de satisfacción a los Profesionales al finalizar el proyecto

Fecha inicio: 27/11/2023

Fecha final.: 03/12/2023

Responsable.: Equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Las actividades fueron ya puestas en marcha en el año 2020, realizando la sesión presentación, la encuesta que cumplimentaron los profesionales del servicio antes de empezar las actividades, y un simulacro del paciente politraumatizado. Los check list se están rellenando también desde ese año, por lo que tenemos indicadores calculados a fecha 2021.

Los check list de revisión del material del box de críticos se cumplimentan a diario en turno de mañana y de tarde; el de la medicación del box de críticos y el del maletín de urgencias se cumplimentan mensualmente.

En los talleres y simulacros participan como docentes también algunos compañeros del servicio que no figuran como participantes en el proyecto.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de cumplimentación de los check list de revisión del box en turno de mañana

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de mañanas que se rellena el check list

Denominador .....: número de días totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Check list de revisión del box de críticos

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. Porcentaje de cumplimentación de los check list de revisión del box en turno de tarde

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de tardes que se rellena el check list

Denominador .....: número de días totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Check list de revisión del box de críticos

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Porcentaje de reducción de medicamentos caducados en el box 3

Tipo de indicador: Alcance



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#30

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CRÍTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Numerador .....: número de medicamentos del box 3 caducados

Denominador .....: número de medicamentos totales del box 3

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Check list medicación

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

4. Opinión del personal sobre la formación y utilización de nuevos dispositivos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: número de profesionales que puntúan la formación con igual o mayor a 8 puntos

Denominador .....: número de profesionales totales de urgencias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. Porcentaje de adecuación de las revisiones diarias

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de ítems del check list diario cumplimentados

Denominador .....: número de ítems correctamente revisados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Check list de revisión del box de críticos

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

6. Porcentaje de cumplimentación de los check list de medicación del box de críticos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de meses que se realiza la revisión de la medicación del box de críticos

Denominador .....: meses totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Check list de revisión de medicación

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. Porcentaje de cumplimentación de los check list del maletín

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de meses que se realiza la revisión del maletín

Denominador .....: meses totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Check list de revisión del maletín

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

8. Valoración del proyecto por los profesionales

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: número de profesionales que consideran que el proyecto ha contribuido a prestar una atención más segura

Denominador .....: número de profesionales totales en la plantilla

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Los dos indicadores de Impacto "Porcentaje de reducción de medicamentos caducados en el box 3" y "Porcentaje de reducción de incidencias relacionadas con el material del box de críticos" se calcularán en diciembre de 2022 y diciembre 2023, y se hallará la diferencia entre los valores de ambos años para así poder evaluar el impacto y si verdaderamente conseguimos reducir esas incidencias con nuestras actividades y revisiones. Esta diferencia será comentada en la memoria final.

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#30

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CRÍTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología de urgencia

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#233

### 1. TÍTULO

#### MEJORAR LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON HERIDAS CRONICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#233 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MAICAS MAICAS MARIA JOSE

Título  
MEJORAR LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON HERIDAS CRONICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL OBISPO POLANCO

Colaboradores/as:  
CALPE MARTIN MIRIAM  
COLLADOS MARTIN MARIA DOLORES  
COMAS MICOLAU EDUARDO  
MIGUEL ORTEGA MARIA LUISA  
MILLA VICENTE ROSA MARIA  
SALESA NAVARRO LUCIA  
VICENTE CORTES MARIA ROSA

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El último estudio de prevalencia de heridas crónicas en España data del año 2013 e indica que la prevalencia UPP. (Úlceras por presión) no ha disminuido respecto a años anteriores en todos los niveles asistenciales, existiendo una prevalencia concretamente en los S.U. (Servicios de Urgencias) del 4,92%. Las heridas crónicas generan un problema sanitario con un elevado impacto económico, suponiendo un 5,2% del gasto sanitario del país. La tasa de UPP. constituyen un indicador de calidad de los cuidados de enfermería en relación con la seguridad del paciente. El estudio ENEAS indica que en hospitales de tamaño similar al nuestro (H.O. Polanco) un 8% está relacionado con los cuidados dentro de los que se incluiría la prevención y cura de las UPP. Nuestro S.U. atiende población adulta y pediátrica, siendo la primera la que más atenciones presenta por las características de la población de nuestro Sector, teniendo en cuenta que Teruel cuenta con un gran número de residencias sociosanitarias. La idiosincrasia de la actividad del S.U. con sus picos de gran presión asistencial, nos lleva a no valorar adecuadamente los cuidados que precisan las heridas crónicas. Además de que en alguna ocasión son hallazgos casuales que no son el motivo de la consulta en el S.U. La rotación del personal y las constantes innovaciones en este campo, nos llevan a plantearnos este proyecto de mejora para adecuar nuestros cuidados a la mejor evidencia disponible, así como garantizar la continuidad de los cuidados.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Seguridad del paciente: Unificación de criterios para la valoración y cuidados de las UPP. de un procedimiento consensuado en el S.U.
- Mejora de la comunicación entre profesionales : A través de ICC.
- Formación: Mejorar la formación y destrezas de cuidados en este ámbito.
- Mejorar la prevención: Al mejorar la valoración y registro de escalas de riesgo.
- Investigación: Estar al día de las últimas novedades de materiales para abordar estos cuidados y garantías

#### ANALISIS DE CAUSAS

- No existe procedimiento de actuación ante heridas crónicas. Actualmente se realizan diferentes tratamientos para curar las UPP. sin que exista unificación de cura.
- Existen diferentes niveles de formación sanitaria ,elevada presión asistencial y rotación entre los profesionales sanitarios del S.U.
- No hay garantía de continuidad del cuidado, produciéndose un déficit de implementación de escalas de riesgo, valoración y tratamiento en las curas.
- Constante innovación en materiales de cura .

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Implantar un procedimiento consensuado basado en la mejor evidencia disponible para los cuidados de los pacientes que acuden a urgencias con UPP. y que evite la variabilidad entre los profesionales y garantizar la continuidad de los cuidados.
- Garantizar el registro en la Historia Clínica Electrónica ( HCE) de las escalas correspondientes para la valoración de riesgo.
- Proporcionar la formación necesaria para que todos los profesionales puedan llevar a cabo los cuidados con los mismos criterios.
- Adecuar la provisión de materiales en cantidad y variedad suficiente.
- Garantizar la continuidad de los cuidados llevando a cabo el informe de enfermería para su seguimiento en otros niveles asistenciales .

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#233

### 1. TÍTULO

#### MEJORAR LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON HERIDAS CRONICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL OBISPO POLANCO

- Mejorar la satisfacción de los profesionales con este ámbito de atención.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de un procedimiento para la actuación ante heridas crónicas en el S.U. en consonancia con el actual protocolo en vigor en el Hospital.

Fecha inicio: 22/06/2022

Fecha final.: 30/07/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> José Maicas

2. Presentación del proyecto a los profesionales.

Fecha inicio: 23/06/2022

Fecha final.: 18/07/2022

Responsable.: Rosa Vicente

3. Llevar a cabo las modificaciones necesarias en el PCH para el registro de escalas de riesgo o del formato a seguir a la hora de registrar en la HCE. el ICC. Se crea triaje avanzado en el PCH.

Fecha inicio: 23/06/2022

Fecha final.: 01/08/2022

Responsable.: Miriam Calpe

4. Realización de talleres dentro de la Unidad para mejorar la formación del personal.

Fecha inicio: 20/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Lucia Salesa

5. Elaborar los diferentes documentos para el control de materiales.

Fecha inicio: 22/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Eduardo Comas

6. Ubicación y puesta en marcha de los materiales en el Kanban.

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Loli Collados

7. Medir indicadores trimestralmente.

Fecha inicio: 22/06/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Luisa Miguel

8. Informar de los resultados a los profesionales.

Fecha inicio: 30/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Rosa Milla

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cumplimentación de escalas.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N.º pacientes vistos por UPP. con escala de valoración de riesgo realizada.

Denominador .....: N.º total de pacientes vistos por UPP..

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH y historia clínica del paciente (HCE).

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Formación profesionales.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N.º de profesionales que acuden a los talleres de formación.

Denominador .....: N.º total de profesionales de enfermería del S.U.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de asistencia.

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#233

### 1. TÍTULO

#### MEJORAR LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON HERIDAS CRONICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL OBISPO POLANCO

##### 3. Verificación de materiales.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N.º de revisiones semanales de Kanban realizadas.

Denominador .....: N.º de semanas en el periodo evaluado.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de verificación.

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 4. Cumplimentación de ICC.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N.º de pacientes tratado en el S.U. por UPP. con ICC.

Denominador .....: N.º de pacientes totales tratados en SU por UPP..

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH y HCE.

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 5. Satisfacción de los profesionales.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N.º de profesionales satisfechos con el proyecto.

Denominador .....: N.º de profesionales de enfermería del S.U..

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta .

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#318

### 1. TÍTULO

#### APLICACION DE LOS CRITERIOS DE OTTAWA PARA LA REALIZACION DE RADIOGRAFIAS DE TOBILLO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#318 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
IANNUZZELLI BARROSO CARLA GRACIELA

Título  
APLICACION DE LOS CRITERIOS DE OTTAWA PARA LA REALIZACION DE RADIOGRAFIAS DE TOBILLO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
GALLEGO PEÑALVER FRANCISCO JOSE  
MARTINEZ BURGUI JESUS ANGEL  
MARTINEZ OVIEDO ANTONIO  
MARTINEZ PEREZ ASENSIO  
ROMERO DE LA HIGUERA SILVIA BEATRIZ  
SANCHIS YAGO BEATRIZ  
VILLALBA GARCIA JUSTO

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Ubicación/es secundaria/s  
TERUEL\*HOSPITAL OBISPO POLANCO\*REHABILITACIÓN\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los esguinces y fracturas de tobillo son una de las lesiones más valoradas en los Servicios de Urgencias. La solicitud de radiografías en este tipo de lesiones se realiza principalmente para excluir la presencia de fracturas significativas, sin embargo, la incidencia de fracturas en estas lesiones es inferior al 15%. A pesar de la baja proporción, la gran mayoría de pacientes son valorados con radiografías que son innecesarias. Esto da como resultado un aumento de la exposición de la radiación por parte del paciente, un aumento del tiempo de espera, un elevado número de derivaciones al hospital de referencia y un exceso de costes por la realización de las pruebas complementarias. Como ejemplo, ha sido reportado que los gastos de las radiografías de tobillo en Canadá y Estados Unidos superan a los cateterismos coronarios, pese a ser un procedimiento mucho menos costoso. La determinación de criterios fiables y validados favorecerían el uso racional de las radiografías y disminución del coste, estancia del paciente en el Servicio de urgencias, disminución de traslados a Hospitales de tercer nivel y disminución de la saturación de los Servicios de Urgencias.

Para intentar solucionar esta situación se establecieron los criterios de Ottawa de tobillo en 1992. Estos criterios conforman una exploración física avanzada que orienta la realización o no de pruebas radiográficas. Estos criterios fueron posteriormente validados en el 1993 y en el 1999 por diferentes grupos investigadores, implementados en el 1994-1995 y revisados de manera sistemática en el 2003. Su uso es mundialmente conocido y utilizado por la comunidad médica actual.

#### ÁREAS DE MEJORA

Peticiones innecesarias ante contusiones de tobillo

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Evitar un gasto innecesario, colapsar la urgencia y evitar irradiación al paciente. Evitar desplazamientos innecesarios desde centros lejanos de los pacientes afectados

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo del presente proyecto es implementar el uso de los criterios de Ottawa para tobillo en el Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco y de esta forma reducir significativamente el número de radiografías innecesarias de tobillo.

Por otro lado, también nos proponemos como objetivo secundario informar a todos los centros de salud con Servicios de Urgencias pertenecientes al Sector Teruel, con la idea de disminuir las derivaciones de pacientes con este tipo de lesiones al hospital de referencia.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Implementar en el programa informático PCH los criterios de Ottawa para tobillo en la pestaña "Escalas", donde se pondrá un ítem en cada punto de valoración.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Administrador del PCH

2. Realizar sesiones informativas con el personal que trabaja en el Servicio de Urgencias.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#318

### 1. TÍTULO

#### APLICACION DE LOS CRITERIOS DE OTTAWA PARA LA REALIZACION DE RADIOGRAFIAS DE TOBILLO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Responsable.: Carla Iannuzzelli y Francisco Gallego

3. . Comunicar por correo electrónico estas medidas, adjuntando un escrito aceptado por el Servicio de Urgencias y un documento informativo recordatorio a los Centros de Salud

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Asensio Martinez

4. Realización de documento informativo recordatorio que pueda colocarse en los boxes.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Beatriz Sanchís

5. Realización de memoria con los resultados del proyecto

Fecha inicio: 01/11/2023

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Carla Iannuzzelli, Francisco Gallego y Antonio Martinez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Se hará un listado con el personal sanitario en el hospital y valoraremos la asistencia a las sesiones

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales que reciben la formación

Denominador .....: Número de profesionales del servicio de Urgencias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas. Registro específico

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Se enviará un correo electrónico a cada coordinador de cada Centro de Salud implicado

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de centros de Salud que responden a la información enviada

Denominador .....: Número total de los Centros de salud de referencia que se envía la información

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Correos y hojas informativas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Adecuación en la solicitud de radiografía en las contusiones de tobillo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes con 0 criterio en las reglas de Ottawa a los que se ha realizado radiografía

Denominador .....: Número total de pacientes a los que le han realizado radiografía

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. Valoración retrospectiva con todos los pacientes diagnosticados de contusión o esguince de tobillo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes que se les realiza radiografía de tobillo

Denominador .....: Número de pacientes diagnosticados como "Contusión de tobillo (Código 924.21)" y "Esguince de tobillo (Código 845.00)" que no cumplen criterios de hacer radiografía

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

5. Valoración retrospectiva con todos los pacientes derivados por AP

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes que se les realiza radiografía de tobillo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#318

### 1. TÍTULO

#### APLICACION DE LOS CRITERIOS DE OTTAWA PARA LA REALIZACION DE RADIOGRAFIAS DE TOBILLO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Denominador .....: Número total de pacientes derivados por médico de Atención primaria que no cumplen criterios de hacer radiografía  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: PCH  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#395

### 1. TÍTULO

#### APLICACION DE LOS CRITERIOS DE OTTAWA PARA LA REALIZACION DE RADIOGRAFIAS DE RODILLA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#395 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GALLEGO PEÑALVER FRANCISCO JOSE

Título  
APLICACION DE LOS CRITERIOS DE OTTAWA PARA LA REALIZACION DE RADIOGRAFIAS DE RODILLA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
GALVE ROYO FERNANDO  
IANNUZZELLI BARROSO CARLA GRACIELA  
MARTINEZ PEREZ ASENSIO  
PRADOS LUMBIERRES ALBA MARIA  
ROMERO DE LA HIGUERA SILVIA BEATRIZ  
SANCHIS YAGO BEATRIZ

Ubicación principal del proyecto.: H OBISPO POLANCO

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Ubicación/es secundaria/s  
TERUEL\*HOSPITAL OBISPO POLANCO\*REHABILITACIÓN\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los traumatismos, meniscopatías y esguinces de ligamentos de la rodilla son lesiones frecuentes atendidas en los Servicios de Urgencias. La solicitud de radiografías en este tipo de lesiones se realiza principalmente para excluir la presencia de fracturas significativas. Aunque la mayoría de los pacientes se someten a una radiografía de rodilla, tan sólo se observa fractura en menos de un 7% de los casos, por lo que se puede apreciar la cantidad de radiografías innecesarias. Esto da como resultado un aumento de la exposición de la radiación por parte del paciente, un aumento del tiempo de espera, un elevado número de las derivaciones al hospital de referencia y de los costes de la realización de las pruebas complementarias. La determinación de criterios fiables y validados favorecerían el uso racional de las radiografías y disminución del coste, estancia del paciente en el Servicio de urgencias, disminución de traslados a Hospitales de tercer nivel y disminución de la saturación de los Servicios de Urgencias. Para intentar solucionar esta situación se establecieron los criterios de Ottawa de rodilla en 1995. Estos criterios conforman una exploración física avanzada que orienta la realización o no de pruebas radiográficas. Estos criterios fueron posteriormente validados en el 1996 y en el 2003 por diferentes grupos investigadores, implementados en el 1997 y revisados de manera sistemática en el 2004. Su uso es mundialmente conocido y utilizado por la comunidad médica actual.

#### ÁREAS DE MEJORA

Peticiones innecesarias ante contusiones de tobillo.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Evitar un gasto innecesario, colapsar la urgencia y evitar irradiación al paciente. Evitar desplazamientos innecesarios desde centros lejanos de los pacientes afectados

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo del presente proyecto es implementar el uso de los criterios de Ottawa para rodilla en el Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco y de esta forma reducir significativamente el número de radiografías innecesarias de rodilla. Por otro lado, también nos proponemos como objetivo secundario informar a todos los centros de salud con Servicios de Urgencias pertenecientes al Sector Teruel, con la idea de disminuir las derivaciones de pacientes con este tipo de lesiones al hospital de referencia.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Implementar en el programa informático PCH los criterios de Ottawa para tobillo en la pestaña Escalas, donde se pondrá un ítem en cada punto de valoración  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Carla Lannuzzelli y Francisco Gallego

2. Realizar sesiones informativas con el personal que trabaja en el Servicio de Urgencias.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Carla Lannuzzelli y Francisco Gallego

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#395

### 1. TÍTULO

#### APLICACION DE LOS CRITERIOS DE OTTAWA PARA LA REALIZACION DE RADIOGRAFIAS DE RODILLA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

3. Comunicar por correo electrónico estas medidas, adjuntando un escrito aceptado por el Servicio de Urgencias y un documento informativo recordatorio a los Centros de Salud  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Asensio Martinez, Beatriz Sanchís, Silvia Romero y Alba Prados

4. Realización de documento informativo recordatorio que pueda colocarse en los boxes.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Asensio Martinez, Beatriz Sanchís, Silvia Romero y Alba Prados

5. Realización de memoria con los resultados del proyecto  
Fecha inicio: 01/11/2023  
Fecha final.: 30/11/2023  
Responsable.: Carla Lannuzzelli, Francisco Gallego, Fernando Galve

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Se hará un listado con el personal sanitario en el hospital y valoraremos la asistencia a las sesiones  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de profesionales que reciben la formación  
Denominador .....: Número de profesionales del servicio de Urgencias  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de firmas. Registro específico  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Se enviará un correo electrónico a cada coordinador de cada Centro de Salud implicado  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de centros de Salud que responden a la información enviada  
Denominador .....: Número total de los Centros de salud de referencia que se envía la información  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Correos y hojas informativas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Adecuación en la solicitud de radiografía en las contusiones de tobillo  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes con 0 criterio en las reglas de Ottawa a los que se ha realizado radiografía  
Denominador .....: Número total de pacientes a los que le han realizado radiografía  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: PCH  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#523

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCION DEL SEDENTARISMO

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#523 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOPEZ GARCIA ROCIO

Título  
PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCION DEL SEDENTARISMO

Colaboradores/as:  
DALDA NAVARRO VERONICA  
ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR  
GRACIA GOMEZ LAURA  
HERRERA ALEGRE ROCIO  
MARCO MORENO PURIFICACION  
QUILEZ FERNANDEZ MIGUEL ANGEL  
YUSTE VICENTE FELISA

Ubicación principal del proyecto.: CRP SAN JUAN DE DIOS

Servicio/Unidad principal .....: UME, ULE Y PSICOGERIATRÍA CRP SAN JUAN DE DIOS

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Según el contrato de gestión 2022, dentro de los objetivos de funcionamiento global del Centro sobre "cuidados" se contempla la atención hacia la promoción del ejercicio físico de aquellas personas en las que en su PIRR se ha detectado aumento de peso y/o sedentarismo grave.

El CRP San Juan de Dios atiende a persona con trastorno mental grave, en las que predomina la sintomatología negativa (apatía, abulia, anhedonia, aislamiento social...). Esto, potenciado por las restricciones impuestas durante la pandemia, ha acentuado una disminución de la movilidad de los pacientes más crónicos, condicionando un estilo de vida más sedentario y menos saludable.

Según las Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios (2020), las recomendaciones específicas para adultos con discapacidad son:

- Todos los adultos con discapacidad deben realizar actividades físicas con regularidad (recomendación fuerte, evidencia de certeza moderada)
- Los adultos con discapacidad deben acumular a lo largo de la semana un mínimo de entre 150 y 300 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada, o bien un mínimo de entre 75 y 150 minutos de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa, o una combinación equivalente de ambas, con el fin de obtener beneficios notables para la salud (recomendación fuerte, evidencia de certeza moderada)
- Los adultos con discapacidad también deben realizar actividades de fortalecimiento muscular de intensidad moderada o más leve para trabajar todos los grandes grupos musculares 2 o más días a la semana, ya que ello reporta beneficios adicionales para la salud.
- Al menos 3 días a la semana de actividades físicas multicomponentes variadas que den prioridad al equilibrio funcional y a un entrenamiento de fuerza de intensidad moderada o más elevada, para mejorar su capacidad funcional y evitar caídas (recomendación fuerte, evidencia de certeza moderada)
- Los adultos con discapacidad pueden superar las recomendaciones anteriores, con el fin de obtener mayores beneficios para la salud (recomendación condicional, evidencia de certeza moderada)
- Limitar el tiempo que dedican a actividades sedentarias y sustituir el tiempo sedentario por una actividad física de cualquier intensidad (incluso leve) se traduce en beneficios para la salud (recomendación fuerte, evidencia de certeza moderada)

#### ÁREAS DE MEJORA

- Alta prevalencia de obesidad, sobrepeso y sedentarismo grave
- Falta de iniciativa por la actividad física, necesitando apoyo/ estímulo externo
- Falta de autonomía e interés para salir del CRP y de la unidad (ULE, UME)
- Dificultad en la interacción social

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Sintomatología negativa propia del TMG
- Agravamiento tras restricciones por la pandemia

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- ? Incrementar el ejercicio físico/ movilidad reduciendo los hábitos sedentarios en personas con TMG
- ? Valorar la influencia de la actividad física en la calidad de vida percibida
- ? Describir la influencia de de actividad física en la disminución del dolor crónico
- ? Medir la influencia del aumento del ejercicio físico en el peso
- ? Adaptar las actividades programadas a las características físicas de los pacientes
- ? Conocer la satisfacción de los participantes con el programa
- ? Potenciar el uso de la historia clínica electrónica para valoración y seguimiento individual.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#523

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCION DEL SEDENTARISMO

1. Actividad física y deporte  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: M<sup>a</sup> Pilar Enguita

2. Piscina  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Pilar Enguita

3. Educación para la salud  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Verónica Dalda, Rocío Herrera y Feli Yuste

4. Salidas a caminar: paseos por diferentes entornos naturales y urbanos. Paseos en zonas ajardinadas del CRP con pacientes que no salen de la unidad o planta y requieren más ayuda en la marcha

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Pura Marco, Miguel Ángel Quílez y Rocío López

5. Compras: Salidas acompañadas de forma individual o por parejas. Desplazamiento caminando a los comercios locales para que puedan elegir, probarse productos... según sus demandas y necesidades.  
Perso

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Laura Gracia

6. Salidas los domingos: participar en actividades religiosas o actos festivos, tomar un vermut...  
Pura Marco y Miguel Ángel Quílez

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Pura Marco y Miguel Ángel Quílez

7. Psicomotricidad: tanto en sala como patios exteriores, mediante dinámicas que trabajen control tónico-postural, equilibrio, lateralidad, motricidad fina, expresión corporal, organización espacial...  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Rocío López

8. Ocio/ participación social: salidas grupales al entorno comunitario a tomar algo, visitas culturales a exposiciones o patrimonio histórico, conocer y familiarizarse con diferentes zonas de la ciudad  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Rocío López

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Índice de masa corporal  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Peso (kg)  
Denominador .....: estatura (m2)  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 18.50  
Est.Máx.1ª Mem ..: 29.90  
Est.Mín.2ª Mem ..: 18.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 29.90

2. Sedentarismo: cuestionario internacional de actividad física - IPAQ  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: (METx minutos de actividad al día x días a la semana)+4METx minutos x día a la semana)+3,3MET x min x días a la semana  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Cuestionario internacional de actividad física - IPAQ. ME

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#523

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCION DEL SEDENTARISMO

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 600.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1500.00

#### 3. Calidad de vida

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Mejora de al menos un punto en la escala  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Escala de calidad de vida - SF36  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

#### 4. Porcentaje de participantes

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° participantes en el programa  
Denominador .....: Total personas con criterios de inclusión  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Registros de asistencia a actividades programadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 5. Porcentaje de registros en HCE

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° pacientes con registros en HCE  
Denominador .....: Total personas con criterios de inclusión  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 6. Satisfacción de los participantes

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Escala numérica de 0 a 10, para cada actividad  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Escala de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 9.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#839

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE DISFAGIA OROFARÍNGEA EN PACIENTES DEL CRP SAN JUAN DE DIOS (TERUEL)

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#839 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FERRER GAMERO ALBA

Título  
PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE DISFAGIA OROFARÍNGEA EN PACIENTES DEL CRP SAN JUAN DE DIOS (TERUEL)

Colaboradores/as:  
BELDAD SERON MARIA LUISA  
DE MOYA SANTOS KEVIN ANDRES  
DIAZ LOSA CARLOS  
GOMEZ BERNAL GERMAN JORGE  
GOMEZ OLIVAS ALBERTO  
GONZALEZ PASCUAL JESUS  
HERNANDEZ ABRIL MARTA

Ubicación principal del proyecto.: CRP SAN JUAN DE DIOS

Servicio/Unidad principal .....: UME, ULE Y PSICOGERIATRÍA CRP SAN JUAN DE DIOS

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La disfagia se define como la dificultad para deglutir o tragar alimentos líquidos y/o sólidos. El envejecimiento modifica la fisiología de la deglución produciendo cambios en las diferentes fases de la nutrición. En mayores de 70 años la prevalencia de disfagia es muy alta, especialmente la orofaríngea, donde un 60% afecta a institucionalizados y un 44% a hospitalizados. Debido a todos estos factores, la disfagia es un síntoma de alarma que requiere una evaluación rápida para definir su causa (estructural, funcional, orofaríngea y/o esofágica) e iniciar un tratamiento adecuado. La detección temprana ofrece la oportunidad de evitar las complicaciones en las que puede derivar, tales como desnutrición y malnutrición (disfagia a sólidos), ambas relacionadas. La primera es definida por la OMS como la ingesta de calorías y nutrientes en una cantidad inferior a la necesaria y la segunda incluye la falta y el exceso de micronutrientes, tales como vitaminas o minerales. Otras posibles complicaciones serían la deshidratación (disfagia a líquidos) y, en casos graves, neumonía como consecuencia de las aspiraciones broncopulmonares. Así mismo, también hay que tener en cuenta aquellas complicaciones relacionadas con los aspectos psicológicos, sociales y económicos que acompañan, en nuestro caso, al paciente mayor de 65 años. Algunos signos clínicos frecuentes que nos pueden alertar de la presencia de disfagia serían: sensación de ahogo (asfixia) con o sin tos antes, durante o tras tragar; sensación de bolo faríngeo, dificultad para que el alimento progrese por la garganta una vez tragado; o cambios en la voz tras la ingesta. Otros signos menos frecuentes serían babeo, pérdida de peso no intencionada, frecuente carraspeo, infecciones respiratorias de repetición o inexplicables picos de fiebre. De todos los signos mencionados anteriormente, hay que destacar la tos como mecanismo de defensa para evitar la aspiración. Con la realización de este programa podremos medir si nuestros pacientes tienen una adecuada nutrición, mantenerla si es adecuada, y mejorarla en los casos que fuese insuficiente, valorar su estado nutricional, restableciendo la seguridad y eficacia del proceso deglutorio. Una visión holística del programa exige un abordaje integral del paciente y la colaboración inter y multidisciplinar de profesionales sanitarios y no sanitarios en la intervención diagnóstica, así como de cuidado y tratamiento.

#### ÁREAS DE MEJORA

Con este proyecto lo que se pretende es reducir la deshidratación y desnutrición, además del riesgo de atragantamiento y/o asfixia, debido a la deglución de líquidos y/o sólidos, en pacientes ingresados en la unidad de psicogeriatría del Hospital San Juan de Dios de Teruel.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Debido a la práctica sanitaria realizada por los profesionales, se ha observado una menor ingesta de líquidos (importante sobre todo en periodo de verano) ya sea por su incapacidad para la autoadministración de líquidos unido a su nivel de dependencia, falta de autonomía e incapacidad funcional. Por ello, se pretende solucionar el nivel de deshidratación y desnutrición.
- Valores analíticos en muestra sanguínea y orina fuera de rango estándar.
- Desconocimiento por parte de los profesionales del uso de las diferentes densidades y texturas del tipo de alimento en su dieta diaria.
- Debido a los horarios estrictos y cantidad de pacientes que precisan ayuda a la hora de comer se observa mayor rapidez, entre plato y plato, así como la cantidad de alimento (en cuchara) en cada uno de los platos y en cada comida que realizan.
- Incorrectas estrategias posturales y medidas ambientales.
- Desconocimiento en preparación de un alimento con textura pudding, néctar y miel.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#839

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE DISFAGIA OROFARÍNGEA EN PACIENTES DEL CRP SAN JUAN DE DIOS (TERUEL)

Con este programa realizado a nuestros pacientes esperamos encontrar cifras tales como:

- Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 22 Kg/m<sup>2</sup>.
- Albúmina entre 3,4 y 5,4 g/dL.

Además de:

- Reducir el riesgo de infección por neumococo (neumonía).
- Adquirir los conocimientos necesarios para la realización de las diferentes texturas.
- Mejorar la postura corporal así como disminución de distracciones en las comidas.
- Determinar el número de pacientes con disfagia y el tipo de textura adecuado en su alimentación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Informar y enseñar a los profesionales sanitarios del centro en la adquisición y realización de las diferentes texturas ante la deglución de líquidos y/o sólidos.

Fecha inicio: 23/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Alba Ferrer Gamero

2. - Valoración anual de los indicadores a realizar, así como IMC, niveles sanguíneos.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Germán Jorge Gómez Bernal

3. - Formación a los profesionales sobre correcta postura en el proceso de alimentación.

Fecha inicio: 23/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Alba Ferrer Gamero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Test de deglución (MECV-V) a cada uno de los pacientes.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes con MECV-V realizado

Denominador .....: Total pacientes que cumplen criterios de inclusión

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. IMC (dependiendo de su posición) a cada uno de los pacientes.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Peso (kg)

Denominador .....: Talla (en m)<sup>2</sup>

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 18.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 27.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 22.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 27.00

3. Cuestionario EAT-10

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes a los que se les ha realizado el test

Denominador .....: Pacientes que cumplen criterios de inclusión y pueden realizar el test de forma autoadministrada

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Test MNA-SF

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes a los que se les ha realizado el test

Denominador .....: Pacientes que cumplen criterios de inclusión

x(1-100-1000) ...: 100



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#839

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE DISFAGIA OROFARÍNGEA EN PACIENTES DEL CRP SAN JUAN DE DIOS (TERUEL)

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Niveles sanguíneos de albúmina, colesterol total, proteína C reactiva, iones, hemograma

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes con determinación analítica realizada

Denominador .....: Pacientes que cumplen criterios de inclusión

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. Niveles séricos de albúmina

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: 3-5,4

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.40

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.40

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.40

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#361

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN ADECUACION Y USO RACIONAL DE TERAPIAS MEDIANTE LA IMPLANTACION DEL USO DE LA VÍA VENOSA CENTRAL DE ACCESO PERIFERICO EN EL HOSPITAL SAN JOSE

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#361 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GRACIA POLO SANDRA

Título  
MEJORA EN ADECUACION Y USO RACIONAL DE TERAPIAS MEDIANTE LA IMPLANTACION DEL USO DE LA VÍA VENOSA CENTRAL DE ACCESO PERIFERICO EN EL HOSPITAL SAN JOSE

Colaboradores/as:  
BLANCO UBEDA PABLO  
LINGE MARTIN MAGDALENA

Ubicación principal del proyecto.: CSS SAN JOSE

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Un alto porcentaje de pacientes hospitalizados reciben durante su ingreso algún tipo de terapia intravenosa como nutrición parenteral, antibióticos, narcóticos, drogas vasoactivas (dopamina y/o dobutamina), tratamientos de larga duración...

Algunas de estas perfusiones precisan de vía venosa central (VVC), y otras provocan flebitis y extravasaciones, haciendo los tratamientos complicados e inseguros.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mediante la implantación del uso de la vía venosa central de acceso periférico en la cartera de servicios del Hospital San José se pretende mejorar en la adecuación de recursos, en el uso racional de terapias, así como optimizar el itinerario asistencial de los pacientes ancianos.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Falta de formación y desconocimiento de la técnica de colocación de vía venosa central del personal sanitario del Hospital San José.
- Falta de disponibilidad del material por ausencia de protocolo de colocación del mismo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Identificar pacientes que se pueden beneficiar de la canalización de una VVC.
2. Minimizar los traslados del paciente a otro hospital para la realización de la técnica.
3. Elaborar un protocolo de canalización, cuidados y uso de la vía venosa central de acceso periférico.
4. Proporcionar formación para el personal sanitario, para reducir la variabilidad de actuación entre los distintos profesionales.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar sesiones de formación continuada multidisciplinarias, para aprender la técnica.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/11/2022  
Responsable.: SANDRA GRACIA POLO

2. Impartición de un curso de formación práctico sobre aplicación de VVC en pacientes geriátricos.

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/12/2022  
Responsable.: SANDRA GRACIA POLO

3. Protocolización de la canalización, cuidados y uso de la vía venosa central de acceso periférico.

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 01/01/2023  
Responsable.: SANDRA GRACIA POLO

4. Elaborar un registro de las canalizaciones de VVC en el Hospital San José

Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 01/06/2023  
Responsable.: SANDRA GRACIA POLO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#361

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN ADECUACION Y USO RACIONAL DE TERAPIAS MEDIANTE LA IMPLANTACION DEL USO DE LA VÍA VENOSA CENTRAL DE ACCESO PERIFERICO EN EL HOSPITAL SAN JOSE

1. Tasa de personal de enfermería formado en la técnica de la canalización de catéteres centrales

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N.º de asistentes a los cursos

Denominador .....: N.º personal de enfermería del servicio x año

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ENCUESTA REALIZADA AL FINALIZAR EL CURSO DE FORMACION DE ENFERMERIA

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Registro del porcentaje de eventos adversos notificados asociados a problemas con la canalización

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N.º eventos adversos notificados asociados al catéter

Denominador .....: N.º catéteres canalizados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HOJA DE REGISTRO DE INCIDENCIAS IMPLEMENTADA EN LOS CONTROLES DE ENFERMERIA

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Registro de la tasa de infecciones asociadas al mantenimiento y cuidados tras la canalización

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N.º de infecciones del catéter

Denominador .....: N.º total de pacientes con VVC

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: REVISION DE DIAGNOSTICOS DE INFORMES DE ALTA A TRAVES DEL SERVICIO DE ATENCION AL PACIENTE

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Indicación médica para uso de terapias intravenosas como nutrición parenteral, antibióticos, narcóticos, drogas vasoactivas... de larga duración.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#384

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DELIRIUM Y DETERIORO FUNCIONAL EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#384 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GALA SERRA CARLOS

Título  
PROYECTO DE MEJORA DELIRIUM Y DETERIORO FUNCIONAL EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO

Colaboradores/as:  
CASAS SANZ EVA PILAR  
CASTRO VILELA MARIA ELENA  
CATALAN SERRA ROSA  
GUILLEN LEREU MARIA ANGELES VALENTINA  
SANCHEZ CLAVERIA NOELIA  
VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT  
VICENTE MIEDES MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CSS SAN JOSE

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El porcentaje de mayores de 65 años es un 20% de nuestra población, casi 3,000,000 de personas mayores de 80 años, esto nos convierte en el segundo país con mayor porcentaje de personas mayores a escala mundial en la primera mitad del siglo xxi.

Tanto el delirium como la pérdida de función física durante el ingreso hospitalario se han descrito como importantes síndromes geriátricos relacionados con la hospitalización del paciente anciano.

En este proyecto vamos a medir la incidencia y efectos adversos del delirium en el paciente anciano hospitalizado y mediante la formación tanto de pacientes como del personal sanitario además del mejor diagnóstico vamos a implementar medidas no farmacológicas para evitar y controlar de mejor manera dicho delirium.

#### ÁREAS DE MEJORA

- INCIDENCIA Y EVENTOS ADVERSOS DEL DELIRIUM EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO
- INCIDENCIA Y EVENTOS ADVERSOS DEL DETERIORO FUNCIONAL FÍSICO EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Aunque el delirium se ha descrito durante mucho tiempo en la literatura científica, frecuentemente no se reconoce, ni se evalúa ni se maneja adecuadamente.

El delirium se conoce como un estado agudo y fluctuante de alteración de la función cognitiva asociado a inatención, confusión y falta de concentración. Existen factores predisponentes y precipitantes que actúan sobre individuos con fragilidad para producir dicho síndrome.

Un tercio de los pacientes mayores de 70 años institucionalizados presentan delirium. En la mitad de estos pacientes aparece en el momento del ingreso y en la otra mitad durante la hospitalización. Aparece también entre el 10-15% de los pacientes que provienen del Servicio de Urgencias y en el 85% de los pacientes en cuidados paliativos y situación final de vida.

En el ingreso hospitalario el delirium está asociado con importantes complicaciones como, mayor estancia hospitalaria, mayor institucionalización, mayor aumento de la mortalidad y de la incidencia de demencia.

Por otro lado, la hospitalización de personas mayores también tiene unos efectos negativos sobre la capacidad funcional del paciente y una disminución de su calidad de vida, incluso pueden derivar en la imposibilidad de volver a su domicilio y la necesidad de ingresar en centros de convalecencia o de larga estancia.

Aproximadamente la mitad de los ancianos desarrollan una situación de discapacidad como consecuencia de un proceso agudo, mientras que la otra mitad la presentan de forma progresiva. En torno al 30% de las personas mayores que requieren ser hospitalizadas experimentan algún grado de deterioro funcional en el momento del alta hospitalaria, cifra que alcanza el 50% entre los mayores de 85 años.

La funcionalidad es un marcador pronóstico fundamental de mortalidad global, de recuperación de la enfermedad aguda, de necesidad de cuidados continuados y de institucionalización, así como de la duración de la hospitalización y de los costes de los cuidados sanitarios y necesidad de atención domiciliaria.

Los programas de ejercicio físico multicomponente y, particularmente el entrenamiento de la fuerza, constituyen las intervenciones más eficaces para retrasar la discapacidad y otros eventos adversos. Asimismo, han demostrado su utilidad en otros dominios frecuentemente asociados a este síndrome, como las caídas, el deterioro cognitivo y la depresión, enfermedades crónicas y mortalidad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivos generales:

MEJORAR LA DETECCIÓN Y MANEJO TANTO DEL DELIRIUM COMO DEL DETERIORO FUNCIONAL EN PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO

Objetivos específicos:

IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y MANEJO DE AMBOS SÍNDROMES EN PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#384

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DELIRIUM Y DETERIORO FUNCIONAL EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO

MEJORAR LA FORMACIÓN DEL PERSONAL PARA PREVENCIÓN MANEJO Y DETECCIÓN DE AMBOS SÍNDROMES EN PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO  
DISMINUIR EVENTOS ADVERSOS SECUNDARIOS A ESOS SÍNDROMES COMO: DISCAPACIDAD , INSTITUCIONALIZACIÓN O MORTALIDAD

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de trípticos y póster para familiares y personal sanitario con información sobre delirium y movilidad y medidas para la prevención y manejo.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Maria Elena Castrol Vilela

2. Implementación de sistema de detección de movilidad, disfagia y delirium mediante sistema de imanes en las camas hospitalarias.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Eva Pilar Casas Sanz

3. Recogida de datos para valorar eventos adversos y factores predisponentes y precipitantes por personal sanitario.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Milagritos Margot Vasques

4. Taller de formación para profesionales de las plantas sobre abordaje del delirium, en 2 sesiones semestrales.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Maria Angeles Guillem Lereu

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de profesionales que asisten a las sesiones formativas sobre abordaje del delirium

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de sanitarios que acuden a las sesiones de formación

Denominador .....: Número total de sanitarios en ambas plantas de hospitalización

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas tras charlas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Nº de pacientes con información a los familiares sobre el delirium/nº de pacientes ingresados.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de familiares de pacientes con el tríptico de información sobre de delirium y movilidad

Denominador .....: Número total de pacientes incluidos en este periodo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta tomada por enfermería

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Nº pacientes a los que se aplica escala de detección del delirium/nº pacientes ingresados.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes con delirium en que se aplica la escala de detección AT 4

Denominador .....: Número total de pacientes diagnosticados de delirium en la HCE en este periodo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

4. Nº de profesionales que consideran han mejorado su formación sobre el delirium tras charlas.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de sanitarios que consideran satisfactoria la formación en delirium con

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#384

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DELIRIUM Y DETERIORO FUNCIONAL EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO

charlas y presentación ppt.

Denominador .....: Número total de sanitarios que acuden a las charlas de delirium

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción tras charlas

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

5. N° pacientes donde consta diagnóstico de delirium en el informe de alta (HCE).

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes con diagnóstico de delirium en la HCE

Denominador .....: Número total de pacientes diagnosticados con test específico de delirium

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE y hoja de recogida de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#432

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN PLANTA HOSPITALARIA. IDENTIFICACION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#432 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LINGE MARTIN MAGDALENA

Título  
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN PLANTA HOSPITALARIA. IDENTIFICACION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS

Colaboradores/as:  
FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA  
HERNANDEZ MARTIN JULIA  
MATEO ABAD ANA  
RAMON MARTIN AMAIA  
SANGÜESA LACRUZ ANA MARIA  
VILLANUEVA MENA ANDREA

Ubicación principal del proyecto.: CSS SAN JOSE

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La parada cardiaca es la principal causa de fallecimiento prematuro en España, siendo las enfermedades cardiovasculares las responsables de la mayor parte de las paradas cardiorrespiratorias. Teniendo en cuenta la prevalencia de este tipo de patologías en el perfil de pacientes que se atienden en nuestro centro, es relevante la creación de un proyecto de mejora en el manejo de la misma mediante la optimización de la identificación y la administración de fármacos en una situación de urgencia vital.

Prestar una atención sanitaria segura e individualizada es un gran desafío en la asistencia a los pacientes. Valorando que actualmente, los principales errores en la asistencia a la salud están relacionados con errores de medicación, elaborar herramientas que permitan disminuir la incertidumbre y el desconocimiento entre el personal, mediante la implementación de estrategias de formación y la elaboración de guías identificativas de fácil acceso supondría una mejora en la calidad asistencial de los pacientes ingresados en el Hospital San José.

#### ÁREAS DE MEJORA

Unificación entre los distintos carros de paradas del centro sociosanitario. Variabilidad de actuación entre los distintos profesionales. Elaboración de un registro de pacientes hospitalizados susceptibles de RCP.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Deficiencia en la unificación de la organización de los distintos carros de paradas del centro. Falta de cursos de formación actualizada de manera regular entre el personal sanitario. Ausencia de estandarización en la cumplimentación de la hoja "toma de decisiones" donde se pueden identificar los pacientes susceptibles de RCP

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Revisión y unificación en la distribución del material y fármacos incluidos en los distintos carros de paradas de nuestro centro hospitalario.
2. Crear una guía de fármacos presentes en el carro y reseñar en cada casilla de la medicación unas tarjetas identificativas con las características especiales de cada fármaco (dosificación, vía de administración, ritmo de infusión).
3. Proporcionar formación para el personal sanitario, para reducir la variabilidad de actuación entre los distintos profesionales
4. Identificación de los pacientes hospitalizados susceptibles de RCP mediante cumplimentación de "hoja de toma de decisiones"
5. Realización de protocolo de RCP hospitalario y difusión a los profesionales

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar sesiones de formación sobre el manejo de la parada cardiorrespiratoria y la organización del carro de paradas de manera regular.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Dra. Magdalena Linge Martín

2. Impartición de un taller práctico sobre el circuito a seguir en caso de parada cardiorrespiratoria en las distintas unidades del Hospital San José. Se tendrán en cuenta los distintos escenarios.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Doña Amaia Ramón Martín

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#432

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN PLANTA HOSPITALARIA. IDENTIFICACION Y ADMINISTRACION DE FARMACOS

3. Elaboración de una guía de fármacos presentes en el carro, añadiendo en cada casilla de la medicación unas tarjetas identificativas con las características especiales de cada fármaco.

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Doña Ana Mareo Abad

4. Preparación de un registro de identificación de los pacientes hospitalizados susceptibles de RCP mediante cumplimentación de "hoja de toma de decisiones"

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dra. Dionis Carolina Fernández Minaya

5. Elaboración del protocolo de RCP hospitalario y difusión a los profesionales.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Dra. Magdalena Linge Martín

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Tasa de personal sanitario formado a nivel teórico y a nivel práctico en la actuación en la PCR.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de asistentes a las sesiones y talleres

Denominador .....: Personal sanitario del centro

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Encuestas que se realizarán antes y después de la impartición de los mismos.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Registro de cumplimentación de la hoja "Toma de decisiones" durante el ingreso hospitalario.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes ingresados en los que se cumplimenta la hoja de toma de decisiones con evaluación de susceptibilidad de RCP

Denominador .....: Número total de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro de la hoja "toma de decisiones" incluida en la carpeta de ingreso disponible en el control de enfermería

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Registro de la evolución del conocimiento del manejo de la RCP y la administración de fármacos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nota media de los test de evaluación previos al inicio de las estrategias de formación

Denominador .....: Nota media los test de evaluación tras la realización de los cursos teórico-prácticos

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Encuestas realizadas pre y post- formación

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> MANEJO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN LA HOSPITALIZACIÓN

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#213

### 1. TÍTULO

#### DETECCION Y PREVENCION DE LA FRAGILIDAD DESDE EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#213 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
BURILLO LAFUENTE MARIO

Título  
DETECCION Y PREVENCION DE LA FRAGILIDAD DESDE EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Colaboradores/as:  
CANTIN SANCHEZ PILAR  
ESTEBAN MARQUES BEGOÑA  
NACHER SIERRA PATRICIA  
SANCHEZ ORTIZ MIGUEL  
VILLANUEVA MENA ANDREA

Ubicación principal del proyecto.: CSS SAN JOSE

Servicio/Unidad principal .....: HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La población del Sector Teruel está sufriendo un paulatino e inexorable envejecimiento. Uno de los problemas de salud más frecuentes en la población anciana es la fragilidad, que se asocia de forma clara y directa con episodios adversos, pérdida funcional, así como riesgo de dependencia o discapacidad. Todo ello con múltiples implicaciones sanitarias, sociales y económicas. Aunque varios de los factores que predisponen a la fragilidad no son modificables, como la propia edad o el sexo femenino, si lo son otros muchos como la ausencia de actividad y ejercicio físico, la inestabilidad y riesgo de caídas o el inmovilismo y sus consecuencias.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Detección de fragilidad en usuarios del Hospital de Día Geriátrico
- Realización del test SPPB
- Realización de dinamometría de mano

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- La detección de fragilidad no se encuentra protocolizada en el Hospital de Día Geriátrico.
- El test SPPB evalúa la función física en tres áreas: equilibrio, fuerza de miembros inferiores y velocidad de la marcha. Su resultado indica fragilidad, riesgo de discapacidad y riesgo de caídas. Se dispondrá el espacio físico (4 metros) para poder realizarlo. El test será ejecutado por los fisioterapeutas del HDG.
- La dinamometría de mano es una prueba objetiva de fuerza muscular de miembros superiores. Se dispondrá el espacio físico y materiales para realizarlo. El test será ejecutado por las enfermeras del HDG.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Establecer un plan de detección de fragilidad para pacientes de Hospital de Día Geriátrico.  
Incorporar en la valoración funcional el test "SPPB" y la dinamometría de mano.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones periódicas organizativas del equipo multidisciplinar.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final: 16/09/2022

Responsable.: MARIO BURILLO LAFUENTE

2. En todos los pacientes del Hospital de Día Geriátrico mayores de 65 años se registrará el uso de ayuda técnica y se incluirá tanto el test SPPB como la dinamometría de mano.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: MARIO BURILLO LAFUENTE

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicador 1

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes con SPPB final

Denominador .....: Nº total de atendidos en HDG

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE, hojas de registro internas

Est.Min.1ª Mem ..: 50.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#213

### 1. TÍTULO

#### DETECCION Y PREVENCION DE LA FRAGILIDAD DESDE EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Indicador 2

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de profesionales que participan en la sesión informativa del programa

Denominador .....: N° total de personal sanitario del HDG

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Indicador 3

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Valoración de fragilidad en informe de alta en pacientes de HDG

Denominador .....: N° total de atendidos en HDG

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE, hojas de registro internas

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#220

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE LA SOLICITUD DE CRIBADOS DE SEROLOGIA DE HEPATITIS C EN POBLACION DE RIESGO

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#220 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TELMO HUESO SIRA MARIA

Título  
INTERVENCION SOBRE LA SOLICITUD DE CRIBADOS DE SEROLOGIA DE HEPATITIS C EN POBLACION DE RIESGO

Colaboradores/as:  
ALBESA BENAVENTE M. INMACULADA  
HERRERO BLASCO JOSE-LUIS  
LAMARRE MICHELOT  
LOPEZ ESTERUELAS REYES  
TOMAS GUTIERREZ JOSE FERNANDO  
VELILLA LOMBA ANA  
ZURERA TORO MANUEL JESUS

Ubicación principal del proyecto.: CS ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALCAÑIZ

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La hepatitis C es una causa importante de mortalidad, como consecuencia de su posible progresión a cirrosis o hepatocarcinoma, estando por encima de la mortalidad por VIH. Se da la circunstancia de que existe una prueba diagnóstica segura, simple y fiable y que existe un tratamiento efectivo y seguro en su fase presintomática. La estrategia de detección de hepatitis C en Aragón establece la realización de cribado de Hepatitis C en grupos de riesgo. En el año 2019 se llevó a cabo un proyecto de mejora en el sector para la implantación de la estrategia de detección precoz de hepatitis C en Atención Primaria que consistió en la realización de sesiones en todos los centros de salud del sector. Sin embargo en nuestro centro de salud apenas se solicitaron cribados de hepatitis C, (ninguna petición solicitada) mientras que en los centros de mejores resultados han alcanzado como mínimo más de un 1% de la población

#### ÁREAS DE MEJORA

No realizamos cribado de Hepatitis C

#### ANALISIS DE CAUSAS

No sabemos como realizarlo o desconocemos la estrategia de detección precoz de Hepatitis C

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Incrementar la petición de cribados de hepatitis C en la población de riesgo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión clínica sobre el programa con énfasis en los factores de riesgo y como solicitar la serología, además del circuito de derivación del sector

Fecha inicio: 04/07/2022

Fecha final: 29/07/2022

Responsable.: MARIA SIRA TELMO HUESO

2. Informe trimestral del número de peticiones del centro y revisión en sesión clínica si no mejoran los resultados

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final: 31/10/2022

Responsable.: MARIA SIRA TELMO HUESO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Incremento en el número de cribados

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de cribados realizados en 2022- Número de cribados realizados en 2021

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: registros laboratorio microbiología

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#220

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE LA SOLICITUD DE CRIBADOS DE SEROLOGIA DE HEPATITIS C EN POBLACION DE RIESGO

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Número de cribados de hepatitis C solicitados en 2022/ Población mayor de 18 años (Estándar 0,6-1%)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de cribados realizados en 2022

Denominador .....: Población mayor de 18 años

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registros laboratorio microbiología

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.60

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.50

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#359

### 1. TÍTULO

#### MEJORA USO DE ANTIBIOTERAPIA EN PEDIATRA (FARINGOAMIGDALITIS AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA)

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#359 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE

Título  
MEJORA USO DE ANTIBIOTERAPIA EN PEDIATRA (FARINGOAMIGDALITIS AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA)

Colaboradores/as:  
AVELLANA GALLAN MARTA  
FACI OLMOS MIRIAM  
GAN GARGALLO MARIA CARMEN  
NUIN CONS ELENA  
ROCCA JIMENEZ MARTA  
RODRIGUEZ ALVAREZ ERICKA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALCAÑIZ

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los resultados obtenidos en el año 2021 en los indicadores de uso racional del medicamento en pediatría en el EAP de Alcañiz (uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica aguda (FAA) y uso de antibióticos en otitis media aguda (OMA) se alejaron bastante del mínimo exigido en el contrato de gestión.

#### ÁREAS DE MEJORA

Uso racional del medicamento

#### ANALISIS DE CAUSAS

-La situación de pandemia cambió la dinámica de atención en pediatría para garantizar que los pacientes con sintomatología COVID fuesen observados en zonas específicas para ello  
- El cambio de facultativos.  
-Los problemas habituales de registro en todas estas resultados de indicadores como el uso incorrecto de los diagnósticos utilizados por personal facultativo que hacen que la extracción de datos sea incorrecta.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Adecuar la prescripción de antibióticos en FAA y OMA en pediatría en el EAP de Alcañiz, de acuerdo a lo indicado en el cuadro de mandos de farmacia para ambos indicadores en diciembre de 2022

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Presentación del proyecto EAP de Alcañiz en reunión de equipo

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Dr Sixto Martinez Arriazu

2. Instrucción técnica a los médicos de familia del EAP, con especial incidencia en los médicos de atención continuada indicando que en el caso de fiebre de pocas horas de evolución

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Dr Sixto Martinez Arriazu

3. -Selección diagnóstico correcto en OMI AP

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Dr Sixto Martinez Arriazu

4. Uso del Estreptotest en FAA al personal sanitario

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Dr Sixto Martinez Arriazu

5. Trimestralmente se informará al equipo sobre el resultado obtenido en ambos indicadores

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Dr Sixto Martinez Arriazu

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#359

### 1. TÍTULO

#### MEJORA USO DE ANTIBIOTERAPIA EN PEDIATRA (FARINGOAMIGDALITIS AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA)

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica aguda

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numerador: Prescripciones (activas en algún momento en los últimos 12 meses) de penicilina V (J01CE02) o amoxicilina (J01CA04) o fenoximetilpenicilina benzatina (J01CE10) asociadas al c Denominador .....: Prescripciones (activas en algún momento en los últimos 12 meses) de antibióticos sistémicos (J01\*) asociadas al código CIAP faringoamigdalitis estreptocócica aguda (R72).

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Fuente de datos: Cuadro de mando de farmacia

Est.Mín.1ª Mem ..: 88.15

Est.Máx.1ª Mem ..: 97.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 88.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 97.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#823

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO PILOTO DE UN TALLER DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL AL ALUMNADO DE 6º PRIMARIA DEL COLEGIO SAN VALERO DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#823 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MONTERO PLUMED RAQUEL

Título  
PROYECTO PILOTO DE UN TALLER DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL AL ALUMNADO DE 6º PRIMARIA DEL COLEGIO SAN VALERO DE ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
ALBIOL FALCO AINOA  
ARANDA HERNANDEZ BEGOÑA  
BLASCO CELMA ALBA  
DELGADO MONGE ANGELA  
GONZALEZ CORTEZ DELMI DEL CARMEN  
PEREZ ANGOSTO M. ESTHER  
TORO SEGOVIA MARITZA J.

Ubicación principal del proyecto.: CS ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALCAÑIZ

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo recoge como objetivos de la actuación de los poderes públicos: "La información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo", "La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva" y "La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados", entre otros.

Todos los niños/as, y adolescentes tienen derecho a recibir una información y educación sexual, que no sólo contenga conocimientos sobre reproducción y genitalidad, sino también actitudes, habilidades y valores necesarios para disfrutar de su sexualidad, tanto física como emocionalmente, individualmente y en sus relaciones con otros, y que les haga capaces de tomar decisiones informadas sobre su vida sexual.

La UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) aboga por que la educación afectivo-sexual se imparta en los centros educativos ya que su estudio "Orientaciones técnicas internacionales sobre la educación en sexualidad, un enfoque basado en la evidencia 2018", demuestra que existen pruebas significativas del impacto de la educación afectivo-sexual sobre el comportamiento sexual y la salud. En nuestra zona básica de salud, existen diferentes centros escolares que reciben formación en cuestiones de sexualidad por parte de entidades privadas pero esta formación según percepción del profesorado es insuficiente y llega tarde.

Dentro de la cartera de servicios de los profesionales de Atención primaria está la atención comunitaria y la educación para la salud. Por ello, desde el centro de salud consideramos necesario cubrir los déficits detectados iniciando un proyecto piloto de un taller afectivo sexual al alumnado de 6º de primaria del colegio San Valero

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar conocimientos, actitudes y habilidades que fomenten una sexualidad saludable

#### ANALISIS DE CAUSAS

La educación afectivo-sexual en los colegios es escasa y llega tarde

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general: Contribuir a la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades que fomenten una sexualidad saludable

Objetivos específicos:

1. Conocer las diferentes facetas y dimensiones de la sexualidad
2. Identificar los cambios que se producen en la adolescencia tanto física, emocional y socialmente.
3. Utilizar un lenguaje correcto sobre los órganos sexuales y sobre temas relacionados con la sexualidad.
4. Identificar mitos que existen sobre las relaciones de pareja y la sexualidad
5. Reconocer situaciones de abuso y violencia.
6. Diferenciar los distintos métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Impartición de varios talleres de educación-afectivo sexual

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 30/06/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#823

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO PILOTO DE UN TALLER DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL AL ALUMNADO DE 6º PRIMARIA DEL COLEGIO SAN VALERO DE ALCAÑIZ

Responsable.: Raquel Montero Plumed

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de alumnos del aula de 6º de primaria del colegio San Valero que reciben el taller

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de alumnos del aula de 6º de primaria del colegio San Valero que reciben el taller

Denominador .....: N° total de alumnos del aula de 6º de primaria del colegio San Valero

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Secretaría del colegio y hoja de firmas en el aula

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. % de alumnos que sacan más de 8 puntos en el test de conocimientos.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de alumnos que sacan más de 8 puntos

Denominador .....: N° total de alumnos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionario

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#836

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DE LA VACUNACION DEL TETANOS

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#836 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SORRIBAS MARTI MIRIAM

Título  
PLAN DE MEJORA DE LA VACUNACION DEL TETANOS

Colaboradores/as:  
AGUILAR JULIAN MARTA  
ALBESA BENAVENTE M. INMACULADA  
GRACIA JOSA SONIA  
LOPEZ ESTERUELAS REYES  
NAYA PUERTO SHEILA M.  
OMEDES BES MARIA  
VELILLA LOMBA ANA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALCAÑIZ

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Ante la variabilidad entre los protocolos de vacunación antitetánica a lo largo de los años, las recomendaciones del personal sanitario a cerca de la vacunación y el olvido de cumplimiento del calendario por parte de los pacientes, se decide iniciar un proyecto de mejora ante la necesidad de cumplir el calendario de vacunación sistemática en la edad adulta que adopta la comunidad Autónoma de Aragón.

#### ÁREAS DE MEJORA

Calendario vacunal del tétanos de las personas nacidas entre 1957 y 1958

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Se considera que solo entre un 35 y un 40% de pacientes con 65 años tienen correcto su calendario vacunal del tétanos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Lograr una mayor implicación del paciente en su salud.

Aumentar la cobertura de vacunación de tétanos en adultos que cumplen 65 años durante el 2022 y 2023

Cumplir el calendario vacunal del Gobierno de Aragón.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se captará a los pacientes nacidos en 1957 y 1958

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 01/07/2023

Responsable.: EAP

2. Se revisará de forma manual la historia de los pacientes para valorar su estado vacunal

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 01/07/2023

Responsable.: EAP

3. Se citará a los pacientes que no tienen un estado vacunal correcto

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 01/07/2023

Responsable.: EAP

4. Cada enfermera administrará la dosis de vacuna del tétanos que corresponda en cada caso

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 01/07/2023

Responsable.: EAP

5. Se realizará sesión clínica al EAP para implementar el programa de vacunación del adulto en Aragón aprobado en el 2019

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Miriam Sorribas Martí

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Según el Ministerio de Sanidad, se considera que la mayoría de los varones nacidos en España entre 1949 y 1983 han recibido, al menos, una pauta de primovacuna frente al tétanos en el servicio militar.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#836

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DE LA VACUNACION DEL TETANOS

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes que se vacunan

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes que se vacunan tras la cita

Denominador .....: Nº total de pacientes con 65 años con calendario vacunal imcompleto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica, OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. Pacientes vacunados

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes correctamente vacunados

Denominador .....: Total de pacientes con 65 años

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica ,OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: --Otros--> Inmunizaciones

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#879

### 1. TÍTULO

#### DIABETES MELLITUS Y RAMADAN

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#879 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAMARRE MICHELOT

Título  
DIABETES MELLITUS Y RAMADAN

Colaboradores/as:  
BERDUN HERNANDEZ DAVID  
BUREU CALLEJA BEATRIZ  
CARCELLER LLIDO DAVID  
DUARTE VEGA PEDRO PABLO  
SANZ MARCO MYRIAM  
TELMO HUESO SIRA MARIA  
ZURERA TORO MANUEL JESUS

Ubicación principal del proyecto.: CS ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALCAÑIZ

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El ramadán consiste en el ayuno desde el amanecer hasta el ocaso y es uno de los cinco pilares del Islam, es considerado obligatorio excepto para personas adultas con enfermedades crónicas, que estén viajando, embarazadas, durante la lactancia, pacientes con diabetes o durante la menstruación. A pesar de las recomendaciones, muchos pacientes con diabetes deciden celebrarlo, lo que conlleva el abandono de la medicación en esas horas de ayuno, con el riesgo de hipoglucemias, hiperglucemias, cetoacidosis o coma hiperosmolar o complicaciones cardiovasculares o incluso el fallecimiento en el peor de los casos. Este año 2022 se añade el agravante del descontrol de estos pacientes con diabetes por la pandemia Covid 19 por la falta de controles en consulta, el aumento de peso, la aparición de complicaciones micro y/o macrovasculares o el abandono de la medicación entre otros.

Según datos del censo musulmán español, el país cuenta con 2 millones de musulmanes, de ellos 65482 están censados en Aragón. La prevalencia de Diabetes Mellitus en España en esta población es del 13% y se estimó que unos 260.000 pacientes con diabetes iban a celebrar el Ramadán en 2022.

La población de Alcañiz cuenta con 745 musulmanes censados, de ellos 271 son mujeres y 366 varones en ambos casos mayores de 18 años.

En Alcañiz se trabajó ya con pacientes de un cupo en años anteriores a la pandemia, preparando a estos pacientes diabéticos que iban a realizar el Ramadán. Se les dió información, se realizó rotación de antidiabéticos o de la pauta de insulina, al igual que se les adiestró para reconocer las hipoglucemias y actuar frente a ellas. Este año creemos importante trabajar todos estos aspectos con toda la comunidad musulmana con esta patología.

#### ÁREAS DE MEJORA

Evitar el abandono de la medicación antidiabética durante el Ramadán

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desconocimiento de esta población de la rotación de la medicación

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Los pacientes diabéticos musulmanes sean conocedores de que se pueden cambiar horarios de su medicación para evitar el abandono del mismo durante el Ramadán, reconocer complicaciones derivadas del ayuno y saber actuar frente a ellas potenciando el autocuidado

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Presentación del proyecto al Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de Alcañiz

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 11/02/2022

Responsable.: Michelot Lamarre

2. Presentación del proyecto al Imán y a dos informadores claves (dos pacientes con diabetes musulmanes)

Fecha inicio: 14/02/2022

Fecha final.: 18/02/2022

Responsable.: María Sira Telmo Hueso

3. Entrega de carteles informativos al Imán en árabe y castellano para que fueran colocados tanto en la Mezquita como en los comercios de Alcañiz frecuentados por esta población.

Fecha inicio: 21/02/2022

Fecha final.: 21/02/2022

Responsable.: María Sira Telmo Hueso

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#879

### 1. TÍTULO

#### DIABETES MELLITUS Y RAMADAN

4. Colocación de carteles informativos en cada consulta del Centro de Salud de Alcañiz y en los pasillos tanto en árabe como en castellano.

Fecha inicio: 21/02/2022  
Fecha final.: 21/02/2022  
Responsable.: Michelot Lamarre

5. Actuación sobre los pacientes diabéticos musulmanes que han consultado tras ser conocedores del proyecto antes del inicio del Ramadán (recomendaciones claras individualizadas y por escrito)

Fecha inicio: 22/02/2022  
Fecha final.: 31/03/2022  
Responsable.: Michelot Lamarre

6. Reunión con los informadores claves tras finalizar Ramadán para valoración y entrega de encuestas de satisfacción

Fecha inicio: 09/05/2022  
Fecha final.: 14/05/2022  
Responsable.: Michelot Lamarre

7. Recogida de encuestas de satisfacción

Fecha inicio: 20/05/2022  
Fecha final.: 20/05/2022  
Responsable.: Michelot Lamarre

8. Reunión los miembros del proyecto de mejora

Fecha inicio: 30/05/2022  
Fecha final.: 30/05/2022  
Responsable.: Michelot Lamarre

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

En última reunión de mayo cada miembro hizo un estudio de los pacientes con diabetes que tenían y posteriormente nos reunimos de nuevo para ponerlo en común en Junio. Está prevista una reunión de Equipo para Septiembre-Octubre para informar al Equipo los resultados.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes con diabéticos musulmanes mayores de 18 años

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Pacientes con diabetes musulmanes mayores de 18 años que realizan la actividad

Denominador ..... Total de pacientes diabeticos musulmanes mayores de 18 años que se les informa de la actividad

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: cuadro de mandos de diabetes

Est.Mín.1ª Mem .. 60.00

Est.Máx.1ª Mem .. 70.00

Est.Mín.2ª Mem .. 70.00

Est.Máx.2ª Mem .. 80.00

2. Hipoglucemias registradas durante el Ramadán en pacientes con diabetes que realizan la actividad

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Hipoglucemias registradas durante el Ramadán en pacientes con diabetes que realizan la actividad

Denominador ..... Total de pacientes diabéticos musulmanes mayores de 18 años que realizan la actividad

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Encuestas

Est.Mín.1ª Mem .. 10.00

Est.Máx.1ª Mem .. 20.00

Est.Mín.2ª Mem .. 5.00

Est.Máx.2ª Mem .. 10.00

3. Valoración en servicio de urgencias por temas relacionados con diabetes en participantes

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Pacientes con diabetes atendidos en servicio de urgencias por temas relacionados con diabetes que realizan el Ramadán

Denominador ..... Total de pacientes diabéticos musulmanes mayores de 18 años que realizan la actividad

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Encuestas

Est.Mín.1ª Mem .. 10.00

Est.Máx.1ª Mem .. 20.00

Est.Mín.2ª Mem .. 5.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#879

### 1. TÍTULO

#### DIABETES MELLITUS Y RAMADAN

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

4. Valoración de encuesta de satisfacción

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Valoración mayor de 8 de los que realizan la encuesta

Denominador .....: Total de encuestas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#885

### 1. TÍTULO

#### REIMPLANTACION DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN CS ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#885 \*\* Crónico Complejo \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA

Título  
REIMPLANTACION DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN CS ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
BARRERA LOZANO RAQUEL  
BUREU CALLEJA BEATRIZ  
FERNANDEZ MAINAR CARMEN MARIA  
GOTOR DELSO PATRICIA  
LOPEZ DELPON MARTA  
MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN  
TENA CAMPOS MARCOS

Ubicación principal del proyecto.: CS ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALCAÑIZ

Línea estratégica: Crónico Complejo

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El despliegue del programa del paciente crónico complejo comenzó en 2018. Nuestras coberturas, aunque se hayan venido desarrollando, debido a la pandemia se ha descuidado el registro de todas las intervenciones realizadas a estos pacientes. Se han evidenciado problemas de continuidad asistencial produciéndose una desestabilización de su proceso clínico. Por lo que hemos visto que existe espacio para una mejora.

#### ÁREAS DE MEJORA

El objetivo es incluir entre el 50-80% de los pacientes con GMA >= 99 y conseguir que el 30-40% de los pacientes con GMA >= 97 presenten un plan de intervención desarrollado en el último contacto.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En Alcañiz, como en el resto de Aragón, con el aumento de la esperanza de vida, se ha producido un envejecimiento de la población. La mayoría de estos pacientes mayores de 65 años presentan múltiples patologías crónicas, aumentando así su comorbilidad y su polifarmacia; por tanto hay incremento del uso de recursos, aumento de las visitas a urgencias y una mayor frecuencia y duración de ingresos hospitalarios.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Proporcionar a los pacientes crónicos complejos una asistencia sanitaria integral, efectiva y segura, acorde con sus necesidades y expectativas de salud, manteniendo el mayor grado posible de autonomía personal y de integración en su entorno y en la sociedad.

Incrementar la inclusión de pacientes con criterios de selección en el programa del Paciente Crónico Complejo. Conseguir que todos los pacientes incluidos tengan un plan de intervención escrito y actualizado y así garantizar la continuidad asistencial de dichos pacientes; de esta manera se evitarían ingresos de los mismos

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Garantizar una valoración integral del paciente.

Facilitar formación y colaboración en el autocuidado.

Fomentar y facilitar la implicación de la persona cuidadora y/o familia en los cuidados directos del paciente.

Disminuir el número de consultas a demanda en el centro de Salud.

Disminuir la frecuentación en urgencias hospitalarias.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión clínica sobre el Paciente Crónico Complejo

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final: 12/09/2022

Responsable.: Estefanía Claver

2. Evaluación trimestral de indicadores con realización de acciones de mejora derivadas del análisis de los mismos.

Fecha inicio: 16/12/2022

Fecha final: 16/12/2022

Responsable.: Patricia Gotor Delso

3. Sesión clínica con el equipo y analizar el corte realizado en diciembre para realizar otras estrategias en caso necesario

Fecha inicio: 12/01/2023

Fecha final: 12/01/2023

Responsable.: Marta López

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#885

### 1. TÍTULO

#### REIMPLANTACION DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN CS ALCAÑIZ

##### 4. Evaluación de indicadores.

Fecha inicio: 10/03/2023

Fecha final.: 10/03/2023

Responsable.: Maria Del Carmen Muniesa

##### 5. Sesión clínica con el equipo y analizar el corte realizado en marzo para realizar otras estrategias en caso necesario

Fecha inicio: 11/04/2023

Fecha final.: 11/04/2023

Responsable.: Marcos Tena

##### 6. Tercer corte de indicadores

Fecha inicio: 12/06/2023

Fecha final.: 12/06/2023

Responsable.: Raquel Barrera

##### 7. Sesión clínica con el equipo y analizar el corte realizado en junio para realizar otras estrategias en caso necesario

Fecha inicio: 19/06/2023

Fecha final.: 19/06/2023

Responsable.: Beatriz Bureu

##### 8. Revisión final

Fecha inicio: 15/12/2022

Fecha final.: 15/12/2023

Responsable.: Estefanía Claver

##### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

[https://saludsscc.salud.aragon.es/calidad/formularios/vista\\_php/formulario\\_proyecto.php#](https://saludsscc.salud.aragon.es/calidad/formularios/vista_php/formulario_proyecto.php#)

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Porcentaje GMA>99%

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de pacientes con GMA >99% incluidos en programa

Denominador .....: nº de pacientes población diana GMA>99%

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Actualmente cobertura del 17,81%

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

##### 2. Porcentaje GMA >97

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: nº de pacientes con GMA > 97% incluidos en el programa

Denominador .....: nº de pacientes población diana GMA>97%

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: NC

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

##### 3. Plan Intervención

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: nº pacientes a los que se les realiza y se registra la intervención

Denominador .....: nº totales de pacientes incluidos en el programa crónico complejo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: En cuanto al plan de intervención solo un 31.31% de los pacientes crónico complejo de Alcañiz tienen Plan de intervención,

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

##### 4. Nivel de conocimientos pre y post sesiones

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de aciertos del cuestionario post sesión

Denominador .....: nº de aciertos del cuestionario pre sesión

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#885

### 1. TÍTULO

#### REIMPLANTACION DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN CS ALCAÑIZ

Fuentes de datos.: NC

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Pacientes del Centro de Salud de Alcañiz, pluripatológicos, insistiendo en los pacientes institucionalizados en dicha localidad.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pluripatología

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#965

### 1. TÍTULO

#### DESGRANANDO EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#965 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AGUILAR JULIAN MARTA

Título  
DESGRANANDO EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Colaboradores/as:  
ALBIOL FALCO AINOA  
BLASCO CELMA ALBA  
GONZALEZ CORTEZ DELMI DEL CARMEN  
LACUEVA PORTOLES MARIA LUZ  
PEREZ DEL SALVADOR ANA PILAR  
SANCHO GRACIA JAIME GERARDO  
SORRIBAS MARTI MIRIAM

Ubicación principal del proyecto.: CS ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALCAÑIZ

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Actualmente se observa una evolución en el trato al paciente, atrás queda el comportamiento paternalista dando paso al empoderamiento en la toma de decisiones del propio paciente. Esto nos lleva a que el derecho a la autonomía cobre mayor importancia, pudiendo así la persona planificar con anterioridad las decisiones ante el final de la vida.

En nuestra práctica diaria existe un desconocimiento acerca del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) y sus trámites, justificado por la escasez de registros, ya que según el Registro Nacional de Instrucciones Previas a fecha de Abril 2022, únicamente un 0.9% de usuarios en Aragón tenía realizado dicho documento. A pesar de situarse por encima de la media nacional (0.78 %) nos encontramos ante unas cifras de registro mínimas. Cabe destacar que casi el doble de los registros están efectuados por mujeres y que el grupo de edad más sensibilizado son los mayores de 65 años.

Los profesionales sanitarios tienen el deber de conocer y respetar las decisiones en salud de las personas, pudiendo participar en el asesoramiento y desempeño de dichas voluntades.

Mediante este proyecto se pretende dar a conocer el Documento de Voluntades Anticipadas y otorgarle la importancia que merece ya que, gracias a este, podemos garantizar a las personas el cumplimiento de sus voluntades en el final de la vida.

#### ÁREAS DE MEJORA

Incrementar los conocimientos de los profesionales sobre el documento, dar a conocer el documento entre los usuarios de distintas asociaciones.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desconocimiento por parte de los profesionales y los usuarios del documento, tema tabú "la muerte", dificultad a la hora de tomar decisiones acerca del final de la vida.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Aumentar el nivel de conocimientos de los profesionales sanitarios y sociosanitarios del CS Alcañiz y de las diferentes asociaciones acerca del DVA.
- Incrementar el número de DVA registrados tras la intervención.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión con las diferentes asociaciones.

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 14/08/2022  
Responsable.: Ainoa Albiol Falcó

2. Cuestionario previo a los profesionales sobre DVA

Fecha inicio: 29/08/2022  
Fecha final.: 11/09/2022  
Responsable.: Alba Blasco Celma

3. Sesión "Desgranando el Documento de Voluntades Anticipadas" a los profesionales del CS y cuestionario posterior a la sesión

Fecha inicio: 19/09/2022  
Fecha final.: 25/09/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#965

### 1. TÍTULO

#### DESGRANANDO EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Responsable.: Ainoa Albiol Falcó

4. Sesión "Desgranando el DVA" a los profesionales sociosanitarios de las asociaciones y cuestionario posterior a la sesión

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Alba Blasco Celma

5. Sesiones periódicas a las asociaciones sobre el DVA.

Cuestionario previo y post de conocimientos a los usuarios de las asociaciones y encuesta de satisfacción

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 01/03/2023

Responsable.: Ainoa Albiol Falcó

6. Recopilación y análisis de los resultados de encuestas a profesionales sanitarios y sociosanitarios

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 17/11/2022

Responsable.: Alba Blasco Celma

7. Divulgación de díptico sobre DVA

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/03/2023

Responsable.: Ainoa Albiol Falcó

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % profesionales del EAP y de las asociaciones que acuden a la formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº profesionales que van al taller

Denominador .....: Nº profesionales total

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de participación

Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 45.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

2. % usuarios de Amas de Casa Ercavica que acuden al taller

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº usuarios que acuden

Denominador .....: Nº usuarios totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de participación

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 55.00

3. % usuarios de AFEDABA que acuden al taller

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº usuarios que acuden

Denominador .....: Nº usuarios totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de participación

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 55.00

4. % usuarios de AECC que acuden al taller

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#965

### 1. TÍTULO

#### DESGRANANDO EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° usuarios que acuden  
Denominador .....: N° usuarios totales

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de participación  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 55.00

5. % usuarios de Hogar de Mayores que acuden al taller

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° usuarios que acuden

Denominador .....: N° usuarios totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de participación  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 55.00

6. % de mejora entre cuestionario previo y post de los profesionales sociosanitarios de las asociación

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° respuestas correctas cuestionario previo  
Denominador .....: N° respuestas correctas cuestionario post  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionario previo y post  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 55.00

7. % de mejora entre cuestionario previo y post de los profesionales del CS

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° respuestas correctas cuestionario previo  
Denominador .....: N° respuestas correctas cuestionario post  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionario previo y post  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 55.00

8. % de incremento en el número de registros de DVA

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de registro de DVA en 2022

Denominador .....: N° de registros de DVA en 2023

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro Nacional de Instrucciones Previas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.90  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.90  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.20

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#965

### 1. TÍTULO

#### DESGRANANDO EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#975

### 1. TÍTULO

#### CONOCE TU ENTORNO, CONOCE SUS GENTES

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#975 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN

Título  
CONOCE TU ENTORNO, CONOCE SUS GENTES

Colaboradores/as:  
ARANDA HERNANDEZ BEGOÑA  
CASTELLANO JUSTE ISABEL  
CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA  
GOTOR DELSO PATRICIA  
GRACIA JOSA SONIA  
PEREZ PORCAR ANA ISABEL  
TENA CAMPOS MARCOS

Ubicación principal del proyecto.: CS ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALCAÑIZ

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La soledad se relaciona principalmente con el aislamiento social, debido a la falta de interacción con otras personas, lo que genera baja autoestima y disminución de la calidad de vida.

#### ÁREAS DE MEJORA

La participación en grupos sociales son factores protectores que disminuyen el riesgo de sentimiento de soledad. Promocionando la actividad física grupal, mejoraríamos ambos aspectos. Por todo ello, realizando una actividad comunitaria enfocada en la realización de paseos saludables en conjunto, podríamos lograr el aumento de la calidad de vida de los participantes, aumentando las interacciones sociales.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En numerosas ocasiones la ausencia de relaciones sociales propicia el sedentarismo causando un feedback negativo provocando la disminución del bienestar físico y mental así como la baja autoestima.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Informar y sensibilizar a los ciudadanos acerca de la importancia de la interacción social para el aumento de la calidad de vida.  
Fomentar en la población estilos de vida saludables realizando ejercicio físico (en forma de paseos) de los pacientes del centro de salud de Alcañiz  
Aumentar el autoestima de los pacientes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Captación pacientes

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 15/09/2022  
Responsable.: Equipo Ap, Salud mental, ayuntamiento.

#### 2. Paseos por los alrededores de Alcañiz durante 1 hora

Fecha inicio: 16/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2023  
Responsable.: personal del centro de salud y/o de un técnico de deportes

#### 3. test soledad social (este II) INICIAL

Fecha inicio: 16/09/2022  
Fecha final.: 20/09/2022  
Responsable.: personal del centro de salud y/o de un técnico de deportes

#### 4. test soledad social (este II) FINAL

Fecha inicio: 30/09/2023  
Fecha final.: 03/10/2023  
Responsable.: personal del centro de salud y/o de un técnico de deportes

#### 5. Escala de autoestima de Rosenberg INICIAL

Fecha inicio: 16/09/2022  
Fecha final.: 20/09/2022  
Responsable.: personal del centro de salud y/o de un técnico de deportes

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#975

### 1. TÍTULO

#### CONOCE TU ENTORNO, CONOCE SUS GENTES

6. La escala de autoestima de Rosenberg FINAL  
Fecha inicio: 30/09/23  
Fecha final: 3/10/23  
Responsable.: personal del centro de salud y/o de un técnico de deportes

**\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto**

La actividad constará de un paseo a la semana por los alrededores de Alcañiz durante 1 hora acompañados de personal del centro de salud y/o de un técnico de deportes, con la intención de crear un hábito y que luego ellos mismos hagan grupos y puedan realizarla de forma autónoma.  
Se entregará a los pacientes, el primer día de la actividad el test soledad social (este II) y escala de autoestima de Rosenberg, que deberán cumplimentar en el domicilio y entregarlo el próximo día que asistan.

Se ha realizado previamente una reunión en el centro de Salud con el personal del Ayuntamiento y el servicio de Salud mental con el fin de trabajar en conjunto para aumentar la cobertura y la continuidad de la actividad. Nos ofrecieron la posibilidad de que un técnico de deportes acuda a realizar la actividad una vez por semana.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Participantes reales

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de pacientes que acuden a la actividad  
Denominador .....: Numero de pacientes que inicialmente se apuntaron  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Lista participantes  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. Implicación en la actividad

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de pacientes que realizan la actividad  
Denominador .....: Número de test cumplimentadas al inicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

3. Adherencia a la actividad

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de encuestas finales  
Denominador .....: Número de pacientes que hicieron la encuesta al inicio.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. .

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: .  
Denominador .....: .  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

**\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación**

1 año más tarde se realizará de nuevo el test soledad social (este II) y Escala de autoestima de Rosenberg que pasamos al inicio para realizar un seguimiento y conocer si ha aumentado el apoyo social y la autoestima, así como el número de personas que ha continuado haciendo la actividad.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#975

### 1. TÍTULO

#### CONOCE TU ENTORNO, CONOCE SUS GENTES

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#987

### 1. TÍTULO

#### SALVANDO CORAZONES EN EL CRA DEL MEZQUÍN

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#987 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL

Título  
SALVANDO CORAZONES EN EL CRA DEL MEZQUÍN

Colaboradores/as:  
BERDUN HERNANDEZ DAVID  
ESPINAL HERNANDEZ ANDREA DEL CARMEN  
GOTOR LAS-SANTAS AGUSTIN  
LOPEZ DELPON MARTA  
PEREZ ANGOSTO M. ESTHER  
SANZ MARCO MYRIAM  
SOLDEVILLA JIMENO MARIA-ELENA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALCAÑIZ

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La despoblación del medio rural es una realidad presente desde hace muchos años en nuestra zona, lo que dificulta en gran medida la asistencia sanitaria en estos territorios. Por otro lado nos encontramos con la dispersión de las poblaciones atendidas y de los recursos sanitarios en la zona rural, lo que conlleva en muchas ocasiones una demora en la primera asistencia sanitaria especializada en cualquier situación de urgencia. Esta demora en la asistencia sabemos que puede ser vital ante una parada cardiorrespiratoria, ya que la supervivencia de estos pacientes depende en gran medida de todas las actuaciones que se lleven a cabo en los primeros minutos tras la parada cardiorrespiratoria. Esta dispersión también afecta al traslado a un centro sanitario para recibir una asistencia sanitaria especializada. Además en los centros educativos de Aragón no existe una formación reglada en materia de primeros auxilios, y cada vez más esta formación es demanda por los educadores de dichos centros y por las asociaciones de madres y padres. Por tanto, nos parece muy importante formar a la población de los diferentes núcleos rurales de nuestra zona ya que se pueden convertir en el primer eslabón de la cadena de supervivencia ante una parada cardiorrespiratoria.

#### ÁREAS DE MEJORA

Contribuir en el aprendizaje de la reanimación cardiopulmonar en el currículo de los escolares de la zona

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La educación sanitaria en los colegios es escasa y tampoco se disponen de recursos externos en la zona que impartan formación en este área

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivo principal:

? Contribuir en el aprendizaje de la reanimación cardiopulmonar de los alumnos de un colegio rural agrupado (CRA del Mezquín).

? Fomentar las destrezas individuales y grupales en una situación de parada cardiopulmonar.

##### Objetivos específicos:

? Conocer el significado de las siglas PCR, RCP, PLS y OVACE.

? Identificar si un paciente está consciente o inconsciente y si respira o no respira.

? Conocer los diferentes teléfonos de emergencias.

? Aprender la secuencia de actuación ante un paciente que está inconsciente y no respira.

? Aprender la secuencia de actuación ante un paciente que está inconsciente y respira.

? Aprender la secuencia de actuación ante un paciente que presenta obstrucción de la vía aérea leve o grave.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Preparación de la charla y exposición de la misma a los compañeros del Centro de Salud de Alcañiz

Fecha inicio: 29/08/2022

Fecha final.: 02/09/2022

Responsable.: David Berdun Hernández

2. Realización de encuesta por el alumnado, previo a la actividad, para evaluar los conocimientos previos

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 16/09/2022

Responsable.: Andrea del Carmen Espinal Hernández

3. Impartición del taller teórico-práctico (2 horas de duración) en la escuela rural de La Codoñera

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#987

### 1. TÍTULO

#### SALVANDO CORAZONES EN EL CRA DEL MEZQUÍN

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 19/09/2022

Responsable.: Marta López Delpon

4. Impartición del taller teórico-práctico (2 horas de duración) en la escuela rural de Castelseras (3 turnos)

Fecha inicio: 20/09/2022

Fecha final.: 20/09/2022

Responsable.: María Elena Soldevilla Jimeno

5. Impartición del taller teórico-práctico (2 horas de duración) en la escuela rural de Torrecilla de Alcañiz

Fecha inicio: 21/09/2022

Fecha final.: 21/09/2022

Responsable.: M. Esther Pérez Angosto

6. Impartición del taller teórico-práctico (2 horas de duración) en la escuela rural de Valdealgorfa (2 turnos)

Fecha inicio: 22/09/2022

Fecha final.: 22/09/2022

Responsable.: Agustín Gotor Las Santas

7. Realización de encuesta por el alumnado para evaluar los conocimientos adquiridos

Fecha inicio: 23/09/2022

Fecha final.: 27/09/2022

Responsable.: Miryam Sanz Marco

8. Análisis de Datos

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Miguel Angel Muñoz Muniesa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Dependiendo del numero de alumnos de alguna de las poblaciones es preciso realizar el taller en varios turnos, procurando tener grupos reducidos en cada taller para favorecer el aprendizaje de la actividad

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de alumnos del CRA del Mezquín que reciben el taller

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de alumnos que reciben el taller

Denominador .....: Nº total de alumnos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Dirección del CRA del Mezquín

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de alumnos del CRA del Mezquín que sacan mas de 3 puntos en el cuestionario previo al taller

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de alumnos que sacan >3 puntos en el cuestionario previo al taller

Denominador .....: Nº total de alumnos que realizan el cuestionario previo al taller

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionarios previos al taller

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de alumnos del CRA del Mezquín que sacan mas de 3 puntos en el cuestionario posterior al taller

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de alumnos que sacan > 3 puntos en el cuestionario posterior al taller

Denominador .....: Nº total de alumnos que realizan el cuestionario posterior al taller

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionarios posteriores al taller

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#987

### 1. TÍTULO

#### SALVANDO CORAZONES EN EL CRA DEL MEZQUÍN

---

Edad: Niños

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1004

### 1. TÍTULO

#### CONTROL OPTIMO DE LDL EN POBLACION DIABETICA CON MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL AMBITO RURAL

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#1004 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
IBÁÑEZ CANO ANA

Título  
CONTROL OPTIMO DE LDL EN POBLACION DIABETICA CON MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL AMBITO RURAL

Colaboradores/as:  
ESPINAL HERNANDEZ ANDREA DEL CARMEN  
GOTOR LAS-SANTAS AGUSTIN

Ubicación principal del proyecto.: CS ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALCAÑIZ

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Es de sobra conocido que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en nuestro país y conllevan además un elevado grado de discapacidad y coste sanitario. La arterioesclerosis es una enfermedad de causa multifactorial (edad avanzada, hipercolesterolemia, diabetes, tabaquismo, hipertensión arterial...) por lo que debemos realizar un abordaje más amplio, siendo más intensivo en aquellos pacientes que ya presentan un elevado riesgo cardiovascular. Observando la población diabética de los consultorios de Valjunquera y Valdealgorfa, pudimos comprobar que los diabéticos tipo II con muy alto riesgo cardiovascular, presentaban valores alejados del control óptimo de LDL según nuevas Guías ESC/ESA 2019 para el Control Global del Riesgo Cardiovascular, mientras que el resto de diabéticos con moderado y alto riesgo cardiovascular sí presentaban valores óptimos de control de LDL, según nuestro cuadro de mandos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Realizar una intervención más exhaustiva en los pacientes diabéticos tipo II con muy alto riesgo cardiovascular con el fin de alcanzar niveles de control óptimo de LDL. Hacerles conocedores de la importancia de la prevención terciaria y hábitos de vida saludables. Ajustar el tratamiento farmacológico pautado, si lo precisan, de forma eficiente, mediante el uso de Estatinas/Ezetimiba/resinas/iPCSK9.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desconocimiento de la población diabética tipo II del riesgo que supone mal control del LDL y las implicaciones que conllevan en su patología.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Promover hábitos de vida saludables, centrándonos especialmente en la realización de ejercicio físico, cese del hábito tabáquico, dieta baja en grasas saturadas y alimentos procesados. Dar a conocer a la población diabética tipo II cuáles son los principales factores de riesgo cardiovascular, su implicación en numerosas patologías y las herramientas de las que disponen para evitar su progresión. Control en consulta y abordaje de pacientes diabéticos tipo II con muy alto riesgo cardiovascular con el fin de conseguir cifras de LDL en rango y mejorar sus hábitos de vida. Ofertar información sobre factores de riesgo cardiovascular y sus implicaciones en el paciente diabético tipo II, desde intervención en consulta y sesiones, a toda la población diabética tipo II de los municipios de Valdealgorfa y Valjunquera.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Designación del Equipo de Trabajo

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Agustín Gotor Las Santas

#### 2. Preparación de Sesiones y Material necesario

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Andrea del Carmen Espinal Hernández

#### 3. Realización de Sesión "Importancia del control de los Factores de Riesgo Cardiovascular en el paciente diabético y Guía sobre alimentación saludables adaptada" en Sala Audiovisual

Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: Ana Ibáñez Cano

#### 4. Evaluación y análisis de resultados de forma trimestral

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1004

### 1. TÍTULO

#### CONTROL OPTIMO DE LDL EN POBLACION DIABETICA CON MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL AMBITO RURAL

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Ana Ibáñez Cano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizarán intervenciones en dichos pacientes desde consulta de Atención Primaria en cada trimestre de control.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Valores LDL objetivo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: paciente diabético tipo II con muy alto RCV que alcanzan objetivos

Denominador .....: Total de pacientes diabéticos tipo II con muy alto RCV

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro Mandos Diabetes

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

##### 2. Asistencia diabéticos tipo II muy alto RCV

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: pacientes diabéticos tipo II con muy alto RCV que asisten a la sesión

Denominador .....: Total de pacientes diabéticos tipo II con muy alto RCV

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro Mandos Diabetes : Población Diabética tipo II muy alto RCV

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

##### 3. Asistencia diabéticos tipo II

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: paciente diabéticos tipo II que asisten a la sesión

Denominador .....: total de pacientes diabéticos tipo II

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro Mandos Diabetes: Total Población Diabética tipo II

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

##### 4. Valoración Encuesta Satisfacción

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: encuestas con valoración superior a 7

Denominador .....: total de encuestas valoradas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Total Encuestas entregadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1051

### 1. TÍTULO

#### ¡DIVIERTETE SEGURO!

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1051 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CASTELLANO JUSTE ISABEL

Título  
¡DIVIERTETE SEGURO!

Colaboradores/as:  
FALO ORCAL CRISTINA  
JULVE CASTRO CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: CS ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALCAÑIZ

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La edad de inicio de los adolescentes a las principales drogas (alcohol 14 , cannabis 14'9, tabaco 14'1 y cocaína 15'1 años) se retrasa ligeramente con respecto años anteriores, según estudio de consumo de drogas en menores, ESTUDES, encuesta sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años de España. Lo que supone una mejora de la situación, e indica que el trabajo que se viene realizando de prevención en el ámbito escolar, mejora la situación por más que la mejora sea más lenta de lo que quisiéramos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Vemos la necesidad de dotar a los adolescentes de herramientas para el manejo de su salud en situaciones de ambientes con drogas, además de habilidades para detectar y manejar situaciones de riesgo. A través de un taller formativo sobre prevención en drogodependencias a los alumnos de 3º ESO, FP Básica de Electricidad y Administrativo del IES Bajo Aragón (Alcañiz) y 4º ESO Colegio San Valero y La Inmaculada (Alcañiz) durante los cursos escolares 2021-2023.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El consumo de drogas entre los adolescentes ha aumentado durante los últimos años, aunque ha tenido una mejor evolución en los últimos años, pese a esto se continúa evidenciando un aumento de las problemáticas y conductas de riesgo típicas de la adolescencia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Concienciar sobre hábitos saludables referente al consumo de drogas /peligros derivados del consumo de drogas y prevenir esas conductas  
-Transmitir una información objetiva sobre las cuestiones relacionadas con el fenómeno de las drogas.  
-Dotar a los alumnos de herramientas útiles en situaciones de consumo de drogas en su entorno (Evitar influenciar o ser influenciados), favoreciendo actitudes que faciliten comportamientos saludables en relación con el consumo de drogas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Trabajar con frases de posicionamiento el alcohol y otras drogas además del impacto que producen sobre la salud.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Cristina Falo-Carmen Julve-Isabel Castellano

2. Explicar conceptos de abuso, dependencia, tolerancia, adicción y el funcionamiento del cerebro con y sin sustancias adictivas.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Isabel Castellano-Carmen Julve-Cristina Falo

3. Trabajar la presión de grupo/iguales.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Carmen Julve-Isabel Castellano-Cristina Falo

4. Explicar las diferencias entre tabaco (cigarrillo), cannabis (porro) y vapeador.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Cristina Falo-Carmen Julve-Isabel Castellano

5. Tasa de alcoholemia y eliminación del alcohol del organismo.

Fecha inicio: 01/04/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1051

### 1. TÍTULO

#### ¡DIVIERTETE SEGURO!

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Isabel Castellano-Carmen Julve-Cristina Faló

6. Como actuar ante una intoxicación por alcohol u otras drogas.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Carmen Julve-Isabel Castellano-Cristina Faló

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Realización de talleres informativos sobre alcohol y otras drogas, con el alumnado de 3º ESO IES Bajo Aragon y de los Colegios San Valero y La Inmaculada, todos ellos de la localidad de Alcañiz.

Los contenidos se desarrollan de la siguiente forma:

En cada grupo el taller se divide en 2 sesiones de 50 minutos, separadas entre una o dos semana una de la otra. En cada sesión se distribuyen las actividades anteriormente nombradas.

En el curso escolar 2021-22 se realiza durante el 3º trimestre y en el curso 2022-2023 en el 1º trimestre.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. • % de alumnos q asisten a los talleres de cada IES

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de alumnos asistentes a los talleres de cada IES

Denominador .....: nº total de matriculados en 3º ESO y FP Básica de Electricidad y Administrativo de cada IES \*100

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Nº de alumnos matriculados en los centros educativos en cada centro

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. • % de alumnos que valoran el taller mayor o igual a 8

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de alumnos que responden a la pregunta de la encuesta de satisfacción (E.S) ¿Qué le ha parecido el taller? con nota mayor o igual a 8

Denominador .....: nº total de respuestas a esa pregunta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. • % de alumnos que valoran los conocimientos adquiridos son útiles en su desarrollo personal

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de alumnos que responden a la pregunta de la E.S. ¿Los conocimientos adquiridos serán útiles en tu desarrollo personal? con nota mayor o igual a 8

Denominador .....: nº total de respuestas a esa pregunta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. • % de alumnos que recomendarían a otros compañeros que hiciesen el taller

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de alumnos que responden a la pregunta de la E.S. ¿Le recomendarías a otros compañeros que hicieran este taller? con una nota mayor o igual a 8

Denominador .....: nº total de respuestas a esa pregunta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Encuesta de satisfacción elaborada por los miembros del grupo de trabajo, se les pasará a los alumnos al terminar la 2ª sesión.

• Registro de observaciones y sugerencias de los alumnos sobre el taller.

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1051

### 1. TÍTULO

#### ¡DIVIERTETE SEGURO!

Edad: Adolescentes/jóvenes

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1295

### 1. TÍTULO

#### "ACTUALIZACION EN PATOLOGÍAS URGENTES PARA MEJORAR LA ASISTENCIA Y UTILIZACION DE RECURSOS EN LA ATENCION CONTINUADA DE ALCAÑIZ"

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1295 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NUIN CONS ELENA

Título  
"ACTUALIZACION EN PATOLOGÍAS URGENTES PARA MEJORAR LA ASISTENCIA Y UTILIZACION DE RECURSOS EN LA ATENCION CONTINUADA DE ALCAÑIZ"

Colaboradores/as:  
AVELLANA GALLAN MARTA  
BARCO MONTERO MARIA LOURDES  
CELMA IBÁÑEZ ELSA  
FACI OLMOS MIRIAM  
TOLEDO REYES ROCIO GUADALUPE

Ubicación principal del proyecto.: CS ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALCAÑIZ

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los procesos más graves y/o urgentes precisan de una atención rápida y proporcionada por parte de Atención Primaria, que consiga estabilizar al paciente hasta su llegada al siguiente nivel asistencial.

#### ÁREAS DE MEJORA

Atención proporcionada en Atención Continuada a patologías graves y/o tiempo-dependientes

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En el centro de salud de Alcañiz las patologías graves y urgentes suponen un volumen pequeño de las patologías que atendemos en el servicio de Atención Continuada, lo cual sumado a la sobrecarga de pacientes que en algunos momentos sufre este servicio, puede suponer una mayor heterogeneidad en nuestra actuación ante dichos procesos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la atención de tres patologías graves/urgentes (seleccionadas por consenso) con protocolos internos que prioricen su atención y unifiquen los criterios de actuación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Priorizar tres patologías graves y/o urgentes que precisen de dicha revisión/actualización

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 10/10/2022

Responsable.: Marta Avellana Gallán

2. Revisar protocolos existentes/bibliografía acerca de dichas patologías.

Fecha inicio: 10/10/2022

Fecha final.: 20/11/2022

Responsable.: Marta Avellana Gallán

3. Elaborar protocolos internos para adecuar la actuación en At. Continuada ante dichas patologías (triaje, zona de atención, medidas terapéuticas aplicadas, tratamiento administrado, recursos solicitados)

Fecha inicio: 20/11/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Elena Nuin Cons

4. Impartir una sesión formativa a todos los componentes del equipo de Atención Primaria y Atención Continuada del CS Alcañiz.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 15/03/2023

Responsable.: Marta Avellana Gallán

5. Realizar un cuestionario de conocimientos que cumplimenten todos los asistentes, al finalizar la sesión formativa.

Fecha inicio: 15/03/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Elena Nuin Cons

6. Evaluar el proyecto a través de los indicadores formulados

Fecha inicio: 01/04/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1295

### 1. TÍTULO

#### "ACTUALIZACION EN PATOLOGÍAS URGENTES PARA MEJORAR LA ASISTENCIA Y UTILIZACION DE RECURSOS EN LA ATENCION CONTINUADA DE ALCAÑIZ"

Fecha final.: 15/04/2023

Responsable.: Elena Nuin Cons

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de asistentes a la sesión formativa

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de asistentes a la sesión

Denominador .....: Número total de Profesionales del equipo de Atención Primaria y Atención Continuada del CS

Alcañiz convocados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Porcentaje de asistentes que son capaces de resolver el 80% del cuestionario de conocimientos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de personas que resuelven el 80% de las preguntas

Denominador .....: Número de asistentes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: cuestionario específico

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología grave/urgente

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#235

### 1. TÍTULO

#### INFORMACION PARA PADRES SOBRE LACTANCIA, ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL LACTANTE Y DIETA SALUDABLE EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#235 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VERA SAEZ-BENITO MARIA CRISTINA

Título  
INFORMACION PARA PADRES SOBRE LACTANCIA, ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL LACTANTE Y DIETA SALUDABLE EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Colaboradores/as:  
ADRIAN MONFORTE ESTRELLA  
GARCES BALLESTEROS EVA  
JARABA BECERRIL CARLOS  
LAHOZ MACIPE MARIA CONCEPCION  
MAGRAZO GASION MARTA  
PEÑA GALO EDGAR MARTIN

Ubicación principal del proyecto.: CS ALCORISA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALCORISA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

A día de hoy, a pesar del fácil acceso a información de calidad, siguen existiendo mitos y creencias erróneas en torno a la lactancia materna y artificial. Las recomendaciones en torno a la alimentación complementaria han ido cambiando mucho y es un tema que genera muchas dudas a los padres. Uno de los principales determinantes de la obesidad y el sobrepeso en la infancia es una dieta inadecuada. Es importante que los niños, desde pequeños, adquieran unos hábitos adecuados en cuanto a la alimentación para prevenir problemas futuros. Por todo lo anteriormente comentado, y en beneficio de la salud de los niños, es preciso ofrecer a los padres información actualizada y de calidad sobre estos temas. Consideramos que las hojas de información son una herramienta de apoyo a las recomendaciones dadas en la consulta ya que los padres pueden acceder a ellas en su domicilio evitando consultas innecesarias.

#### ÁREAS DE MEJORA

La dieta de muchos de los niños que acuden a nuestras consultas se está alejando cada vez más de la recomendable dieta mediterránea. A diario vemos como los ultraprocesados, los alimentos azucarados y los mal llamados "alimentos infantiles" están ganando terreno a la dieta sana y equilibrada con las consecuencias para la salud que esto conlleva.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La falta de información de calidad, la publicidad engañosa y los cambios en los últimos años de las recomendaciones en la alimentación complementaria pueden hacer que los padres tomen decisiones no del todo acertadas con respecto a la alimentación de sus hijos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Dar a los padres por escrito información actualizada sobre una alimentación sana y equilibrada y hábitos relacionados recomendables para sus hijos (información que previamente se ha explicado en consulta). Unificar los consejos dados por el equipo médico y de enfermería del centro de salud. Disminuir el número de consultas relacionadas con el tema ofreciendo a los padres herramientas para resolver sus dudas por ellos mismos pudiendo acceder en su domicilio a información de calidad. Seguimiento de aquellos pacientes con sobrepeso u obesidad valorando si existe mejoría clínica y en la dieta tras aportar dicha información.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de tres hojas de información actualizadas basadas en conocimientos y recomendaciones para la alimentación y hábitos relacionados saludables en la infancia  
Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final: 31/08/2022  
Responsable.: Cristina Vera Saez-Benito
2. Realización de una encuesta de satisfacción para los padres  
Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final: 31/08/2022  
Responsable.: Cristina Vera Sáez-Benito
3. Presentación y explicación de estas hojas al equipo de atención primaria en una sesión en el Centro de Salud de Alcorisa

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#235

### 1. TÍTULO

#### INFORMACION PARA PADRES SOBRE LACTANCIA, ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL LACTANTE Y DIETA SALUDABLE EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/09/2022

Responsable.: Cristina Vera Sáez-Benito

4. Entregar en consulta hojas de información sobre lactancia, alimentación complementaria y dieta saludable en la infancia que sirva de base para resolver todas las dudas que puedan surgir al respecto

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Todos los componentes del proyecto

5. Controlar el peso e IMC de los pacientes en los que se detecte sobrepeso u obesidad tras la primera intervención. Valorar si existe mejoría en estos parámetros y cambios en sus hábitos alimenticios

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Cristina Vera Sáez-Benito

6. Entregar a los padres una encuesta para conocer el grado de utilidad/ satisfacción con las hojas de información

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Todos los componentes del proyecto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se entregará y se darán explicaciones de la hoja de información sobre lactancia en la primera visita del recién nacido en el centro de salud.

Se entregará y se darán explicaciones de la hoja de información sobre alimentación complementaria en la revisión de los 4-6 meses en el centro de salud antes de su inicio a los 6 meses de edad.

Se entregará y se darán explicaciones de la hoja de información sobre dieta saludable en la infancia y adolescencia en la revisión de los 12 meses en el centro de salud.

Se realizará una captación activa y seguimiento de aquellos pacientes con sobrepeso y obesidad.

Dichas hojas podrán ser entregadas en cualquier otro momento que se considere oportuno y por cualquier médico/a o enfermero/a del centro de salud. Pretendemos que sirvan de base a los padres para resolver todas las dudas que puedan surgir al respecto y les permita tomar decisiones más acertadas en la elección de la alimentación de sus hijos.

Tras la entrega de las hojas de información se pasará a los padres una encuesta para conocer el grado de utilidad/ satisfacción con las mismas.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de hojas de recomendaciones entregadas.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de hojas entregadas

Denominador .....: Total de revisiones realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Número de encuestas de satisfacción entregadas.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de encuestas de satisfacción rellenas

Denominador .....: Total de encuestas de satisfacción entregadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Valoración de la utilidad de las hojas realizando un seguimiento de los pacientes con sobrepeso

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de pacientes con sobrepeso/ obesidad en los que mejora el IMC / peso

Denominador .....: Total de pacientes incluidos en el proyecto con sobrepeso / obesidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#235

### 1. TÍTULO

#### **INFORMACION PARA PADRES SOBRE LACTANCIA, ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL LACTANTE Y DIETA SALUDABLE EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#645

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA ZONA DE SALUD DE ALCORISA

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#645 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MAGRAZO GASION MARTA

Título  
REALIZACION DE MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA ZONA DE SALUD DE ALCORISA

Colaboradores/as:  
ADRIAN MONFORTE ESTRELLA  
GASPAR BLASCO ANTONIO  
GONZALEZ NIEBLAS JUAN ALBERTO  
JARABA BECERRIL CARLOS  
OLIVER SALES MARIA ANTONIA  
VERA SAEZ-BENITO MARIA CRISTINA  
VIDAL VILLANUEVA VERONICA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALCORISA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALCORISA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La recomendación de Activos para la Salud es uno de los pilares de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón. En el Centro de Salud de Alcorisa y su zona de Salud no tenemos realizado el Mapa de Activos en la actualidad. Puesto que los Activos en Salud son recursos presentes en la comunidad que tienen la capacidad de mantener o mejorar la salud y el bienestar físico, psíquico y social, vamos a ir cambiando la visión hacia una Atención Comunitaria basada en la recomendación de Activos. La manera para poder llegar a realizar esta recomendación desde Atención Primaria es conocer y realizar un Mapeo de los Activos que ya existen en nuestra comunidad. Para ello se requiere la participación de la Comunidad y la ayuda de diversas instituciones, haciéndose a la vez partícipes de este Mapeo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Atención Comunitaria  
Mapeo de Activos  
Prescripción de Activos en Salud

#### ANALISIS DE CAUSAS

Se determina la necesidad de realizar Mapeo para conocer los Activos de nuestra Comunidad para poder ser recomendados a los pacientes invirtiendo en Salud

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Identificar los distintos recursos y Activos en Salud que existen en la zona
- Hacer un análisis de los Activos presentes en la zona de Alcorisa disgregada por municipios y tipología
- Crear base de datos donde aparezcan todos los Activos en Salud
- Implicar a las entidades poseedoras del Activo para que introduzcan las actividades en el sistema de Activos de Aragón
- Realizar una supervisión y vigilancia periódica de que los Activos van subiendo correctamente a la plataforma

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión inicial del grupo de colaboradores en Atención Comunitaria del EAP Alcorisa para la creación del grupo de trabajo

Fecha inicio: 15/06/2022  
Fecha final.: 15/06/2022  
Responsable.: Marta Magrazó Gasió

2. Transmisión del proyecto de realización de Mapeo de Activos en Salud a los asistentes al Consejo de Salud

Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Antonio Gaspar Blanco

3. Encuesta a personas clave de cada municipio de la zona de salud de Alcorisa. También a los responsables de cada Comarca, vía telefónica y por email.

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Marta Magrazó Gasió

4. Elaboración del Mapa de Salud y el buscador de activos que va vinculado a OMI

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/06/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#645

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN LA ZONA DE SALUD DE ALCORISA

Responsable.: Verónica Vidal Villanueva

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La recogida de información de los Activos en Salud está planificada para realizarla con todos los colaboradores del EAP Alcorisa

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Índice de activos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de activos en salud registrados en junio 2022

Denominador .....: Número de activos en salud registrados en junio 2023

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plataforma de activos en Salud vinculada a OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

La recogida de información se va a realizar de toda la zona de salud disgregada por municipios y teniendo en cuenta las actividades propias de cada comarca.

La recogida de información se ira haciendo a lo largo de todo el año para obtener más activos para la posterior recomendación.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Salud y Bienestar

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#659

### 1. TÍTULO

#### "RUTAS SALUDABLES DE LA PUERTA DE LOS VIENTOS"

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#659 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ROMERO ARASANZ EMMA

Título  
"RUTAS SALUDABLES DE LA PUERTA DE LOS VIENTOS"

Colaboradores/as:  
CRESPO BURILLO MARIA DEL MAR  
DELGADO FAÑANAS NURIA  
GARCIA LOPEZ ANA MARIA  
LAGAR GONZALEZ ANA BELEN  
PLAYAN BOSQUE CLARA  
SALES BUJ ARANTXA  
VAQUE BIELSA MARIA-PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS ANDORRA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ANDORRA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde el inicio de la pandemia de covid-19 y debido a las recomendaciones sanitarias de aislamiento social hemos visto como han disminuido las interacciones sociales en algunos grupos de población, sobre todo en adultos mayores y como ha aumentado el sedentarismo en general en nuestra población. La falta de seguimiento de las patologías crónicas por parte de los profesionales de enfermería debido a la situación de pandemia, así como la disminución de la demanda de pacientes a consulta programada de enfermería, también ha contribuido al empeoramiento de algunas enfermedades no transmisibles, así como mayores niveles de dependencia, aislamiento social y de deterioro cognitivo. La bibliografía consultada pone en evidencia, como la promoción de paseos en personas mayores de 65 años, personas en riesgo de fragilidad e incluso mujeres en situación de vulnerabilidad, ha mejorado el control de las enfermedades crónicas, su calidad de vida y su forma física. Por todos estos motivos hemos elaborado un proyecto de fomento de la actividad física basado en las recomendaciones de la OMS acerca de 'Actividad Física en adultos', teniendo en cuenta que el aumento de la actividad física es una necesidad social y no solo individual.

La localidad de Andorra cuenta con recursos para fomentar el ejercicio físico, así como un entorno propicio para fomentar la actividad física, tanto en las zonas verdes de sus alrededores como en el casco urbano o en centros específicos (polideportivo, gimnasios, instalaciones deportivas, parques activos...)

Han participado diversos agentes como el propio Ayuntamiento de Andorra (la concejalía de salud, deporte y ciudadanía), las entidades sociales: AECC, ADABA, Hogar de mayores del IASS, Cruz roja, Centro ITACA, el IES Pablo Serrano y el personal del Centro de Salud (Sanitario y no sanitario).

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1- Fomentar del ejercicio físico en la población diana, y en la población en general.
- 2- Seguimiento y control de pacientes con patología crónica.
- 3- Recomendación de activos relacionados con los problemas/ necesidades detectadas

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1- La pandemia de covid-19 y las recomendaciones sanitarias de aislamiento social. Empeoramiento de las patologías crónicas (se aprecia en las consultas de enfermería un aumento de IMC, empeoramiento de las cifras de HbA1C en personas con diabetes, demandas de ansiedad y malestar).

2- Durante la pandemia se dejaron de hacer seguimiento a pacientes con patología crónica y posteriormente los pacientes no solicitan visita programada con enfermería, bien sea por desconocimiento del normal funcionamiento del centro o por temor a acudir al propio centro.

3- Ausencia de paseos saludables como activo en nuestra zona de salud. Ni de rutas marcadas urbanas o próximas al casco urbano para que las personas mayores puedan realizarlas de forma autónoma. Los recursos de fomento del ejercicio físico no se adaptan al perfil del paciente o bien el paciente no cree que le puedan ser de utilidad o los desconoce. Falta de derivación formal del paciente a través de los profesionales de la salud al recurso de ejercicio físico adecuado (recomendación de activos).

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

GENERAL: Fomentar el ejercicio en la población adulta.

ESPECIFICOS:

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#659

### 1. TÍTULO

#### "RUTAS SALUDABLES DE LA PUERTA DE LOS VIENTOS"

1. Mejorar la autopercepción de bienestar de los participantes.
2. Aumentar el tiempo dedicado al ejercicio de los participantes.
3. Integrar los paseos y las rutas como activos para la salud de la localidad.
4. Creación de rutas marcadas urbanas o próximas al casco urbano.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. DISEÑAR RUTAS verdes y urbanas de fácil realización, en la localidad de Andorra, para fomentar el ejercicio a la vez que se conoce el entorno natural y social de la localidad.

Fecha inicio: 01/06/2021

Fecha final: 30/06/2021

Responsable.: Ana M<sup>a</sup> García, Juan C. Aznar técnico de deportes del polideportivo Andorra y grupo de participantes

2. PILOTAR LA EXPERIENCIA

Fecha inicio: 01/06/2021

Fecha final: 30/06/2021

Responsable.: grupos 12-15 personas con patologías crónicas, mujeres inmigrantes, AECC, personas mayores Hogar IASS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

FACTORES CONDICIONANTES: El estado de salud de los participantes. La aceptación del proyecto por la población. La climatología. Las personas responsables/monitores y su permanencia en el proyecto. El grupo en número y características homo/heterogéneas. Recursos económicos para la permanencia del proyecto.

La fase piloto se realizó del 1 al 30 de Junio de 2021 y posteriormente otra fase de septiembre a junio de 2022; continuarán otros grupos de septiembre de 2022 a junio de 2023.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de personas que participación en los paseos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... número de personas que han participado en los paseos

Denominador ..... número de personas que se han derivado a los paseos.

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Registro de OMI y registro de asistencia.

Est.Mín.1ª Mem .. 20.00

Est.Máx.1ª Mem .. 80.00

Est.Mín.2ª Mem .. 80.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

2. % de personas que participación en los paseos, que han aumentado la actividad física

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... número de personas que han aumentado la actividad física

Denominador ..... número de personas que participan en los paseos.

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Cuestionario internacional de actividad física IPAQ

Est.Mín.1ª Mem .. 20.00

Est.Máx.1ª Mem .. 80.00

Est.Mín.2ª Mem .. 80.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

3. % de participantes que mejoran en el estado de salud percibida

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... número de participantes que mejorar en el cuestionario EuroQol-5D posterior en relación con el anterior.

Denominador ..... total de personas que contestan el cuestionario EuroQol-5D posterior

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Cuestionario de salud versión en español euroqol-5D previo y posterior

Est.Mín.1ª Mem .. 20.00

Est.Máx.1ª Mem .. 80.00

Est.Mín.2ª Mem .. 80.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

4. Inclusión de los paseos en el buscador de activos de la estrategia de atención comunitaria

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Inclusión de la actividad Rutas saludables de la Puerta de los vientos en el mapa de activos.

Denominador ..... Totalidad de activos y recursos incluidos en el mapa de activos de la localidad de Andorra

x(1-100-1000) ... 1

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#659

### 1. TÍTULO

#### "RUTAS SALUDABLES DE LA PUERTA DE LOS VIENTOS"

Fuentes de datos.: Blog de la estrategia de atención comunitaria del Gobierno de Aragón.

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Existencia de rutas en la localidad de Andorra señalizadas y específicas para la población.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Rutas verdes y urbanas señalizadas y descritas en la localidad de Andorra para fomentar la actividad rutas saludables.

Denominador .....: Rutas y senderos en el casco urbano y entorno de la localidad de Andorra.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Grupo promotor del Andorra saludable

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Se realiza una evaluación intermedia en junio de 2022.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías crónicas.

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#664

### 1. TÍTULO

#### "PHASEAAA: PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LAS ESCUELAS DE PRIMARIA"

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#664 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA LOPEZ ANA MARIA

Título  
"PHASEAAA: PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LAS ESCUELAS DE PRIMARIA"

Colaboradores/as:  
CANTIN POLO SANDRA  
LAGAR GONZALEZ ANA BELEN  
LOPEZ SAURAS SUSANA  
LORENZO RAMIREZ MARIA DACIL  
PELLICER GARCIA BEGOÑA  
PEREZ OTO ELENA  
ROMERO ARASANZ EMMA

Ubicación principal del proyecto.: CS ANDORRA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ANDORRA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Para el abordaje de la enfermedad cardiovascular es imprescindible la adquisición de hábitos saludables por parte de los niños, fomentando la dieta mediterránea y promoviendo la práctica regular de actividad física, lo que implica la modificación de los hábitos familiares y /o sociales. Estas estrategias van a precisar de implicación de diferentes sectores, como el educativo, industria alimenticia, salud pública, etc., como por ejemplo la estrategia NAOS iniciada en 2005.

Los principales factores de riesgo cardiovascular en los niños y los adolescentes son:

- Sobrepeso y obesidad.
- Inactividad física o sedentarismo.
- Hipercolesterolemia.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes.
- Tabaquismo.

El control de ellos, de forma precoz, disminuye el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular en la edad adulta.

Las escuelas promotoras de salud, desde su creación, han priorizado en sus proyectos educativos la promoción de salud, facilitando la adopción de modos de vida sanos en un ambiente favorable.

Dentro del marco de la atención primaria la atención comunitaria es un pilar fundamental de actuación con la comunidad.

Las buenas relaciones entre la comunidad educativa y los profesionales de la salud, así como con el resto del entorno, hacen que nos planteemos la implementación de este proyecto.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. FOMENTO DE LA DIETA MEDITERRANEA
2. FOMENTO DEL EJERCICIO FISICO
3. PREVENCIÓN DE HABITOS TÓXICOS

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. El sobrepeso y la obesidad en la infancia están aumentando en los países desarrollados y en algunos en vías de desarrollo, hasta el punto de considerar este problema una pandemia, una epidemia global. España es el tercer país del mundo con las mayores tasas de sobrepeso (18,48%) y obesidad (9,13%) en niños y adolescentes, y estos porcentajes siguen aumentando.

2. La inactividad física, además de ser en sí misma un factor de riesgo cardiovascular muy importante en esta etapa, aumenta también el peligro de desarrollar otros, como el hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, la obesidad o la diabetes.

3. El tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, así como también lo es para infinidad de enfermedades de toda índole (respiratorias, digestivas, articulares, diferentes tipos de cáncer, etc.) Los niños, y sobre todo los adolescentes, se ven influidos por los modelos adultos y pueden acabar entendiendo estos hábitos como algo natural y aceptable.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

GENERAL: Implementar un programa de actividades saludables, dirigido a la prevención de factores de riesgo cardiovascular, entre los escolares de educación primaria de las localidades de Andorra, Alloza y Ariño.

#### ESPECÍFICOS:

1. Aumentar el conocimiento de los diferentes factores de riesgo cardiovasculares modificables y no modificables entre los escolares participantes en el estudio.
2. Fomentar la dieta mediterránea como base de una alimentación cardio saludable.
3. Fomentar el tiempo de ejercicio físico de los participantes en el estudio.
4. Conocer el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas entre los participantes de 5º de primaria.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#664

### 1. TÍTULO

#### "PHASEAAA: PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LAS ESCUELAS DE PRIMARIA"

5. Conocer las actitudes hacia las drogas legales de los participantes en el estudio antes y después de la intervención.
6. Conocer la resistencia a la presión social para consumir drogas de los participantes en el estudio antes y después de la intervención.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. RIESGO CARDIO VASCULAR: CAJAS CON CORAZÓN, EL SEMAFORO SALUDABLE Y CRUCIGRAMAS SALUDABLES

Fecha inicio: 19/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Ana María García López

#### 2. ALIMENTACIÓN

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Susana López Sauras

#### 3. EJERCICIO:

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 16/06/2023  
Responsable.: Emma Romero Arasanz

#### 4. PREVENCIÓN DE ADICCIONES:

Fecha inicio: 02/05/2023  
Fecha final.: 16/06/2023  
Responsable.: Ana Belén Lagar González

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Las actividades se implementarán según cronograma previsto desde septiembre de 2022 a junio de 2023. Paralelamente se realizarán talleres con los padres.

En las actividades participaren diferentes activos de la zona, como el AMPA, el hogar de mayores, el centro ITACA, rutas saludables, el centro de salud, la asociación Abatar, el ayuntamiento de la localidad...

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 2. Implementación del programa de actividades phaseaaa

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de actividades realizadas

Denominador .....: número total de actividades planificadas en el programa Phaseaaa.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: programa de actividades Phaseaaa

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 3. % de alumnos que mejoran conocimientos sobre los factores de riesgo cardiovascular

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de alumnos que mejoran el conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular en la valoración posterior

Denominador .....: del total de alumnos que realizan la actividad "cajas con corazón" (1.0.) (1º de primaria) "el semáforo saludable" (1.1.) (3º de primaria) y/ o "crucigramas saludables" (1.2.) (5º primaria

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: actividades 1.0. - 1.1. - 1.2. del programa Phaseaaa

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 4. % de alumnos que mejoran la adherencia a la dieta mediterránea.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número escolares que al finalizar el proyecto tienen buena adherencia a la dieta mediterránea

Denominador .....: Nº total de niños que participan en el programa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Test de valoración KIDMED

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#664

### 1. TÍTULO

#### "PHASEAAA: PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LAS ESCUELAS DE PRIMARIA"

5. % de alumnos que mejoran en el cuestionario Krece Plus

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de alumnos que al finalizar el proyecto han aumentado las horas de ejercicio en el cuestionario Krece plus

Denominador .....: N° total de niños que participan en el programa

x(1-100-1000)....: 100

Fuentes de datos.: cuestionario Krece Plus

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

6. % de alumnos que fuman, consumen alcohol u otras drogas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de alumnos de 5º que fuman/beben/toman drogas

Denominador .....: total de alumnos que cumplimentan el cuestionario

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: cuestionario consumo de drogas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. % de alumnos que manifiestan desacuerdo ante el consumo de drogas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de alumnos que responden a las 6 preguntas del cuestionario sobre actitudes hacia las drogas en desacuerdo o totalmente desacuerdo después de la intervención

Denominador .....: total de alumnos que contesta el cuestionario después de la intervención

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionario de escala de actitudes hacia drogas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

8. % de alumnos que manifiestan tener una actitud improbable ante el consumo de drogas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de alumnos que responden a las 10 preguntas de la escala de resistencia a la presión social para consumir drogas, improbable o muy improbable después de la intervención

Denominador .....: total de alumnos que contesta el cuestionario después de la intervención

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: escala de resistencia a la presión social para

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

1. Hábitos alimentarios: encuesta Kidmed, de valoración de la adherencia a la dieta mediterránea.

2. Actividad física: medida con el cuestionario rápido del estudio enKid

Hemos elegido las siguientes escalas que, utilizada la Conselleria de sanidad de la Xunta de Galicia, en su programa de prevención de drogas, Prevención de las drogodependencias:

3. Escala de consumo de drogas consta de 11 preguntas sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

4. Escala de presión social para consumir drogas que consta de 10 preguntas sobre acciones relacionadas con el consumo de drogas, con una escala Likert (1-5) de respuesta, que va desde muy probable, probable, no estoy seguro, improbable o muy probable.

5. Escala de actitudes hacia las drogas que consta de seis preguntas sobre actitudes hacia las drogas legales, con una escala Likert (1-5) de respuesta, que va desde totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, difícil de decir, de acuerdo y totalmente de acuerdo.

Para la evaluación de las actividades se ha diseñado una ficha que donde se evalúa los recursos, la participación, la opinión de los alumno/participantes y si se ha cumplido el objetivo.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Prevención cardiovascular

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#703

### 1. TÍTULO

#### ¡QUE BIEN RESPIRO! MEJORA EN LA ATENCION INTEGRAL DE LOS PACIENTES EPOC

Fecha de entrada: 19/07/2022

Nº de registro: 2022#703 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VAQUE BIELSA MARIA-PILAR

Título  
¡QUE BIEN RESPIRO! MEJORA EN LA ATENCION INTEGRAL DE LOS PACIENTES EPOC

Colaboradores/as:  
AGUILAR CORMANO JORGE  
CANTIN POLO SANDRA  
GORRIZ FUERTES MARIA FELISA  
GRACIA ALONSO VICTOR  
LORENZO RAMIREZ MARIA DACIL  
MUÑOZ BERNAD TAMARA  
PAREDERO EGAÑA MAITANE

Ubicación principal del proyecto.: CS ANDORRA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ANDORRA

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las patologías que mayores tasas de prevalencia y mortalidad presenta a nivel mundial, en España representa la 3ª causa de muerte y también supone una gran carga sanitaria debido a los ingresos hospitalarios a causa de sus reagudizaciones. Tiene que tener un abordaje integral de prevención, diagnóstico y tratamiento. Por eso es un objetivo estratégico de nuestro centro de salud, que contempla como actividad preventiva la disminución del consumo de tabaco, (consulta de deshabitación tabáquica), el diagnóstico a través de la realización de pruebas funcionales (agenda propia de espirometrías) y el control de los pacientes ya diagnosticados que incluya no solo los tratamientos farmacológicos sino también la rehabilitación pulmonar

#### ÁREAS DE MEJORA

1. DETECCIÓN Y DIAGNOSTICO DE PERSONAS CON EPOC
2. AUTOCONTROL DEL PACIENTE CON EPOC
3. FOMENTO DEL EJERCICIO EN LOS PACIENTES CON EPOC

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. En nuestro equipo la cobertura sobre la detección del tabaquismo (24'27 %), está por debajo de la del sector (31'71 %), pero igual que la de Aragón (24%) (datos del acuerdo de gestión clínica 2022).
2. La información al paciente sobre el uso de los inhaladores, en el momento de su prescripción, no es suficiente. Hay pacientes que no comprenden las instrucciones o tienen poca fuerza física para realizar las inhalaciones de forma correcta. No siempre se comprueba en las consultas de enfermería la correcta administración de los inhaladores.
3. A los pacientes con epoc no se le recomienda ejercicio físico adaptado a su situación de salud.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

GENERAL: El objetivo es mejorar el estado físico de los pacientes con EPOC a través del ejercicio adaptado a su situación física.

#### ESPECIFICOS:

1. Enseñar el uso correcto de los sistemas de inhalación para contribuir al tratamiento adecuado y al bienestar de los pacientes.
2. Contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento para evitar las reagudizaciones y las hospitalizaciones.
3. Aprendizaje del manejo de síntomas, de los enfermos EPOC y sus familiares pertenecientes a la Zona Básica de Salud de Andorra.
4. Recomendar activos de ejercicio adaptado a la situación del paciente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Talleres del uso correcto de los inhaladores a los pacientes. Previamente se realizará un cuestionario para valorar las dificultades para seguir el tratamiento con inhaladores (TAI 10 ítems, TAI 12)

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 19/09/2024

Responsable.: Maria Pilar Vaqué Bielsa

2. Talleres con ejercicios de rehabilitación respiratoria para mejorar el estado físico,

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 19/09/2024

Responsable.: Maria Pilar Vaqué Bielsa

3. Se realizará una sesión clínica con el equipo de atención primaria más personal no sanitario.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#703

### 1. TÍTULO

#### ¡QUE BIEN RESPIRO! MEJORA EN LA ATENCION INTEGRAL DE LOS PACIENTES EPOC

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 19/09/2024

Responsable.: Maria Pilar Vaqué Bielsa

4. Se buscaran activos e la comunidad y se les derivará a través del protocolo OMI.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 19/09/2024

Responsable.: Maria Pilar Vaqué Bielsa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. : % de pacientes EPOC que se les ha preguntado por síntomas respiratorios.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: numero de pacientes con EPOC que se les ha preguntados por síntomas respiratorios en el ultimo año

Denominador .....: otal de pacientes EPOC de la ZBS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI AP acuerdo de gestión clinica/ cuadro de mandos.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. % de pacientes epoc que tienen activo el plan de cuidades de "limpieza ineficaz de las vías aéreas"

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de pacientes con EPOC que se les ha cumplimentado el plan de cuidados de "limpieza ineficaz de las vías aéreas", en el último año

Denominador .....: total de pacientes EPOC de la ZBS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI AP acuerdo de gestión clinica/ cuadro de mandos

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. % de participantes en el proyecto "que bien respiro" que realizan ejercicio físico

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de participantes en el proyecto "que bien respiro" que realizan ejercicio físico

Denominador .....: total de pacientes participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro del proyecto o protocolo de valoración de OMI, DGP: realiza suficiente ejercicio

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

4. % de pacientes participantes con uso correcto de los inhaladores

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° participantes en los talleres con uso correcto inhalador

Denominador .....: total de pacientes a los que se les ha recomendó el activo "que bien respiro"

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro propio del proyecto/ registro en OMI educación DGP: manejo de inhaladores

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. % de participantes en los talleres que bien respiro con valoración de la satisfacción en escala Like

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de participantes en los talleres "que bien respiro" con valoración de la satisfacción en escala Likert superiora 4 de 5

Denominador .....: total de participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción especifica de cada taller.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#703

### 1. TÍTULO

#### ¡QUE BIEN RESPIRO! MEJORA EN LA ATENCION INTEGRAL DE LOS PACIENTES EPOC

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

6. % de valoraciones de la recomendación de activos realizada, en el protocolo de OMI superior a 3 en 1  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de personas que valoran en el protocolo de OMI el activo recomendado con puntuación superior a 3 en la escala de 1 a 5  
Denominador .....: total de personas derivadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

7. % de participantes que mejoran los conocimientos y habilidades en los talleres realizados en el pro  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de participantes que mejoran los conocimientos y habilidades en los talleres realizados en el proyecto "que bien respiro"  
Denominador .....: total de participantes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: cuestionarios de conocimientos antes y después de la intervención.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

8. % de pacientes participantes en el proyecto "que bien respiro" que tienen reagudizaciones desde la i  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes participantes en el proyecto "que bien respiro" que tienen reagudizaciones (registro en OMI o HCE) desde la intervención a la fecha de evaluación (fin de año 2022)  
Denominador .....: total de pacientes participantes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE, OMI AP y registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#704

### 1. TÍTULO

#### "METAMORFOSIS: DE PORCELANA A DIAMANTE". DIAGNOSTICO PRECOZ E INTERVENCION SOBRE FRAGILIDAD DESDE EL AMBITO COMUNITARIO

Fecha de entrada: 19/07/2022

Nº de registro: 2022#704 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOPEZ SAURAS SUSANA

Título  
"METAMORFOSIS: DE PORCELANA A DIAMANTE". DIAGNOSTICO PRECOZ E INTERVENCION SOBRE FRAGILIDAD DESDE EL AMBITO COMUNITARIO

Colaboradores/as:  
AGUILAR CORMANO JORGE  
CRESPO BURILLO MARIA DEL MAR  
DELGADO FAÑANAS NURIA  
ESPARZA SOLER CARLA  
PELLICER GARCIA BEGOÑA  
PEREZ OTO ELENA  
TRILLO SALLAN ESTHER

Ubicación principal del proyecto.: CS ANDORRA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ANDORRA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Fragilidad, según la OMS, se define como "el deterioro progresivo relacionado con la edad de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de la capacidad intrínseca, lo que confiere una mayor vulnerabilidad a los factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados adversos". Diferentes estudios corroboran que la fragilidad es el mejor predictor de eventos adversos como caídas, hospitalización, discapacidad y muerte, además de conllevar una alta utilización de recursos sanitarios y sociales. Se estima que una persona frágil consume alrededor de unos 2500 €/año (estudio FRADEA). Es un síndrome prevenible, tratable y potencialmente reversible, especialmente en estadios tempranos. La detección precoz, el diagnóstico y la intervención sobre la fragilidad han demostrado ser efectivas y costo-efectivas para promover un envejecimiento activo y saludable. El inicio de la pandemia de covid-19 y el posterior confinamiento favorecieron el aislamiento de las personas mayores lo que ha conllevado un rápido deterioro tanto funcional como cognitivo en corto espacio de tiempo. Desde las consultas de Atención Primaria, así como desde el entorno comunitario, hemos podido percibir este deterioro de nuestros mayores, lo que nos hace plantearnos un diagnóstico precoz de fragilidad en nuestra población mayor de 70 años; así como una posterior intervención siguiendo los consejos del Documento de Consenso sobre Fragilidad en la persona mayor del Ministerio de Sanidad. El proyecto se plantea desde la comunidad, por lo que se ha decidido que la detección precoz se haga desde el Centro de Mayores de la localidad, lugar frecuentado habitualmente por las personas susceptibles de incluirse en dicho proyecto. Este centro está formado por unos 2000 socios y cuenta con personal capacitado para realizar la detección precoz como pueden ser su trabajadora social, el fisioterapeuta o el terapeuta ocupacional. Además se podrá hacer captación activa de pacientes desde las consultas de enfermería de Atención primaria.

#### ÁREAS DE MEJORA

Diagnóstico precoz de Fragilidad en adultos mayores de la localidad de Andorra.  
Activar la prescripción de activos en salud de la zona que ayuden a mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Aislamiento por pandemia covid-19, cierre de consultas de enfermería durante la pandemia lo que ha impedido detectar el deterioro de nuestras personas mayores.  
Cierre o limitación de aforo de los diferentes activos en salud de la zona.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Objetivo principal: Fomentar un envejecimiento activo y saludable en la población adulta mayor de Andorra mediante la prescripción de activos en salud.
- Objetivos secundarios:
  - o Diagnosticar precozmente fragilidad desde el ámbito comunitario en la población mayor de 70 años de la localidad de Andorra.
  - o Revertir la fragilidad detectada a través de intervenciones multifactoriales que aborden la promoción de estilos de vida, ejercicio físico, nutrición y revisión de la polifarmacia para fomentar la independencia y prevenir eventos adversos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1. Charla informativa a los socios del Hogar, a cargo del personal sanitario responsable del proyecto, donde se dará información sobre la fragilidad, sus consecuencias y cómo revertirla.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#704

### 1. TÍTULO

#### "METAMORFOSIS: DE PORCELANA A DIAMANTE". DIAGNOSTICO PRECOZ E INTERVENCION SOBRE FRAGILIDAD DESDE EL AMBITO COMUNITARIO

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: Elena Pérez Oto y Susana López Sauras

2. 2. Detección precoz de fragilidad desde el Hogar. Para ello se utilizarán tres escalas: índice de Barthel, escala FRAIL y valoración del riesgo de caídas.

Fecha inicio: 15/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Elena Pérez Oto y Nuria Delgado Fañanas.

3. 3. Detección precoz de fragilidad desde el Centro de Salud. Se completará el estudio iniciado por el Hogar del mayor con la realización con la Prueba Corta de Desempeño SPPB

Fecha inicio: 15/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Marimar Crespo Burillo y Jorge Aguilar Corcomano.

4. 4. Confirmación de diagnóstico de fragilidad mediante una Valoración Geriátrica Integral (VGI). Se utilizará el programa VALINTAN (www.valintan.com), validado y creado por el Servicio Vasco de Salud.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Susana López Sauras

5. 5. Planificación de las intervenciones específicas para revertir la fragilidad en función de los resultados de la VGI.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Elena Pérez Oto

6. 6. Prescripción de activos en salud individualizadas en función de las intervenciones recomendadas por la VGI y en base a los activos para la salud de la Estrategia de Atención Comunitaria en Aragón.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Susana López Sauras

7. Seguimiento de asistencia a los activos de salud recomendados.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Begoña Pellicer garcía

8. Revisión y adecuación de la medicación.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Esther Trillo Sallan y Carla Esparza Soler

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Las intervenciones para revertir la fragilidad combinarán ejercicio físico multicomponente, consejos nutricionales y revisión y adecuación de la medicación entre otras.

A los 6 meses se reevaluará a todos los pacientes con alta probabilidad de fragilidad para ver si hemos conseguido revertir este síndrome.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de población diana estudiada

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº total de usuarios > de 70 años que participan en el estudio

Denominador .....: nº total de personas > de 70 años de Andorra según BDU

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: BDU

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. % de población con riesgo de fragilidad diagnosticado en el ámbito comunitario

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de personas con índice de Barthel > ó =90 y escala FRAIL > 1

Denominador .....: nº total de personas > de 70 años que participan en el estudio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Índice de Barthel y escala FRAIL

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#704

### 1. TÍTULO

#### "METAMORFOSIS: DE PORCELANA A DIAMANTE". DIAGNOSTICO PRECOZ E INTERVENCION SOBRE FRAGILIDAD DESDE EL AMBITO COMUNITARIO

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. % población con valoración del riesgo de caídas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: n° de personas > de 70 años a los que se les ha valorado el riesgo de caídas

Denominador .....: n° total de personas > de 70 años que participan en el estudio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Riesgo de caídas propuesto en el documento de consenso sobre Fragilidad del Ministerio de Sanidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. % prescripción de activos en salud.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: n° de personas a las que se les ha prescrito al menos un activo en salud

Denominador .....: n° de personas >70 años que participan en el estudio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. % de pacientes con fragilidad a los que se les ha revisado la medicación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: n° de pacientes en los que conste el Test Morinsky-Green

Denominador .....: n° de personas > de 70 años que participan en el estudio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Test Morinsky-Green de OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

6. % de pacientes que revierten la fragilidad en 6 meses

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: n° de personas frágiles con resultados en SPPB > 6 = de 10 a los 6 meses del diagnóstico

Denominador .....: n° de personas diagnosticadas de fragilidad.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pruebas de ejecución SPPB

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

7. % Asistencia regular al activo de salud recomendado

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: n° de personas con asistencia > del 80 % del tiempo al activo recomendado

Denominador .....: n° de personas a los que se les ha recomendado al menos un activo en salud.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

8. % con mejor adherencia al tto farmacológico

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: n° de personas con resultados adecuados en el test de Morinsky-Green al final del proyecto

Denominador .....: n° de pacientes a los que se les ha realizado el test de Morinsky-Green

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

La evaluación será tanto del diseño como del proceso y contará con la participación de la población que

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#704

### 1. TÍTULO

#### "METAMORFOSIS: DE PORCELANA A DIAMANTE". DIAGNOSTICO PRECOZ E INTERVENCION SOBRE FRAGILIDAD DESDE EL AMBITO COMUNITARIO

evaluará mediante grupos focales y encuestas de satisfacción.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> fragilidad

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#785

### 1. TÍTULO

"NO ESTAS SOL@"

**ABORDAJE DE SITUACIONES DE SOLEDAD NO DESEADA MEDIANTE RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD**

Fecha de entrada: 24/07/2022

Nº de registro: 2022#785 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GASPAR BLASCO ANTONIO

Título  
"NO ESTAS SOL@"  
ABORDAJE DE SITUACIONES DE SOLEDAD NO DESEADA MEDIANTE RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD

Colaboradores/as:  
HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD  
PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS

Ubicación principal del proyecto.: CS ANDORRA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ANDORRA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La soledad no deseada es una situación en la que se encuentran muchas personas y que se vive como un malestar psicológico derivado de la percepción de no tener apoyos o alguien con quien contar. No necesariamente quienes lo experimentan han de vivir solos, pero ocurre que si están conviviendo o en contacto con otras personas, no se sienten arropados por ellos. La soledad no deseada en si no constituye un diagnóstico de salud, pero si suele existir comorbilidad (aparición de dos trastornos simultáneamente) con otras alteraciones como depresión, ansiedad u otros. Vivir en soledad con frecuencia conlleva un deterioro de la calidad de vida por la mayor vulnerabilidad que se sufre ante la presencia de cualquier patología. Por lo tanto el abordaje de estas situaciones constituye una importante línea de intervención en la promoción de la salud.

#### ÁREAS DE MEJORA

El proyecto pretende mejorar en primer lugar la detección de estas situaciones; para ello, en primer lugar se pide a los y las sanitarias del centro de salud que tengan en cuenta la existencia del problema y lo exploren en la consulta, cuando el paciente venga por cualquier motivo pero quepa sospechar la existencia de esta situación. En segundo lugar se aporta un instrumento de diagnóstico, la escala ESTE II, para que la apliquen. En tercer lugar se plantea una metodología para la intervención en equipo y en coordinación con agentes comunitarios

#### ANALISIS DE CAUSAS

En los mayores, la evolución de los acontecimientos vitales llevan a situaciones de pérdida por el fallecimiento del cónyuge, amigos y familiares, por los cambios y evolución de su familia e hijos y de su entorno, por la jubilación, por el debilitamiento de sus relaciones, por tener que abandonar su hogar, por perder capacidad de tener presencia e interactuar.

Con frecuencia se contempla la soledad no deseada como un problema que afecta a las personas mayores, y los estudios e intervenciones se suelen centrar en esta población, pero también existen y son frecuentes otras situaciones graves de soledad no deseada:

1. situaciones de enfermedad mental ,
2. la soledad sentida en el caso de adolescentes,
3. otras situaciones de soledad que afectan a personas adultas,
  - a. situaciones de pluripatología,
  - b. falta de autonomía personal por convalecencia o dependencia,
  - c. de depresión u otros trastornos mentales,
  - d. situación de viudedad,
  - e. paro o
  - f. pobreza.

...En estas situaciones determinados factores concomitantes pueden contribuir a desarrollar situaciones de soledad no deseada:

- elementos intrapersonales, como expectativas, personalidad, estrategias y capacidades de afrontamiento de situaciones sociales...
- Elementos estructurales, orografía, accesibilidad, vivienda.
- Inexistencia de relaciones significativas
- Cantidad de relaciones y grado de participación social
- Desconocimiento o no acceso a recursos y servicios sociales, comunitarios, de salud y otros.

Cabe suponer entonces que una intervención sobre estos factores puede tener un efecto positivo sobre este problema.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

GENERAL: Detectar personas aquejadas de soledad no deseada y atenderlas mediante la prescripción de activos para la salud.

ESPECIFICOS:

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#785

### 1. TÍTULO

"NO ESTAS SOL@"

### ABORDAJE DE SITUACIONES DE SOLEDAD NO DESEADA MEDIANTE RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD

- Detectar casos de soledad no deseada unida a factores de vulnerabilidad y riesgo social, mediante un procedimiento validado, el cuestionario ESTE II, disponible como protocolo libre en el OMI.
- Codificar de manera adecuada y normalizada en OMI (episodio Z28)
- Recomendar de manera formalizada activos de salud.
- Llevar a cabo intervención basada en recomendación de activos, acompañamiento y seguimiento.
- Conocer y registrar los activos para la salud que puedan aplicarse a las situaciones de soledad no deseada en la zona de salud.
- Generación de un circuito de recomendación de activos para la salud en EAP para casos de soledad y aislamiento social utilizando la Guía de Recomendación de Activos para la Salud.
- Mejorar formación personal de EAP sobre soledad y Aislamiento Social
- Establecer un procedimiento de coordinación entre recursos comunitarios y EAP para el seguimiento y la respuesta de las prescripciones comunitarias.
- Mejorar la formación del personal del EAP sobre recomendación de activos

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Proceso de Identificación y Caracterización de las actividades y recursos comunitarios utilizables como Activos para la salud ante situaciones de Soledad No deseada

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 29/12/2022

Responsable.: Antonio Gaspar Blasco

3. .- Proceso de Detección y prescripción de activos para la salud

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 29/12/2022

Responsable.: Antonio Gaspar Blasco

4. .- Circuito de Atención

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 29/12/2022

Responsable.: Antonio Gaspar Blasco

5. .- Circuito de Atención

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 29/12/2022

Responsable.: Antonio Gaspar Blasco

1. .- Proceso de activación del proyecto

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/10/2022

Responsable.: Antonio Gaspar Blasco

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. 1. % de personas incluidas en el proyecto

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... : número de personas que viven solas incluidas en el proyecto/

Denominador ..... : número de personas que viven solas en la ZBS x 100

x(1-100-1000) ... : 100

Fuentes de datos.: Registro propio y OMI

Est.Mín.1ª Mem .. : 10.00

Est.Máx.1ª Mem .. : 20.00

Est.Mín.2ª Mem .. : 10.00

Est.Máx.2ª Mem .. : 40.00

2. 2. % de personas que viven solas con valoración de su situación de soledad medio o alto

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... : Número de personas a las que se ha realizado la escala ESTE II con resultado entre 11 y 30

/

Denominador ..... : total de personas incluidas en el proyecto que se les ha realizado el cuestionario ESTE II x

100

x(1-100-1000) ... : 100

Fuentes de datos.: Escala ESTE II de medición de la soledad social y OMI AP

Est.Mín.1ª Mem .. : 20.00

Est.Máx.1ª Mem .. : 60.00

Est.Mín.2ª Mem .. : 20.00

Est.Máx.2ª Mem .. : 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#785

### 1. TÍTULO

"NO ESTAS SOL@"

**ABORDAJE DE SITUACIONES DE SOLEDAD NO DESEADA MEDIANTE RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD**

3. 3. % de personas que siguen todo el circuito de atención: detección/diagnóstico/intervención  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de personas que siguen todo el circuito de atención detección/diagnóstico/intervención  
Denominador .....: / total de personas que entran en el proyecto x 100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio y OMI AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

4. 4. % de personas a las que se les recomienda al menos un activo  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de personas que se han derivado a un activo propuesto /  
Denominador .....: /total de personas incluidas en el proyecto x 100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio y OMI AP (hoja de derivación)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

5. 5.- satisfacción del usuario que ha seguido todo el circuito de atención, con el activo recomendado  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: % de usuarios que valoran su satisfacción el activo en 4 o 5, , en una escala Likert de 1 a 5  
Denominador .....: /total de usuarios que hqn seguido todo el circuito de atención  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de satisfacción en Escala Likert del protocolo de recomendación de activos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> malestar emocional,

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1040

### 1. TÍTULO

#### TALLER SOBRE SUELO PELVICO EN ALLOZA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1040 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SALES BUJ ARANTXA

Título  
TALLER SOBRE SUELO PELVICO EN ALLOZA

Colaboradores/as:  
BIDZINSKA ANNA IRENA  
GARCIA IBAÑEZ IRENE

Ubicación principal del proyecto.: CS ANDORRA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ANDORRA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El suelo pélvico o periné es el conjunto de músculos, estructuras conectivas y ligamentos que tapiza la parte inferior de la pelvis. Cierran la cavidad abdominal en su parte inferior y su función principal es dar soporte y suspensión a los órganos abdominopélvicos (vejiga y uretra, útero y vagina; y recto), pero también influye en la continencia, y la actividad sexual y reproductiva.

Aunque el suelo pélvico es capaz de soportar estas presiones durante un tiempo relativamente prolongado, hay múltiples factores que pueden debilitarlo, como los embarazos y partos vaginales, la menopausia, el estreñimiento, la obesidad, la práctica de deportes de impacto o la bronquitis crónica entre otros.

La pérdida de la tonicidad de esta musculatura es frecuentemente uno de los orígenes asociados a las disfunciones del suelo pélvico. Un suelo pélvico debilitado puede provocar:

- Incontinencia urinaria
- Prolapsos
- Disfunciones sexuales

El debilitamiento del suelo pélvico puede afectar a personas de todas las edades y de ambos sexos, pero lo más frecuente es que se produzca en mujeres y el riesgo aumenta con la edad.

La prevención y rehabilitación en este tipo de disfunciones radica en medidas higiénico-dietéticas y realización de ejercicios, pudiéndose complementar con dispositivos externos, principalmente vaginales.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora del autoconocimiento de la población y disminución de estigmas.

Aprendizaje de hábitos higiénico dietéticos saludables

Incremento del diagnóstico y tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico tratables mediante ejercicio y rehabilitación.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En España se estima una prevalencia global de 24% en la mujer y 7% en el hombre, aumentando con la edad hasta el 50% y 29% respectivamente.

La edad media de la población de Alloza está en torno a 51 años, y aproximadamente la mitad son mujeres.

La repercusión de estas disfunciones del suelo pélvico sobre la calidad de vida de las afectadas es muy elevada, llegando a interferir en diversos aspectos de su vida.

Aun así, debido al estigma que hay alrededor, muchas de ellas no buscan ayuda profesional.

Se ha observado en la consulta, en los paseos saludables y otros momentos la prevalencia de la incontinencia-urgencia miccional en la población femenina de Alloza.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Concienciar a la población sobre la importancia de hábitos saludables, concretamente el cuidado del suelo pélvico.

Favorecer la socialización entre mujeres, especialmente postmenopáusicas

Proporcionar conocimientos básicos sobre la anatomía y función del suelo pélvico, así como hábitos de vida saludables, factores de riesgo, formas de ejercitarlo...

Enseñar a localizar la parte voluntaria de la musculatura

Prevenir o mejorar la incontinencia, prolapsos y disfunciones sexuales de la población asistente

Disminuir el estigma alrededor del tema y dar visibilidad al problema, fomentando un ambiente discreto y de confianza .

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Test previo para conocer la salud individual de las asistentes.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Enfermería

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1040

### 1. TÍTULO

#### TALLER SOBRE SUELO PELVICO EN ALLOZA

2. Varias sesiones teórico prácticas, anatomía y funcionalidad

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Enfermería

3. Prácticas demostrativas de cómo afecta nuestra actividad a las estructuras de nuestro cuerpo

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Enfermería

4. Iniciación a ejercicios de kegel y control postural

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Enfermería

5. Evaluación de la actividad.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Enfermería

6. Diagnóstico del estado de salud pélvico mediante test Oxford

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Matrona

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Dinámica pesos

Postura

Postura neutra pelvis

Respiración- cremallera

Kegel y contracciones parásitas

Diferenciación pubovaginal-puborrectal

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de participación en test Oxford

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes que acuden a test Oxford realizados por la matrona

Denominador .....: Total de asistentes a las sesiones

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro OMI y registro de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Numero de participantes en los talleres.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de asistentes

Denominador .....: Número máximo de asistentes por taller

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

3. Porcentaje de asistentes con incontinencia

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Asistentes con incontinencia

Denominador .....: Total de asistentes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Anamnesis

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Porcentaje de asistentes con perdidas de orina que mejora

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Asistentes con perdidas de orina que mejora

Denominador .....: Total de asistentes con pérdidas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1040

### 1. TÍTULO

#### TALLER SOBRE SUELO PELVICO EN ALLOZA

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Anamnesis  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. Grado de satisfacción de los asistentes  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que realizan una evaluación positiva  
Denominador .....: Total de asistentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. Porcentaje de pacientes que incremento de conocimientos sobre suelo pélvico  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que mejora en la evaluación de conocimientos  
Denominador .....: Total de asistentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Evaluación de conocimientos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#512

### 1. TÍTULO

#### EN LAS AULAS DE INFANTIL DEL CRA MATARRANYA, QUEREMOS SER PEDIATRAS

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#512 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GIL MOLINOS MARTA

Título  
EN LAS AULAS DE INFANTIL DEL CRA MATARRANYA, QUEREMOS SER PEDIATRAS

Colaboradores/as:  
BELLES MIRALLES JESSICA  
GÜELL AYUDA JUAN  
GUILLÉN MARIN JOSE MANUEL  
NAVARRO CALERO FRANCISCO-JOSE  
PEREZ OBON JOAQUIN

Ubicación principal del proyecto.: CS CALACEITE

Servicio/Unidad principal .....: EAP CALACEITE

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde hace varios años, desde el Centro de Salud de Calaceite, estamos colaborando con los colegios del CRA Matarranya en varias actividades a lo largo del curso, y con todo el alumnado (desde 1º de Educación Infantil hasta 6º de Educación Primaria) en los tres colegios que componen el CRA. Hemos detectado tanto en la consulta de pediatría como en el servicio de urgencias el temor que presentan los niños cuando debemos explorarlos aunque simplemente sea por una revisión dentro del programa del niño sano. Ante esta situación, pensamos que sería una buena opción, dentro del aula simular una consulta, y que fueran ellos mismos quienes se exploren y conozcan el material con el que se encuentran cuando acuden a nuestras consultas. Esta actividad va dirigida al alumnado de 3 a 6 años, o lo que es lo mismo, al alumnado de Educación Infantil. Debido a las restricciones durante la pandemia, este proyecto se quedó sin evaluar, es por ello que hemos considerado la opción de retomarlo desde el principio.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disminuir el temor de la población de 3 a 6 años al acudir a nuestras consultas

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Detección de temor en la población infantil al acudir a nuestras consultas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir el temor y el llanto de los pacientes de 3 a 6 años que acudan tanto a consulta de pediatría, como de enfermería, urgencias o consultorios locales, involucrando así a todo el equipo. Reforzar hábitos saludables, puesto que cuanto antes se afiancen, más probabilidades hay de que se mantengan en un futuro.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Preparación y presentación del proyecto

Fecha inicio: 07/07/2022

Fecha final.: 01/08/2022

Responsable.: MARTA GIL MOLINOS, JOSÉ MANUEL GUILLÉN

#### 2. Actividades en las aulas con el alumnado

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: MARTA GIL MOLINOS, JESSICA BELLES

#### 3. Seguimiento en las consultas

Fecha inicio: 04/10/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: JESSICA BELLES, JUAN GÜELL, JOAQUIN PEREZ, FRANCISCO NAVARRO CALERO, JOSÉ RAMON CANTÍN

#### 4. Evaluación y conclusiones

Fecha inicio: 03/04/2023

Fecha final.: 28/04/2023

Responsable.: MARTA GIL MOLINOS, JESSICA BELLES, JOSÉ RAMÓN CANTÍN

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Presentación de la actividad a los profesionales del Centro de Salud, y al profesorado del Centro escolar. Adecuar nuestras visitas (semanalmente, durante un mes) a las necesidades del colegio: concertar las visitas cuando estén trabajando un tema relacionado con la salud.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#512

### 1. TÍTULO

#### EN LAS AULAS DE INFANTIL DEL CRA MATARRANYA, QUEREMOS SER PEDIATRAS

Las actividades consistirán en una breve explicación de cómo se debe realizar una exploración, y cómo funcionan los aparatos que van a utilizar.  
A continuación, se distribuirán en grupos y, por turnos para que todo el alumnado participe, un grupo serán los actores y el resto espectadores. Simularán una visita a consulta y serán ellos quien vean cómo son sus oídos por dentro, escuchen cómo late su corazón, observen cómo son sus dientes,....  
Esto permitirá que se familiaricen con nuestro instrumental, y que pierdan el miedo a ser explorados.  
Aprovechando las explicaciones, se reforzarán hábitos saludables tales como la higiene dental o la importancia de una buena alimentación.  
Al final, se realizará un turno de preguntas en asamblea, puesto que es la forma de hacerlo del centro escolar, y se pasará la encuesta de satisfacción con caras sonrientes o tristes para que los alumnos puedan evaluar la actividad de una forma sencilla.  
Elaboración de una hoja de control a rellenar por el profesional que atienda al niño, para poder evaluar si la actividad ha reducido el temor de los niños que han realizado la actividad frente a los que no la han realizado.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % niños que han realizado la actividad, que estan más tranquilos en consulta

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de niños que han visitado el centro de salud en los últimos 6 meses tras realizar la actividad y han estado más tranquilos en consulta

Denominador .....: N° de niños que han visitado el centro de salud en los últimos 6 meses

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta a los profesionales

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. nº de niños que realizan la actividad/ nº de niños censados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: nº de niños que han realizado la actividad en los colegios del CRA Matarranya

Denominador .....: nº de niños censados en el cupo de la pediatra en el C. S. de Calaceite

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Lista de matriculados en infantil en el colegio y BDU del centro de salud

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#532

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A PACIENTES CON EPOC PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA Y SU ADHERENCIA TERAPEUTICA A LOS FARMACOS INHALADOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#532 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SIMON MELCHOR ALBA

Título  
PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A PACIENTES CON EPOC PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA Y SU ADHERENCIA TERAPEUTICA A LOS FARMACOS INHALADOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Colaboradores/as:  
CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON  
CIOBANU DIUGU CAROLINA MARIANA  
GINER SANCHO ANA-LUISA  
GUILLEN MARIN JOSE MANUEL  
MILLAN GINER CLEMENTE  
ORTIGA ZARAZAGA NADIA  
RIVERO VILLARRUBIA RICARDO MIRKO

Ubicación principal del proyecto.: CS CALACEITE

Servicio/Unidad principal .....: EAP CALACEITE

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) constituyen una de las líneas estratégicas prioritarias en la Atención Primaria de salud por tratarse de una patología con una alta prevalencia y una elevada carga de morbimortalidad, lo que repercute en un importante coste social y económico.

#### ÁREAS DE MEJORA

Los fármacos por vía inhalatoria constituyen la base del tratamiento de los enfermos con EPOC, son prescritos para ayudarles a controlar sus síntomas, mejorar su calidad de vida y reducir su riesgo de reagudizaciones. Los inhaladores permiten una acción rápida y directa del medicamento en el árbol bronquial, con la ventaja de precisar dosis menores reduciendo los efectos secundarios de la vía oral. Para que los inhaladores sean eficaces es esencial su correcta técnica de administración. Diversos estudios realizados han demostrado que en un número importante de pacientes la manipulación de los inhaladores se realiza de forma errónea.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Planteamos la realización de un programa educativo para mejorar el correcto uso de los inhaladores, y de esta forma asegurarnos que los pacientes con EPOC reciben las dosis de medicamento adecuadas, ya que la pauta de fármacos inhalados sin una correcta utilización y adherencia es como si no hubiesen sido pautados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### OBJETIVO GENERAL:

- Mejorar la adherencia terapéutica, la clínica y la calidad de vida de los pacientes con EPOC.

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Implicar a los profesionales del Equipo de Atención Primaria en el desarrollo del proyecto.
- Evaluar la adhesión a los inhaladores y detectar el uso incorrecto entre los pacientes EPOC.
- Profundizar en la falta de adherencia terapéutica de los pacientes a los inhaladores y trazar medidas correctoras en pro de incrementarla.
- Adiestrar a los pacientes EPOC para lograr un manejo adecuado de los fármacos inhalados.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Detección de la problemática de la terapia inhalatoria y revisión de la literatura científica.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Alba Simón Melchor, Ana Luisa Giner Sancho.

2. Diseño del programa educativo teórico-práctico, selección del Test de Adhesión a los Inhaladores (TAI) y del cuestionario de síntomas COPD Assessment Test (CAT).

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Alba Simón Melchor, Ana Luisa Giner Sancho, José Manuel Guillén Marín, José Ramón Cantín Vázquez.

3. Reunión del Equipo Atención Primaria para informar, acordar y planificar el proyecto (AGC).

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Alba Simón Melchor, José Ramón Cantín Vázquez.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#532

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A PACIENTES CON EPOC PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA Y SU ADHERENCIA TERAPEUTICA A LOS FARMACOS INHALADOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

4. Captación activa en consulta de los pacientes con EPOC con uso incorrecto de inhaladores y/o mala adhesión y citación en agenda de OMI-AP.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Alba Simón Melchor, José Manuel Guillén Marín, Clemente Millán, José Ramón Cantín, Nadia Zarazaga

5. Cumplimentación del Test estandarizado TAI y del cuestionario CAT por los pacientes seleccionados (mal uso/ baja adherencia), previamente realización del programa educativo.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Alba Simón Melchor, Ana Luisa Giner Sancho, José Manuel Guillén Marín, Nadia Ortiga Zarazaga.

6. Impartición del programa educativo (teórico-práctica), donde cada paciente practicará el manejo y uso correcto de su inhalador, entregándoles una hoja explicativa de su inhalador.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Alba Simón, Ana Luisa Giner, José Manuel Guillén, Clemente Millán, José Ramón Cantín

7. Cumplimentación por los participantes del cuestionario CAT y del Test estandarizado TAI tras haber asistido a la sesión teórico-práctica del programa educativo.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Alba Simón, Ana Luisa Giner, J. Manuel Guillén, Clemente Millán, J. Ramón Cantín, Carolina Ciobanu

8. Evaluación y análisis de los resultados obtenidos en los test cumplimentados TAI y CAT. Análisis de los indicadores formulados, valoración de los objetivos y propuestas de mejora

Fecha inicio: 01/09/2023

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Alba Simón Melchor, Ana Luisa Giner Sancho, Ricardo Mirko Rivero Villarrubia, Carolina Ciobanu.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de profesionales del EAP que participan en el proyecto educativo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales del EAP que participan activamente en el proyecto

Denominador .....: Número total de profesionales del EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Actas reuniones de equipo.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de pacientes EPOC participantes en el proyecto con baja/mala adherencia a los inhaladores (TAI).

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes EPOC con mala/intermedia adhesión a los inhaladores tras la impartición del programa educativo

Denominador .....: Número de pacientes EPOC con mala/intermedia adherencia a los inhaladores antes de la impartición del programa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionarios TAI cumplimentados por los participantes.

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

3. % de pacientes EPOC con buena adhesión a los inhaladores en el TAI tras participar en el proyecto

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con buena adherencia al tratamiento con inhaladores al finalizar el programa (TAI)

Denominador .....: Número total de pacientes que participan en el programa educativo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionarios TAI cumplimentados por los participantes

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#532

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A PACIENTES CON EPOC PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA Y SU ADHERENCIA TERAPEUTICA A LOS FARMACOS INHALADOS EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % de pacientes EPOC con mejoría en el manejo de los inhaladores tras participar en el proyecto  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que utilizan correctamente sus inhaladores al finalizar el programa (TAI)  
Denominador .....: N° total de pacientes participantes en el programa educativo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Protocolo manejo de inhaladores  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. % de pacientes EPOC con mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud según el CAT.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes con mejoría en el cuestionario CAT  
Denominador .....: Número total de pacientes que participan en el programa educativo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionarios CAT cumplimentados por los participantes.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#608

### 1. TÍTULO

#### CONOCIENDO SALUD INFORMA

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#608 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CIOBANU DIUGU CAROLINA MARIANA

Título  
CONOCIENDO SALUD INFORMA

Colaboradores/as:  
BELLES MIRALLES JESSICA  
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE  
GIL MOLINOS MARTA  
GINER SANCHO ANA-LUISA  
NAVARRO CALERO FRANCISCO-JOSE  
PEREZ OBON JOAQUIN  
SIMON MELCHOR ALBA

Ubicación principal del proyecto.: CS CALACEITE

Servicio/Unidad principal .....: EAP CALACEITE

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Debida a la reciente implantación en nuestro centro de salud de la app SALUD INFORMA, y tras observar gran número de consultas en personas de mayor edad sobre su funcionamiento se decide en el EAP la necesidad de divulgación del funcionamiento de la app.

#### ÁREAS DE MEJORA

Educación sanitaria a la población de mayor edad.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Aumento de la demanda de información sobre el funcionamiento de la app.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Difundir el manejo informático de esta app a toda la población.  
Dar a conocer los detalles a los usuarios y pacientes sobre cómo ganar en rapidez para recibir atención sanitaria, servicio de citas o consultas externas.  
Divulgar la forma de citarse en la app para evitar desplazamientos innecesarios.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Preparación del proyecto y presentación al resto del EAP.

Fecha inicio: 14/07/2022

Fecha final.: 01/08/2022

Responsable.: CAROLINA MARIANA CIOBANU DIUGU, MARTA GIL MOLINOS, JUAN JOSE BERLANGA RUBIO

2. Realización de la charla educativa.

Fecha inicio: 06/09/2022

Fecha final.: 06/09/2022

Responsable.: ANA LUISA GINER SANCHO, JESSICA BELLES MIRALLES, ALBA SIMON MELCHOR

3. Evaluación de resultados y conclusiones

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 07/10/2022

Responsable.: FRANCISCO NAVARRO CALERO, JOAQUIN PEREZ OBON, CAROLINA CIOBANU DIUGU

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Tras implantar la app SALUD INFORMA y ofrecer el acceso a la mayoría de nuestros pacientes hemos detectado que la población con edad más avanzadas o las personas que tienen problemas para el uso de la aplicación nos consulta más a menudo.

Por ello hemos creído necesario ofrecer información a todo este grupo de personas y la población en general.

Dicha formación consistirá en una charla informativa explicando:

-cómo citarse para consultas del centro de salud

-cómo consultar las citas de los especialistas

-cómo mirar la historia clínica

-cómo cambiar de contraseña

Turno de ruegos y preguntas para aclarar dudas o algún punto de interés para los asistentes que no se haya tratado durante la explicación.

La difusión de este proyecto se hará mediante pregón público.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#608

### 1. TÍTULO

#### CONOCIENDO SALUD INFORMA

1ª y 2ª memoria)

1. Población que acuda a la charla.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Población mayor de 60 años que acuda a la charla

Denominador .....: Población mayor de 60 años total

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: control de asistencia en la charla y BDU

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

2. Capacidad de manejar la app.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Personas que manifiestan ser capaces de manejar la app tras la charla

Denominador .....: Total de personas asistentes a la charla

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionarios a los asistentes

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Educación sanitaria

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1003

### 1. TÍTULO

#### INICIACION EN EL MANEJO DEL DESA Y PRIMEROS AUXILIOS EN ZONA RURAL

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#1003 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON

Título  
INICIACION EN EL MANEJO DEL DESA Y PRIMEROS AUXILIOS EN ZONA RURAL

Colaboradores/as:  
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE  
CARCELLER LLIDO DAVID  
GÜELL AYUDA JUAN  
MILLAN GINER CLEMENTE  
ORTIGA ZARAZAGA NADIA  
RIVERO VILLARRUBIA RICARDO MIRKO

Ubicación principal del proyecto.: CS CALACEITE

Servicio/Unidad principal .....: EAP CALACEITE

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En una zona rural con distancia al centro de salud de referencia se percibe una necesidad por parte de la población, para adquirir unos conocimientos básicos en primeros auxilios y uso del DESA ya que en dichas localidades hay un DESA cuya población no ha sido instruida en el manejo por profesionales cualificados.

#### ÁREAS DE MEJORA

Los primeros minutos ante una PCR son vitales por lo que es esencial la educación del ciudadano para activar la cadena de supervivencia y de esta forma reducir en la medida de lo posible, la muerte de uno de los ciudadanos en caso de PCR al no saber comenzar con la RCP básica y el uso del DESA ya que hasta que lleguen los servicios sanitarios el tiempo de RCP precoz es fundamental.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Desde la zona básica de salud de Calaceite se ha observado la escasa formación en RCP y manejo del DESA por parte de la población por lo que trabajaremos en pro de mejorar sus conocimientos ya que pueden tener un papel clave ante una emergencia vital

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Formación y adquisición de habilidades por parte de los ciudadanos ante situaciones de urgencias y emergencias vitales.  
Concienciación a la población en general de la importancia de la correcta detección de la PCR y realización de la RCP y desfibrilación precoz.  
Además se pretenden aumentar las destrezas de la población rural para actuar en primeros auxilios como quemaduras, golpes, picaduras, heridas, atragantamientos... basándonos en las últimas recomendaciones de las GPC.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Detección de la problemática y revisión de la literatura científica.

Fecha inicio: 31/05/2022

Fecha final: 30/06/2022

Responsable.: CANTIN VAZQUEZ, JOSE RAMÓN

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de profesionales del EAP que participan en el proyecto educativo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales del EAP que participan activamente en el proyecto

Denominador .....: Número total de profesionales del EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Acta reunión de presentación del proyecto.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % participantes que se inscriben para asistir a la formación sobre DESA y Primeros Auxilios



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1003

### 1. TÍTULO

#### INICIACION EN EL MANEJO DEL DESA Y PRIMEROS AUXILIOS EN ZONA RURAL

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes inscritos a la formación  
Denominador .....: Número de pacientes asistentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de registro de asistencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de participantes que han adquirido los conocimientos previstos

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de participantes con una calificación de 7-8 sobre 10 en el cuestionario post-formación  
Denominador .....: Número total de participantes en el programa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionario post-formacón.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % de pacientes satisfechos con el programa educativo

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes participantes en los que la satisfacción general del programa es mayor de 7 sobre 10  
Denominador .....: Número total de participantes en el programa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#790

### 1. TÍTULO

#### PIE DIABETICO EN LA ZONA BASICA DE CALANDA

Fecha de entrada: 24/07/2022

Nº de registro: 2022#790 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA DOLORES

Título  
PIE DIABETICO EN LA ZONA BASICA DE CALANDA

Colaboradores/as:  
CHAVES BERMEJO LORENA  
COSTA MONTAÑES ROSA MARIA  
DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES  
FELEZ CASTRO ANTONIO JAVIER  
GARCIA PEREZ MARIA  
LLORCA CAMARASA MIGUEL JUAN  
STOICA GRATIANA VERONICA

Ubicación principal del proyecto.: CS CALANDA

Servicio/Unidad principal .....: EAP CALANDA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las lesiones de pie diabético son unas de las principales causas de amputación de extremidades y son una complicación, en gran parte prevenible, de la Diabetes Mellitus (DM). El papel que juega la enfermera de Atención Primaria en su prevención es primordial y se centra en la revisión rutinaria de los pies de las personas con DM.

En la Zona Básica de Salud de Calanda, hay diagnosticados de DM II 314 personas, lo que supone un 6.97% de la población total

#### ÁREAS DE MEJORA

Porcentaje de personas diagnosticadas de DM II que tengan revisados los pies, según los datos de OMI

#### ANALISIS DE CAUSAS

Analizando el Acuerdo de Gestión Clínica de 2021 se observa que el Centro de Salud de Calanda alcanzó todos los objetivos del cuadro de mandos de diabetes salvo los relativos a las revisiones de pie diabético. Además, debido a la pandemia por COVID-19, el temor a ir a los centros de salud y la menor accesibilidad de los servicios sanitarios, estas tasas se vieron más afectadas, con todas las consecuencias que supone sobre la salud de la población. Con la llegada de la nueva normalidad y las vacunas, desde el Sector de Calanda se propone un plan de mejora de dichas tasas

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Poner en marcha un proyecto de mejora en la zona básica de salud de Calanda para incrementar las revisiones de los pies de los pacientes diabéticos y derivarlos, en caso de ser pertinente, a los servicios especializados.

Incrementar a un 35% el porcentaje de pacientes diabéticos que tengan revisados los pies en la Zona Básica de salud de Calanda

Mejorar los conocimientos de los pacientes diagnosticados de DMII respecto de la enfermedad, cuidado de los pies, dieta prescrita, medicación prescrita y actividad prescrita de las personas diagnosticadas de DM II a través de la promoción de la salud desde las consultas de Atención Primaria

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Taller formativo dirigido a enfermería de repaso de valoración del pie diabético desarrollado por la coordinadora del proyecto

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: ELVIRA CHAMOCHO OLMOS

2. Establecimiento de objetivos, número de pacientes a revisar y periodo de realización de las revisiones.

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 15/09/2022  
Responsable.: R. COSTA/ ANGELES DOBATO/MIGUEL LLORCA

3. Distribución según cupos con un muestreo aleatorio sistemático, los pacientes a los que cada enfermero deberá explorar el pie diabético.

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: MARIA7 GARCIA/ ANTONIO FELEZ

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#790

### 1. TÍTULO

#### PIE DIABETICO EN LA ZONA BASICA DE CALANDA

4. Entrega de listados de pacientes diagnosticados de DMII

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: GRATIANA STOICA/ LOENA CHAVES

5. Captación activa a través de una llamada telefónica y citación en la consulta de enfermería para la valoración del pie diabético

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: ELVIRA CHAMOCHO/MIGUEL LLORCA/ ANGELES DOBATO/MARIA GARCIA/GRATIANA STOICA/LORENA CHAVES

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de enfermeros de la Zona Básica de Salud de Calanda que reciben la formación en PD.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de enfermeros que reciben la formación

Denominador .....: Nº de enfermeros de la Zona Básica de Salud de Calanda

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI App

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. % de pacientes diabéticos + de 15 años diag. antes del periodo de evaluación con valoración pie diab

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes que acceden al cribado

Denominador .....: Nº de pacientes con los que se intenta contactar y accedan o no al cribado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI App

Est.Mín.1ª Mem ..: 8.15

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.99

Est.Mín.2ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 35.00

3. % de pacientes con diagnóstico de Diabetes y registro de intervención por conocimientos deficientes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el denominador con al menos un registro del último año en PCE-  
Conocimientos deficientes en el periodo de evaluación

Denominador .....: Pacientes diabéticos mayores de 15 años diagnosticados antes del periodo de evaluación con algún registro en el periodo de evaluación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI App

Est.Mín.1ª Mem ..: 38.21

Est.Máx.1ª Mem ..: 38.21

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. % de pacientes diabéticos mayores de 15 años diagnosticados antes del periodo de evaluación con valo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el denominador con valoración del pie diabético de riesgo en el periodo de evaluación

Denominador .....: Pacientes diabéticos mayores de 15 años diagnosticados antes del periodo de evaluación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI App

Est.Mín.1ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#790

### 1. TÍTULO

#### PIE DIABETICO EN LA ZONA BASICA DE CALANDA

---

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#903

### 1. TÍTULO

#### GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD CALANDA

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#903 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SUSO FERNANDEZ MARTA

Título  
GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD CALANDA

Colaboradores/as:  
BERNE PALACIOS ALEJANDRA VICTORIA  
CANTIN LOPEZ ELISENDA  
COSTA MONTAÑES ROSA MARIA  
DELGADO MONGE ANGELA  
ROYO BLESAS MARIA  
TRUEBA INSA SANTIAGO

Ubicación principal del proyecto.: CS CALANDA

Servicio/Unidad principal .....: EAP CALANDA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Habitualmente los padres tienen dudas sobre el cuidado de sus hijos recién nacidos o lactantes sobre su alimentación, su desarrollo psicomotor, como manejar enfermedades banales... Esto causa múltiples consultas en el servicio de pediatría y urgencias y hace que se sientan inseguros en la crianza. En un consultorio rural como el nuestro esta inseguridad puede verse aumentada por la distancia al centro de salud y en ocasiones por dificultades en el desplazamiento de los padres.

#### ÁREAS DE MEJORA

Inseguridad de los padres ante la crianza de sus hijos lactantes

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de formación  
En zonas rurales distancia del equipo de pediatría

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Ofrecer conocimientos a los padres para que se sientan más seguros en el cuidado de sus hijos.
- Capacitar para el manejo de cuadros banales y reconocer síntomas de alarma.
- Educar en la prevención de accidentes y en hábitos saludables.
- Empoderamiento de los padres y la familia

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Elaboración de sesiones y material

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Rosa Costa, Ángela Delgado y Marta Suso

#### 2. Charlas con posterior coloquio y resolución de dudas de manera semanal en ciclos trimestrales. Primer ciclo presencial, en siguientes se ofertará asistencia online.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/05/2024

Responsable.: Rosa Costa, Ángela Delgado y Marta Suso

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Actividad grupal abierta. Los temas serán flexibles en función de los intereses de los asistentes. Las sesiones serán dirigidas e impartidas por el servicio de pediatría y la matrona.

El primer ciclo de charlas será exclusivamente presencial, pero en siguientes ciclos se facilitará a las familias conectarse de forma online para favorecer la accesibilidad a las mismas.

Se promocionarán con carteles en el centro de salud, a través del Facebook y de pregones.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Porcentaje de asistencia

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de familias asistentes

Denominador .....: Nº de familias con hijos de 0 a 2 años en el C.S Calanda

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de asistencia

Est.Min.1ª Mem ...: 5.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#903

### 1. TÍTULO

#### GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD CALANDA

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

2. Porcentaje de mejora de conocimientos  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de cuestionarios con aciertos mayor del 80%  
Denominador .....: N° de encuestas realizadas por asistentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionario específico  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos  
Tipo de patología: Educación para la salud  
Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#293

### 1. TÍTULO

#### MAPEO DE ACTIVOS DE LA ZONA DE SALUD DE CANTAVIEJA

Fecha de entrada: 26/06/2022

Nº de registro: 2022#293 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PAULO FUERTES ROSARIO

Título  
MAPEO DE ACTIVOS DE LA ZONA DE SALUD DE CANTAVIEJA

Colaboradores/as:  
EDO MALLEN JOSE MANUEL  
JARA INMACULADA MARIN  
MALLEN GARCIA SARA  
MENDAÑA PEREZ LUCIA DEL PILAR  
MONFORT GASCON NOELIA  
VALLE LOBATON JUAN MANUEL

Ubicación principal del proyecto.: CS CANTAVIEJA

Servicio/Unidad principal .....: EAP CANTAVIEJA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La recomendación de activos para la salud es uno de los pilares de la estrategia de atención comunitaria de aragon.

La teoría de la salutogénesis considera que la salud no es un proceso aislado del entorno, ya que se ve influenciada por factores sociales y económicos, existe bibliografía que respalda la efectividad de proyectos que coordinan los servicios socio-sanitarios y los recursos de la población, haciendo a la población participe de su propia salud y mejorando la comunicación entre los diferentes profesionales y recursos.

Como primer paso para desarrollar este modelo de atención en nuestro entorno nos proponemos elaborar un mapa de activos que nos muestre los recursos disponibles en la zona que pueden mejorar la salud de la comunidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Implantación de la medicina comunitaria

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Nunca se había desarrollado este tipo de acciones en nuestra zona

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Hacer un listado de los activos de salud de la zona de salud

Informar a las asociaciones que realizan actividades en nuestra zona, de que es el buscador de activos y como se suben los activos.

Que todos los miembros del EAP conozcan que son los activos, que es el blog de la estrategia comunitaria y como se utiliza.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesiones con el EAP para informarles de la estrategia comunitaria y del mapeo de activos

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Rosario A. Paulo Fuertes

2. Reuniones con los agentes sociales y personas clave de nuestra comunidad, para consensuar una lista de activos.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Inmaculada Marin Jara

3. Crear un mapa de activos

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Jose Manuel Edo Mallen

4. Subir los activos al buscador

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Lucia Mendaña

5. Actualizar la agenda comunitaria con las actividades realizadas

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Juan Manuel Valle Lobaton

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#293

### 1. TÍTULO

#### MAPEO DE ACTIVOS DE LA ZONA DE SALUD DE CANTAVIEJA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de activos subidos al buscador

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de activos subidos al buscador

Denominador .....: N° total de activos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio, buscador de activos

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de personas clave que acuden a la reunion

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de personas clave invitadas que acuden a la reunion

Denominador .....: N° de personas clave invitadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de agentes sociales/personas clave que se muestran satisfechas o muy satisfechas con la agenda com

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de agentes sociales/ personas clave que se muestran satisfechas o muy satisfechas con la agenda comunitaria

Denominador .....: N° de agentes sociales/personas clave invitadas al proyecto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#760

### 1. TÍTULO

#### SALUD PARA MUJERES EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#760 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CLEMENTE GARCÉS CARMEN

Título  
SALUD PARA MUJERES EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

Colaboradores/as:  
AGREDA GUTIERREZ SANDRA  
BENI ABDELLAH EL MOHAMMADI UMayMA  
BLASCO CASORRAN MARTA  
GASCON PUYO ESMERALDA

Ubicación principal del proyecto.: CS CASPE

Servicio/Unidad principal .....: EAP CASPE

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Escuela de Adultos de la localidad de Caspe detecta que sus alumnas de origen extranjero, fundamentalmente mujeres de Marruecos y Pakistán, presentan deficiencias en conocimientos sobre el cuidado de su salud y el funcionamiento del sistema sanitario, estando motivadas para acercarse a los profesionales sanitarios y aumentar sus conocimientos.

El grupo de Atención Comunitaria del EAP recibe esta demanda y se plantea abordarla desde una metodología comunitaria y participativa. Nos ponemos en contacto con el centro Comarcal de Servicios Sociales, que facilita el contacto con éstas mujeres, se acuerda conjuntamente la elaboración de este proyecto de educación grupal y se identifican algunos temas sobre los que trabajar como la salud sexual y reproductiva, el cuidado de niños y el funcionamiento del sistema sanitario.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Desigualdades en salud.
- Déficits de conocimientos, en mujeres de origen extranjero sobre el cuidado de su salud y el funcionamiento del sistema sanitario.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Factores económicos, socioculturales y personales (sexo, edad, escolaridad, condición étnica, situación migratoria y nivel socioeconómico).
- Insuficiente Educación para la salud (EpS).

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

PRINCIPAL

- Aumentar los conocimientos de las mujeres participantes acerca de los cuidados básicos de salud individual y familiar.

#### ESPECÍFICOS

- Crear el sentimiento de pertenencia a un grupo, fomentando la interrelación entre ellas y acercando la figura de las profesionales sanitarias.
- Llevar a cabo modificaciones saludables en sus hábitos de alimentación.
- Incorporar o aumentar progresivamente la actividad física a su actividad cotidiana, hasta alcanzar las recomendaciones saludables.
- Seguir las recomendaciones sobre la higiene personal y del hogar relacionadas con el mantenimiento de la salud.
- Entender la importancia de las actividades de ocio y las relaciones sociales para elevar su autoestima, mejorar su salud emocional y combatir el sentimiento de soledad.
- Conocer que existen programas de prevención de cáncer de mama y ginecológico.
- Conocer los programas de anticoncepción, seguimiento en la gestación e IVE.
- Adaptar los cuidados de sus hijos e hijas de acuerdo a las recomendaciones sobre hábitos saludables en la infancia.
- Conocer los circuitos de acceso y funcionamiento de los recursos sanitarios y sociales en el primer nivel asistencial, el centro de salud de Caspe.
- Conocer las recomendaciones básicas sobre primeros auxilios, material que se debe tener en el botiquín doméstico y reconocer cuándo solicitar asistencia sanitaria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Fase de difusión y captación de participantes.

Fecha inicio: 01/09/2021

Fecha final.: 30/09/2021

Responsable.: Educadora Social de la Comarca Bajo Aragón/Caspe.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#760

### 1. TÍTULO

#### SALUD PARA MUJERES EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

#### 2. Realización de sesiones.

Fecha inicio: 01/10/2021  
Fecha final.: 30/11/2021  
Responsable.: EAP Caspe

#### 3. Difusión de resultados.

Fecha inicio: 01/12/2021  
Fecha final.: 31/12/2021  
Responsable.: EAP Caspe

#### 4. Captación de mujeres 2ª edición.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Educadora Social de la Comarca Bajo Aragón/Caspe y EAP Caspe.

#### 5. Realización de sesiones.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: EAP Caspe

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizan 8 sesiones grupales, cada una de ellas de 60 minutos de duración, con una frecuencia de 2 sesiones a la semana, durante 4 semanas consecutivas. En las sesiones se combina el contenido teórico con la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos. Cada sesión es impartida por dos o tres profesionales sanitarios del centro de salud pertenecientes al grupo multidisciplinar de Atención Comunitaria. El conocimiento del idioma en las mujeres puede ser variable, si es necesario se encargará la tarea de traducción durante las sesiones.

Sesión 1: ¿Qué es tener salud? y alimentación.

Sesión 2: Relaciones sociales.

Sesión 3: Salud sexual y reproductiva.

Sesión 4: Ejercicio físico.

Sesión 5: Higiene personal y del hogar y prevención de enfermedades.

Sesión 6: El cuidado de niños y niñas.

Sesión 7: Prevención de accidentes y primeros auxilios.

Sesión 8: Servicios sanitarios y sociales: acceso y funcionamiento.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Porcentaje de profesionales del Equipo comunitario que han impartido sesiones.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales que imparten sesión

Denominador .....: Nº total de profesionales que forman parte del equipo comunitario.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Evaluación observadora

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 2. Porcentaje de asistencia.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de participantes que asisten al 100% sesiones

Denominador .....: Nº total de participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Evaluación observadora

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 3. Satisfacción de las participantes en cada sesión.

Tipo de indicador: Impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#760

### 1. TÍTULO

#### SALUD PARA MUJERES EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

Numerador .....: N° participantes con resultado medio mayor o igual a 4 en la encuesta Likert (1-5)  
Denominador .....: N° total de participantes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 4. Criterios de evaluación de las sesiones

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de sesiones con valoración positiva en 5 o más criterios de evaluación  
Denominador .....: N° total de sesiones.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Evaluación observadora  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se realiza una evaluación después de cada sesión por la figura de observadora, que valora el número de asistentes a las sesiones, la participación, la realización de actividades dinámicas, adecuación de las actividades psicológica y culturalmente, adecuación de los contenidos y lenguaje, adecuación de los objetivos educativos planteados, consecución de los objetivos y efectos no previstos.

La evaluación del grado de satisfacción de las asistentes a las sesiones se contabilizará al final de cada sesión a través de un cuestionario anónimo con 4 ítems a valorar con una escala visual y un ítem con pregunta abierta.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#557

### 1. TÍTULO

#### FORMACION DE PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS EN EL AMBITO DE ATENCION COMUNITARIA PARA LA PREVENCION DEL ANCIANO FRAGIL

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#557 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
REMIRO MONLEON SARA

Título  
FORMACION DE PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS EN EL AMBITO DE ATENCION COMUNITARIA PARA LA PREVENCION DEL ANCIANO FRAGIL

Colaboradores/as:  
ARTAL ENFEDAQUE M. DEL SOL  
CALVO ALBAS MARIA ANGELES  
LAZARO GRACIA MARIA PILAR  
MEDINA MORA CRISTINA  
MUNIESA URBISTONDO CRISTINA  
PEREZ ADELL LAURA  
RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES

Ubicación principal del proyecto.: CS HIJAR

Servicio/Unidad principal .....: EAP HIJAR

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En los últimos 50 años se ha observado un cambio drástico en el patrón demográfico español, invirtiéndose la pirámide poblacional y provocando un envejecimiento de la población, con el consiguiente aumento del número de ancianos vulnerables.

El síndrome de fragilidad es un concepto dinámico que se define como una situación de vulnerabilidad, en la que las reservas fisiológicas se encuentran disminuidas, aumentando el riesgo de padecer eventos adversos como: discapacidad, dependencia, morbimortalidad, institucionalización y hospitalización.

Se ha observado un aumento del gasto sanitario, ya que es en las últimas etapas de la vida cuando mayor consumo se hace de los recursos.

El sector de Atención Primaria es idóneo para la prevención, detección y diagnóstico de la fragilidad debido a la cercanía y la frecuencia con la que el paciente acude a las consultas, y por ser el primer nivel asistencial. Debido a la precariedad de los recursos humanos del sistema sanitario muchas instituciones han optado por la contratación de personal sociosanitarios con niveles de formación básicos, dentro de nuestra Zona básica de Salud hemos observado esta situación en residencias, centros de día y personal de asistencia domiciliaria.

Este proyecto pretende aumentar el nivel de conocimiento de estos profesionales dedicados al cuidado del anciano con la intención de prevenir el síndrome de fragilidad, a través de la realización de sesiones formativas y una comunicación bidireccional.

#### ÁREAS DE MEJORA

Prevención del síndrome de fragilidad

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Envejecimiento de la población. Soledad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Incrementar los conocimientos sobre la prevención del síndrome de fragilidad por parte de los profesionales de residencias, centros de día y personal de asistencia domiciliaria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar un análisis de situación de las residencias y centros de día de la Zona Básica de Salud, así como de los domicilios a los que acuden las trabajadoras de la comarca.

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final.: 10/06/2022

Responsable.: Sara Remiro Monleon

2. Se nombrará un profesional sanitario de referencia para cada institución con más de 20 pacientes.

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final.: 06/06/2022

Responsable.: Sara Remiro Monleon

3. Elaboración de un programa de formación sobre prevención de fragilidad para todas las trabajadoras de la comarca.

Fecha inicio: 10/06/2022

Fecha final.: 24/06/2022

Responsable.: Laura Perez Adell

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#557

### 1. TÍTULO

#### FORMACION DE PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS EN EL AMBITO DE ATENCION COMUNITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL ANCIANO FRAGIL

4. Formación referente a la alimentación y actividad física

Fecha inicio: 27/06/2022

Fecha final.: 27/06/2022

Responsable.: Laura Perez Adell

5. Formación referente al apoyo psicosocial.

Fecha inicio: 28/06/2022

Fecha final.: 28/06/2022

Responsable.: Cristina Medina Mora

6. Formación referente frente a la actuación en urgencias y emergencias.

Fecha inicio: 29/06/2022

Fecha final.: 29/06/2022

Responsable.: Cristina Muniesa Urbistondo y M<sup>a</sup> Pilar Lazaro Gracia

7. Verificación de la asimilación e integración de los conceptos expuestos.

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Jose Andres Rubio Del Peral

8. Evaluación del uso de técnicas enseñadas.

Fecha inicio: 04/07/2022

Fecha final.: 04/07/2022

Responsable.: Maria Angeles Calvo Albas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Todas estas actividades propuestas dependeran de la colaboración que presten los trabajadores de las instituciones.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Realización de sesiones formativas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de sesiones formativas realizadas

Denominador .....: nº de residencias/centro de día implicados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro Propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. % de asistencia

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de trabajadores convocados

Denominador .....: Nº de trabajadores que asisten

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro Propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Test de conocimientos antes después

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: % de asistentes que contestan correctamente al 70% de las preguntas después de la intervención

- % de asistentes que contestan al 70% de las preguntas después de la intervención

Denominador .....: nº total de trabajadores de residencias/centro de día implicados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro Propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Participación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: nº residencias/centros de día de la zona interesados en participar

Denominador .....: nº residencias/centros de día de la zona

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro Propio

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#557

### 1. TÍTULO

#### FORMACION DE PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS EN EL AMBITO DE ATENCION COMUNITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL ANCIANO FRAGIL

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Participaran todas las residencias y centros de dias pertenecientes a la zona basica de salud.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> síndrome de fragilidad

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#683

### 1. TÍTULO

#### ADAPTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA Y PRESCRIPCION DE ACTIVOS DE SALUD EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR 2022

Fecha de entrada: 18/07/2022

Nº de registro: 2022#683 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ ADELL LAURA

Título  
ADAPTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA Y PRESCRIPCION DE ACTIVOS DE SALUD EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR 2022

Colaboradores/as:  
CALONGE VERGARA ISABEL  
CALVO ALBAS MARIA ANGELES  
GIMENEZ RAMIREZ RUTH  
IZQUIERDO RODRIGUEZ CIARA  
PASCUAL LARRAZ MARTA  
REMIRO MONLEON SARA  
RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES

Ubicación principal del proyecto.: CS HIJAR

Servicio/Unidad principal .....: EAP HIJAR

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La prevención primaria y la promoción de la salud, desde un punto de vista biopsicosocial y holístico, son elementos fundamentales y primordiales en sanidad, y cada vez están cobrando más importancia, ya que esta más que demostrado que a la larga reducen la vulnerabilidad y fragilidad de los pacientes, dotándolos de una mayor autonomía, una mayor autogestión de su salud y un uso más responsables de los servicios. Siguiendo la Estrategia de Atención comunitaria de Aragón, se ha decidido crear una comisión de atención comunitaria en el CS de Híjar para retomar y actualizar la agenda de comunitaria creada antes de la pandemia Covid-19. Para ello, se ha realizado una revisión del mapa de activos de salud de Aragón actuales que podemos encontrar en nuestra zona básica de salud. El punto inicial de la intervención está en la calle, antes de empezar analizaremos el entorno, las necesidades de los pacientes y los recursos con los que cuentan.

#### ÁREAS DE MEJORA

Adecuación de la agenda de comunitaria del centro, captación, registro y prescripción de los activos de salud.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de conocimientos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Actualizar la agenda comunitaria con la que ya cuenta el CS de Híjar para adaptarla a las necesidades actuales. Ayudar y fomentar que ayuntamientos, asociaciones y otras entidades registren las actividades que realizan y que podrían ser consideradas activos de salud para poder recomendarlas de una manera oficial. Promover la página de Facebook, así como el resto de las actividades comunitarias que se vayan realizando en el centro de salud para intentar llegar a la máxima población posible, ofreciendo información basada en la evidencia y contrastada. Informar a la población de los activos de salud con los que cuentan y los beneficios que les pueden aportar.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Retomar reuniones mensuales para hacer una puesta en común de las actividades comunitarias pensadas por parte de los profesionales que conforman la comisión de comunitaria del centro de salud.

Fecha inicio: 30/05/2022

Fecha final.: 28/11/2022

Responsable.: Jose Andres Rubio del Peral

2. Realizar una reunión con ayuntamientos, asociaciones y otras entidades de la zona para explicar como se introducen los activos de salud en la plataforma web.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 29/08/2022

Responsable.: Laura Pérez Adell y Sara Remiro Monleon

3. Captación de los activos de salud de la ZBS.

Fecha inicio: 30/05/2022

Fecha final.: 29/08/2022

Responsable.: Ciara Izquierdo Rodriguez, Marta Pascual Larraz, Ruth Gimenez Ramirez y Laura Pérez Adell

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#683

### 1. TÍTULO

#### ADAPTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA Y PRESCRIPCION DE ACTIVOS DE SALUD EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR 2022

4. Actualizar la agenda comunitaria del centro, adaptándola a la actualidad.

Fecha inicio: 30/05/2022

Fecha final.: 28/11/2022

Responsable.: Sara Remiro Monleon y Maria Angeles Calvo Albas

5. Prescripción de activos de salud a la población.

Fecha inicio: 25/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Laura Pérez Adell e Isabel Calonge Vergara

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Las actividades anteriormente citadas se desarrollarán a partir del mes de mayo de 2022.

Los objetivos y actividades pueden verse afectadas/alteradas dependiendo de la dificultad que encuentre el equipo para ponerse en contacto con las distintas instituciones, así como de la evolución observada durante su ejecución.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de realización de activos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes que realizan los activos de salud prescritos

Denominador .....: Número de pacientes a los que se prescribe activos de salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Activos de salud registrados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de activos de salud registrados correctamente

Denominador .....: Número de activos de salud existentes en la ZBS.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Encuesta Satisfacción

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Encuestas de satisfacción realizadas

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Aumento del numero de activos registrados tras la intervención

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de activos de salud registrados actualmente

Denominador .....: Número de activos de salud registrados tras la intervención

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

La revisión de indicadores se realizará una vez transcurrido un año desde el inicio del proyecto.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#683

### 1. TÍTULO

#### ADAPTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA Y PRESCRIPCION DE ACTIVOS DE SALUD EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR 2022

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1006

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN LA DETECCION Y TRATAMIENTO DE LA PROTEINURIA EN PACIENTES DIABETICOS

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#1006 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAZARO GRACIA MARIA PILAR

Título  
PROYECTO DE MEJORA EN LA DETECCION Y TRATAMIENTO DE LA PROTEINURIA EN PACIENTES DIABETICOS

Colaboradores/as:  
ALCAINE PARICIO ANA ISABEL  
CALONGE VERGARA ISABEL  
IZQUIERDO RODRIGUEZ CIARA  
LAHUERTA ESCOLANO MARIA ANGEL  
MOJONERO ANTEQUERA JUANA  
MUNIESA URBISTONDO CRISTINA  
RUIZ-FLORES LALMOLDA LUIS FERNANDO

Ubicación principal del proyecto.: CS HIJAR

Servicio/Unidad principal .....: EAP HIJAR

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La DM puede desencadenar múltiples complicaciones, siendo una de las más frecuentes la enfermedad renal diabética. Se trata de la principal causa de ERC terminal a nivel mundial y de ERC avanzada con requerimiento de terapia de reemplazo renal, representando hasta el 50% de los casos en países desarrollados (Martínez-Castelao A, 2019). La enfermedad renal diabética es una entidad clínica compleja y heterogénea que puede desarrollarse a través de múltiples mecanismos patogénicos siendo la hiperglucemia crónica el principal factor determinante de su inicio y progresión. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y se basa en la presencia de albuminuria, el descenso de la TFG o ambos, asociados a la DM de cualquier tipo.

La ERC aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, así como la mortalidad cardiovascular y por cualquier causa, potenciando el desarrollo de enfermedad renal en etapa terminal. Por tanto, se trata de una entidad clínica con gran impacto en la salud de la población mundial e importantes implicaciones a nivel socioeconómico. Y la detección temprana, la estratificación del riesgo y un adecuado tratamiento pueden retrasar o prevenir su progresión a estadios avanzados, los cuales ensombrecen el pronóstico y reducen significativamente la calidad de vida de los pacientes.

La estrategia de diabetes del Servicio Aragonés de Salud, en consonancia con las principales guías de práctica clínica tiene establecido un protocolo de diagnóstico y seguimiento de la microalbuminuria del paciente con diabetes. Sin embargo, desde el servicio de Nefrología del Hospital se comenta que son numerosos los pacientes en los que no se está ejecutando este procedimiento de forma adecuada, siendo ignorados muchos casos con proteinuria.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la detección de Microalbuminuria / macroalbuminuria en pacientes diabéticos  
Mejorar el control y abordaje de los FRCV : TA , control glicémico , Lípidos, tabaquismo y obesidad , en pacientes DM con micro/macroalbuminuria

#### ANALISIS DE CAUSAS

Diabétes mal controlada,  
TA mal controlada.  
Mal contol de Lípidos  
Tabaquismo activo  
Obesidad

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Detectar y tratar tempránamente la microalbuminuria  
Derivar la macroalbuminuria no controlada al hospital.  
Controlar de forma adecuada los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con micro/macroalbuminuria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de un proyecto de mejora de la calidad en el centro para comprobar la hipótesis de que no se está ejecutando de forma correcta el protocolo de proteinuria.

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: Pilar Lázaro Gracia

2. Se hará sesión clínico/formativa al equipo para exponer el proyecto y explicar la estrategia para la

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1006

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN LA DETECCION Y TRATAMIENTO DE LA PROTEINURIA EN PACIENTES DIABETICOS

detección precoz y actuación en microalbuminuria, del plan integral de atención a la DM del Salud

Fecha inicio: 16/09/2022

Fecha final.: 16/09/2022

Responsable.: Pilar Lázaro Gracia

3. Se solicitará a enfermería la revisión de las peticiones de perfil de diabetes, durante las extracciones. Si no traen la orina se les dará un bote para que lo entreguen en el momento.

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: Pilar Lázaro Gracia

4. Se hará una revisión del cuadro de mandos mostrando los resultados al equipo, al inicio del proyecto, a los 3 meses de la sesión formativa y al final del periodo para exponer los resultados obtenidos

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: Pilar Lázaro Gracia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se estudiarán los indicadores que se citan a continuación antes y después de una intervención de mejora consistente

en mostrar los resultados alcanzados en una sesión clínica en la que se revisará el procedimiento con énfasis en los puntos mejorables.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. % Pacientes diabéticos con evaluación anual de albuminuria

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes con diabetes a los que se ha realizado cociente albúmina-creatinina en el último año

Denominador .....: Nº de pacientes con DM

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de Mandos

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. % Pacientes diabéticos con micro/macroalbuminuria >30 en los que se ha repetido la determinación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes con diabetes a los que se ha repetido la determinación (descartando falsos positivos) dos veces más antes de que pasen 3 o 4 m

Denominador .....: Nº de pacientes con DM

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de Mandos

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

4. % Pacientes diabéticos con microalbuminuria y tratamiento con IECA/ARA II (valorar iSGLT2 si FG>30)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes con diabetes y microalbuminuria que lleven tratamiento con IECA (preferentemente) o ARA II

Denominador .....: Nº de pacientes con DM

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de Mandos

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

5. % Pacientes con macroalbuminuria no controlada con tratamiento, que han sido derivados al nefrólogo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: % de pacientes con macroalbuminuria no controlada con tratamiento (>300) que han sido derivados al nefrólogo.

Denominador .....: Nº de pacientes con DM

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de Mandos

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1006

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PROTEINURIA EN PACIENTES DIABÉTICOS

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

6. % Pacientes con micro/macroalbuminuria y media de 3 últimas TAs <140/90 (<130/80 no ancianos)  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes con diabetes y micro/macroalbuminuria con registro de TA < 140/90 ( o 130/80 si no ancianos) cómo media de las 3 últimas tensiones  
Denominador .....: N° de pacientes con DM  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de Mandos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

7. % Pacientes con micro/macroalbuminuria con registro anual de LDL < 100  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes con diabetes y micro/macroalbuminuria que tienen registro de LDL<100 en el último año  
Denominador .....: N° de pacientes con DM  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de Mandos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

8. % Pacientes con micro/macroalbuminuria a los que se les ha preguntado si fuman/no, en el último año  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes con diabetes y micro/macroalbuminuria que tienen registro de taquismo si/no en el último año  
Denominador .....: N° de pacientes con DM  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de Mandos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Tomaremos una muestra aleatoria de 40 pacientes diabéticos de entre los pacientes con micro/macroalbuminuria extraídos del cuadro de mando de cada profesional de la zona básica del C.S Híjar Fuente de datos: cuadro de mando y OMI-AP.

JULIO -SEPTIEMBRE 2022. Evaluación inicial y búsqueda de datos en historias clínicas

SEPT/OCTUBRE 2022: Presentación de resultados iniciales al equipo junto con sesión informativa del proyecto y formativa sobre el abordaje para del detección precoz y tratamiento del plan estratégico para la DM del gobierno de aragón . Poniendo énfasis sobre los problemas a resolver y puntos a mejorar

ENERO 2023. Reevaluación de resultados tras la intervención de Oct /22

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1151

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD: TALLER DE MEMORIA DIRIGIDO A HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Fecha de entrada: 01/08/2022

Nº de registro: 2022#1151 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA LOZANO MARIA ANGELES

Título  
RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD: TALLER DE MEMORIA DIRIGIDO A HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Colaboradores/as:  
AMADOR LUNA MARIO LUIS  
AYUDA ALEGRE CLARA  
BORRAZ MIR MARIA PILAR  
LACORT BELTRAN EVA  
MUÑOZ BARBA INMACULADA  
RICO GASCON SILVIA  
SALVADOR TENA LUCIA

Ubicación principal del proyecto.: CS MAS DE LAS MATAS

Servicio/Unidad principal .....: EAP MAS DE LAS MATAS

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Un activo para la salud se puede definir como "Cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud" (Morgan y Ziglio, 2007). Estos recursos presentes en la comunidad pueden actuar a nivel individual, familiar y/o comunitario y tienen como denominador común la capacidad de fortalecer la habilidad de las personas para mantener o mejorar la salud física-psíquica y/o social. En atención primaria en las consultas se puede hacer un abordaje biopsicosocial contextualizado incorporando la perspectiva de equidad y la recomendación individual de activos comunitarios.

#### ÁREAS DE MEJORA

Nuestra población está envejecida y además existe bastante soledad, es por ello que vamos a trabajar en red junto a las escuelas de adultos a través de sus clases de memoria.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En nuestra Zona Básica de Salud (ZBS), contamos con pequeños núcleos de población, es una zona rural dispersa. Estudiando que activos en Salud tenemos al alcance de casi todos y de manera prácticamente gratuita, llegamos a la conclusión que desde las escuelas de adultos se están ofreciendo numerosas actividades de formación no reglada de diversas áreas: comunicación, bienestar, lenguas, informática.. donde ya hay gente que participa (principalmente mujeres). En nuestra ZBS, trabajan dos Escuelas de Adultos, por un lado CPEPA Hermanas Catalan de Ocón, que lleva Bordón, Castellote y Cuevas de Cañart, y en el resto de municipios desde CPEPA Alcorisa.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Refrescar/actualizar en el EAP la recomendación de Activos.
- Fortalecer las habilidades cognitivas o mejorar la salud en el ámbito de las personas mayores.
- Evitar el aislamiento social.
- Implicar a las Escuelas de Adultos para que introduzcan y actualicen las actividades en el sistema de activos de Aragón, y para coordinar un seguimiento de los mismos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. En primer lugar realizaremos una reunión de EAP para dar a conocer el manejo del protocolo de Recomendación Formal de Activos y valorar la posibilidad de ampliar la recomendación

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: María Ángeles García Lozano y Silvia Rico Gascon

2. Reunión con los directores de ambas escuelas de adultos, para introducirles en los activos para la salud, explicarles el funcionamiento del buscador de activos del Blog de Atención Comunitaria.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: María Ángeles García Lozano y Silvia Rico Gascon

3. Sesión formativa con el equipo para informar de la RFA del taller de memoria, explicaremos la captación del paciente desde la consulta programada de enfermería o medicina

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: María Ángeles García Lozano y Silvia Rico Gascon

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1151

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD: TALLER DE MEMORIA DIRIGIDO A HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

4. Captación y seguimiento desde la Consulta de medicina

Fecha inicio: 15/10/2022

Fecha final.: 15/04/2023

Responsable.: Maria Pilar Borraz Mir, Clara Ayuda Alegre, Eva Lacort Beltran, Inmaculada Muñoz Barba,

5. Captación y seguimiento desde la Consulta de Enfermería

Fecha inicio: 15/10/2022

Fecha final.: 15/04/2023

Responsable.: Lucia Salvador Tena, , Mario Amador Luna, Silvia Rico Gascon

6. Reunión con los directores de las escuelas de adultos para comprobar si han asistido a la actividad y Evaluación Continua

Fecha inicio: 15/01/2023

Fecha final.: 1/06/2023

Responsable.: María Ángeles García Lozano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

2 Actividad en la reunión con los directores les informaremos que hemos seleccionado el Taller de Memoria.

3 Actividad, en la captación del paciente se le realizará un cuestionario registrando el nombre y apellidos del paciente, el enfermero/médico que prescribe la recomendación, las CTES vitales, Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg y Escala Mini Mental, más unas preguntas de si conocen la actividad, y si ya están acudiendo a ella y que esperan de dicha actividad.

Cuando realicemos la prescripción sacaremos 2 copias de la recomendación para poder llevar un registro externo a OMI y para informar también a las escuelas , indicando a quien hemos recomendado, y así nos pueda llevar un seguimiento de su asistencia. El mismo día de la recomendación concertaremos una cita con el paciente pasados 3 meses para realizar similar cuestionario y escalas de Ansiedad y Depresión de Golberg y Mini Mental y evaluar su asistencia y satisfacción con la actividad.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de adherencia a la recomendación formal de activos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes que han acudido al taller de memoria

Denominador .....: Nº de pacientes que se les ha prescrito una RFA del taller de memoria

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro de datos introducidos en OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de captación en la población diana

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de recomendaciones de activos

Denominador .....: Población diana mayor de 65 años

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro de datos introducidos en OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % Efectividad

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes que han acudido a la actividad donde se confirma mejoría de su salud (disminuye la ansiedad o depresión o expresan mejoría)

Denominador .....: Nº de pacientes que participan

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro de datos introducidos en OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % Satisfacción

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes que expresa mejoría y satisfacción con la actividad

Denominador .....: Nº de pacientes que participan

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro de datos introducidos en OMI

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1151

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD: TALLER DE MEMORIA DIRIGIDO A HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 5. % Prevalencia

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de pacientes que mantienen mismo resultado en la valoración de la escala Mini Mental

Denominador .....: N° de pacientes que participan

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de datos introducidos en OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

El cuestionario Con la Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg y Escala Mini Mental se realizará en el momento de la captación y pasados tres meses de la recomendación.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Habilidades Cognitivas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1189

### 1. TÍTULO

#### CLASIFICACION Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS FISICAS EN ESTADO PASIVO (EXITUS Y DESPLAZADOS) CORRESPONDIENTE AL CENTRO DE SALUD MAS DE LAS MATAS

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1189 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHEZ GORRIZ MARIA TERESA

Título  
CLASIFICACION Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS FISICAS EN ESTADO PASIVO (EXITUS Y DESPLAZADOS) CORRESPONDIENTE AL CENTRO DE SALUD MAS DE LAS MATAS

Colaboradores/as:  
AMADOR LUNA MARIO LUIS  
BORRAZ MIR MARIA PILAR  
GARCIA LOZANO MARIA ANGELES  
LACORT BELTRAN EVA  
RICO GASCON SILVIA

Ubicación principal del proyecto.: CS MAS DE LAS MATAS

Servicio/Unidad principal .....: EAP MAS DE LAS MATAS

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde el 2008 en el Centro de Salud de Mas de las Matas estamos trabajando con el OMI, paulatinamente se dejó de usar la historia clínica en papel.

Hasta 2020 las historias se estaban almacenando en las consultas médicas y las de las defunciones en cuarto de calderas ( no disponemos de un archivo en si). Con la llegada del la Covid -19, tuvimos que adaptar nuestros espacios, y se decidió sacar todos los archivadores de las consultas, pues ya nadie estamos usando las historias de papel, y así conseguimos espacio.

#### ÁREAS DE MEJORA

Almacenamiento ordenado y clasificado de las historias clínicas de papel de éxitus y desplazamientos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Las historias tan solo están clasificadas como defunciones, pero sin fecha de defunción , y como historias de pacientes desplazados almacenadas en cajas apiladas en las sala de espera.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Clasificar y custodiar de manera legal y óptima las Historias Clínicas en papel.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. En primer lugar nos ponemos en contacto con el director de Gestión del Sector Alcañiz, le exponemos la actual situación.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Coordinadora de proyecto y colaboradores

2. En segundo lugar clasificaremos todas las Historias pasivas por año de defunción (pondremos en tapa fecha de pasivo).

Fecha inicio: 31/10/22

Fecha final.: 28/02/23

Responsable.: Coordinadora de proyecto y colaboradores

3. En tercer lugar las historias pre 2017 se derivaran al Hospital o archivo central donde corresponda para su custodia.

Fecha inicio: 28/02/23

Fecha final.: 30/03/23

Responsable.: Coordinadora de proyecto y colaboradores

4. En cuarto lugar , las historias que han entrado en pasivo en los últimos 5 años se clasificaran por orden cronológico de mes y año de defunción.

Fecha inicio: 01/04/23

Fecha final.: 30/05/23

Responsable.: Coordinadora de proyecto y colaboradores

5. En 2023 iniciamos con un protocolo de nuestras historias en papel. Cuando tengamos una defunción revisaremos si el paciente posee HC física, si es así se archivará en Centro de Salud clasificandola.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Personal de enfermería y medicina titular del paciente.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1189

### 1. TÍTULO

#### CLASIFICACION Y CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS FISICAS EN ESTADO PASIVO (EXITUS Y DESPLAZADOS) CORRESPONDIENTE AL CENTRO DE SALUD MAS DE LAS MATAS

6. Al final de cada año se avisará a Gestión para llevar al Hospital de Alcáiz todas las HC pasivas.

Fecha inicio: 01/01/23

Fecha final.: 15/01/24

Responsable.: Personal administrativo del centro

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Actividad 1

Tras revisión de la normativa se observa que hay que tratar de manera diferente la Historias que están en pasivo más de 5 años de las que no. Pues las de menos de 5 años se deberán custodiar en el Centro de Salud.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de historias cumplimentadas (codificada y almacenada correctamente).

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de historias clínicas almacenadas.

Denominador .....: Número de historias clínicas totales.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HISTORIAS CLÍNICAS FISICAS

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

HISTORIAS CLINICAS FISICAS DE LA ZONA BASICA DE SALUD

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> EXITUS

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#721

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ADECUACION DE ENOXAPARINA BIOSIMILAR EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA

Fecha de entrada: 20/07/2022

Nº de registro: 2022#721 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PASTOR SANZ MARTA

Título  
MEJORA EN LA ADECUACION DE ENOXAPARINA BIOSIMILAR EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA

Colaboradores/as:  
DE MINGO USON MIGUEL ANGEL  
LOPEZ HERNANDEZ EDUARDO  
MALLEN EDO MARTA  
MUNIESA NAVARRO INMACULADA  
NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA  
SALESA ALBALATE ALBERTO  
VILLANUEVA CABRERA ALEX

Ubicación principal del proyecto.: CS MUNIESA

Servicio/Unidad principal .....: EAP MUNIESA

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se define como medicamento biosimilar a aquel equivalente en términos de calidad, eficacia y seguridad a un medicamento biológico original. La reciente aparición de enoxaparinas biosimilares ha supuesto una modificación en el escenario de la selección eficiente de las distintas heparinas, considerándose en estos momentos primera elección en la prevención y tratamiento de enfermedad tromboembólica. Tras evidenciar una baja prescripción de enoxaparina biosimilar en el centro de salud, se decide formar a los profesionales sobre su utilización como primera opción en las indicaciones existentes. Posteriormente y por parte de todos los miembros del equipo, se revisará la prescripción adecuada en los pacientes con HBPM en receta electrónica. Asimismo, se priorizará su uso en las nuevas prescripciones. Tras la finalización del periodo de estudio, se analizará la mejora esperable en términos de prescripción de dichas HBPM.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora en la Estrategia de Uso Racional del Medicamento, tras objetivar un porcentaje de prescripción de heparinas biosimilares en el centro de salud en el año 2021 menor del esperado.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Utilización de otras HBPM como primera elección, pese a la aparición de opciones más eficientes. Dificultad de cambio de tipo de heparina cuando ésta ha sido pauta desde un centro externo, habitualmente del medio hospitalario.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Captación de pacientes con prescripción de HBPM no biosimilares. Mejora en los indicadores de prescripción de enoxaparina biosimilar como tratamiento de primera elección en la prevención y tratamiento de enfermedad tromboembólica.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión clínica a los miembros del equipo sobre el uso racional de HBPM.

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final: 14/10/2022  
Responsable.: Marta Pastor Sanz

2. Captación en consulta de los pacientes que precisen la administración de HBPM. Prescripción de heparina biosimilar frente a otras, en caso de indicación.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final: 31/05/2023  
Responsable.: EAP Muniesa

3. Revisión de los indicadores de prescripción en los meses posteriores a la sesión formativa para valorar su eficacia, así como su continuidad en el tiempo.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final: 31/05/2023  
Responsable.: Marta Pastor Sanz

4. Sesión clínica al EAP de los resultados obtenidos.

Fecha inicio: 01/06/2023  
Fecha final: 31/07/2023  
Responsable.: Marta Pastor Sanz

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#721

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ADECUACION DE ENOXAPARINA BIOSIMILAR EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Sesión clínica formativa para el Equipo de Atención Primaria

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nª asistentes a la sesión

Denominador .....: Nº total de profesionales del EAP Muniesa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recogida de hoja de firmas tras la sesión

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de indicación de enoxaparina biosimilar para las indicaciones previstas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº prescripciones heparina biosimilar en el Centro de Salud

Denominador .....: Nº total prescripciones heparina en el Centro de Salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Acuerdo Gestión ejercicio 2021

Est.Mín.1ª Mem ..: 27.23

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 27.23

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#919

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#919 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
SALESA ALBALATE ALBERTO

Título  
RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA

Colaboradores/as:  
MALLEN EDO MARTA  
NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA  
PASTOR SANZ MARTA

Ubicación principal del proyecto.: CS MUNIESA

Servicio/Unidad principal .....: EAP MUNIESA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Nuestra zona básica de salud cuenta con 13 núcleos poblacionales pequeños pertenecientes a dos comarcas (Sierra de ARCOS que lleva Alacon y comarca cuencas Mineras que lleva el resto de poblaciones). Ambas comarcas tienen muchas actividades que ofertan , pero solo sierra de Arcos las ha subido a la plataforma de activos de salud. Con lo que pretendemos que todas las poblaciones tengan fácil accesibilidad a las actividades y no haya una desigualdad frente a los núcleos urbanos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mapear y clasificar los activos de salud existentes  
Explicar al EAP dichos activos para que los pacientes puedan acceder

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de comunicación entre EAP e instituciones  
Núcleos aislados y de poca población con baja posibilidad de acceder a los activos de salud

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Implicar al EAP para poder realizar la recomendación de activos  
Implicar a los servicios comarcales para que introduzcan las actividades en el sistema de activos de Aragón, y poder empezar a recomendar y coordinar y realizar seguimiento de una manera conjunta.  
Mejorar la calidad de vida, bienestar físico y emocional y evitar aislamiento social.  
Reactivar el Consejo de Salud.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Convocar reunión para crear un grupo comunitario implicando al mayor número de profesionales tanto del EAP como del equipo de atención comunitaria.

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final: 31/10/2022

Responsable.: Alberto Salesa Albalate

2. Solicitar y convocar reunión con trabajadores sociales de la comarca y delegados de deporte de ambas comarcas y Consejo de Salud, exponiendo la idea.

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final: 31/01/2023

Responsable.: Marta Mallen Edo

3. Crear una agenda de trabajo de comunitaria en OMI para registrar todo el proceso de este proyecto y que tengan acceso todos los miembros del equipo de AP.

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Maria Victoria Nonay Lacruz

4. Crear mecanismos de difusión que vamos a utilizar

cartelería distribuida por los pueblos , bandos , página de Facebook del centro, páginas de Instagram de Muniesa y Alacon.

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final: 31/07/2023

Responsable.: Marta Pastor Sanz

5. Explicar a los responsables como subir activos de salud a la plataforma para poder recomendarlos desde A.P.

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final: 31/01/2023

Responsable.: Alberto Salesa Albalate

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#919

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Porcentaje de inclusión en la actividad

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº pacientes que realizan la actividad (registro en el protocolo de OMI de RFA)

Denominador .....: nº pacientes a los que se prescribe el activo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: EAP

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Activo uno por uno

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº pacientes que han acudido donde se ve mejoría en su salud (según escala Goldberg)

Denominador .....: nº pacientes que participan

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Se debería concretar un test o medición para cada activo:

- escala de ansiedad de Goldberg

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Sesión formativa al equipo de A.P

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Numero de asistentes a la sesión

Denominador .....: numero total de profesionales de equipo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 4. Encuesta de satisfacción usuarios de activos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de usuarios con valoración positiva en la encuesta

Denominador .....: Numero total de participantes en activos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Aislamiento, soledad

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#755

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CS VALDERROBRES

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#755 \*\* Crónico Complejo \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FERRANDO AZNAR CLARA

Título  
ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CS VALDERROBRES

Colaboradores/as:  
DOMINGO NOVELLA PABLO  
FERRER SOROLLA DANIEL  
LACAMBRA ORGILLES ELENA  
LOPEZ SALLEN MONSERRAT  
MIRAVET GOMEZ ARTURO  
PARDOS LOPEZ PABLO  
SALVADOR PINA JOSE MANUEL

Ubicación principal del proyecto.: CS VALDERROBRES

Servicio/Unidad principal .....: EAP VALDERROBRES

Línea estratégica: Crónico Complejo

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una de las estrategias prioritarias en la actualidad en nuestra comunidad autónoma ha sido el Abordaje de la Cronicidad, sustentado en el Programa Paciente Crónico Complejo (PCC). El mencionado Programa implica un trabajo de colaboración y consenso entre diversos profesionales de distintos colectivos del Ambito de la Atención Primaria y la Atención Especializada.

#### ÁREAS DE MEJORA

En el CS Valderrobres la captación del paciente crónico complejo no llega a los estándares que plantea el SALUD (30-40%), siendo la cobertura del 18.56 %.  
En cuanto al plan de Intervención el 77, 78 % de los pacientes crónico complejo de Valderrobres tienen Plan de Intervención, cuando el estandar mínimo del SALUD está en el 50%

#### ANALISIS DE CAUSAS

Este programa intenta abordar problemas de continuidad asistencial que conducen a un seguimiento inadecuado de pacientes pluripatológicos con tres o más enfermedades crónicas garantizando la accesibilidad e interviniendo en el proceso de la enfermedad, y dando un soporte tanto al paciente como al cuidador, para anticiparse a las situaciones de urgencia y claudicación, así como disminuir las asistencias urgentes y/o ingresos hospitalarios. Comenzó su implementación en el primer semestre del 2018, identificando e incluyendo a los pacientes crónicos de mayor complejidad p>99 (GMA).  
Tras un inicial desarrollo del programa, la implosión de la pandemia ha hecho que se paralice su funcionamiento, estando actualmente en nuestro Sector limitada la derivación a la Unidad de Hospitalización de PCC por no disponer de camas en nuestro hospital, las cuales están siendo utilizadas para pacientes COVID.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Incrementar inclusión pacientes crónicos complejos, priorizando los p>99, pero teniendo en cuenta a la población diana ( GMA > 97)  
Incrementar la elaboración de Planes de Intervención en los pacientes incluidos en el programa del PCC.  
Garantizar la Continuidad de Cuidados de los PCC  
Elaborar circuitos de funcionamiento de atención al PCC en nuestro EAP

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación en el EAP Valderrobres para los profesionales del Equipo sobre los parámetros de inclusión de los pacientes en el programa y los circuitos asistenciales definidos en este momento para el PC

Fecha inicio: 31/08/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: clara ferrando aznar

2. Revisar el proceso asistencial del PCC en nuestro sector y los circuitos asistenciales , definiendo líneas de mejora para implementar y trasladar a la Dirección del Sector Alcañiz

Fecha inicio: 31/08/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: clara ferrando aznar

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#755

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE DESARROLLO DEL PROGRAMA PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CS VALDERROBRES

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % DE PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO CON PLAN DE INTERVENCIÓN

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: % PCC CON PLAN DE INTERVENCIÓN HECHO  
Denominador .....: TOTAL PCC INCLUIDOS EN PROGRAMA  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: ACUERDO GESTIÓN  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. % DE PACIENTES DE LA POBLACIÓN DIANA ( GMA > 97) QUE SE HAN INCLUIDO EN EL PROGRAMA

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: % PCC P>97 INCLUIDOS  
Denominador .....: TOTAL PCC INCLUIDOS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: ACUERDO GESTIÓN  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#993

### 1. TÍTULO

#### DETECCION DE EPOC, EDUCACION, TRATAMIENTO Y MEJORA DE SU SEGUIMINETO TRAS PANDEMIA DE COVID-19

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#993 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MIRAVET GOMEZ ARTURO

Título  
DETECCION DE EPOC, EDUCACION, TRATAMIENTO Y MEJORA DE SU SEGUIMINETO TRAS PANDEMIA DE COVID-19

Colaboradores/as:  
DOMINGO NOVELLA PABLO  
FERRANDO AZNAR CLARA  
GIMENO BALLONGA ANA MARIA  
LACAMBRA ORGILLES ELENA  
PINA LASMARIAS PATRICIA  
SAURA MESTRE LIDIA  
ZAPATER MONSERRAT MATILDE

Ubicación principal del proyecto.: CS VALDERROBRES

Servicio/Unidad principal .....: EAP VALDERROBRES

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad de las vías respiratorias que se caracteriza por una obstrucción del flujo aéreo que no es totalmente reversible. El tabaco es el factor etiológico más importante de la EPOC, aunque hay otras causas. Debe pensarse en la existencia de EPOC en aquellas personas adultas con exposición a factores de riesgo, básicamente el hábito tabáquico (con una exposición de al menos 10 paquetes al año), que presentan tos crónica, con o sin producción de esputo o disnea. El diagnóstico de la EPOC debe sustentarse en una historia de exposición a factores de riesgo y síntomas compatibles, pero su confirmación se realiza mediante una espirometría forzada. En nuestro Centro de Salud, tras observar una baja tasa de espirometrías realizadas, en parte debido a la pandemia por Covid-19, nos planteamos la implantación de espirometrías a pacientes fumadores y con otros factores de riesgo, para mejorar el infradiagnóstico de EPOC, los cuales son susceptibles de un tratamiento broncodilatador, y con ello mejorar la calidad de vida al mejorar la disnea y tolerancia al esfuerzo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Educación sanitaria en EPOC e inhaladores tanto a profesionales sanitarios como a pacientes.  
Diagnóstico de EPOC.  
Tratamiento de EPOC.  
calidad de vida de pacientes EPOC.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Actualización a profesionales en espirometría y uso de inhaladores.  
Infradiagnóstico de EPOC  
Infratratamiento de EPOC.  
afectación calidad de vida en paciente EPOC.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Formación del personal sanitario en EPOC y espirometría.
- Detección de pacientes fumadores o con otros factores de riesgo de desarrollar EPOC.
- Indicación de espirometría a pacientes fumadores o con otros factores de riesgo de desarrollar EPOC.
- Aumento de la realización de espirometrías.
- Aumentar el diagnóstico de pacientes EPOC
- Poner tratamiento a pacientes EPOC
- Educación grupal en el correcto uso de inhaladores.
- Garantizar un adecuado seguimiento a los pacientes diagnosticados de EPOC.
- Mejorar la calidad de vida en pacientes EPOC.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar una sesión clínica de actualización sobre tabaquismo y factores de riesgo de desarrollo de EPOC y taller práctico sobre la realización de espirometrías e interpretación de resultado.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Arturo Miravet Gómez

2. Captación activa en las consultas de medicina y enfermería de pacientes fumadores o con otros factores de riesgo de desarrollar EPOC e indicación de espirometría.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 16/12/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#993

### 1. TÍTULO

#### DETECCION DE EPOC, EDUCACION, TRATAMIENTO Y MEJORA DE SU SEGUIMINETO TRAS PANDEMIA DE COVID-19

Responsable.: Médicos y Enfermeros del C.S. Valderrobres

3. Realización de espirometrías en pacientes fumadores o con otros factores de riesgo de desarrollar EPOC.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: Lidia Saura, Arturo Miravet y Eladio Roqueta

4. Citación al paciente en la consulta de su médico tras la espirometría.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: Administrativo

5. Consulta con médico de familia para información de resultado y valoración de la indicación de tratamiento.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: Médico

6. Convocar a los pacientes diagnosticados de EPOC a sesiones grupales de formación en inhaladores.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Médicos y Enfermeros del EAP

7. Eliminado

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: eliminado

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes fumadores que tienen realizada una espirometría.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes fumadores con espirometría realizada

Denominador .....: Total de fumadores

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

2. Mejoría de pruebas espirométricas realizadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: (Espiroemtrías después -Espiroemtrías antes)

Denominador .....: Espiroemtrías antes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agendas OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Prevalencia EPOC

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: (Prevalencia EPOC 2022 - Prevalencia EPOC 2019)

Denominador .....: Prevalencia EPOC 2019

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. eliminado

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: eliminado

Denominador .....: eliminado

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: eliminado

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#993

### 1. TÍTULO

#### DETECCION DE EPOC, EDUCACION, TRATAMIENTO Y MEJORA DE SU SEGUIMINETO TRAS PANDEMIA DE COVID-19

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1076

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1076 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
FERRER SOROLLA DANIEL

Título  
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Colaboradores/as:  
GRANERO LAZARO CARMEN  
PARDOS LOPEZ PABLO  
PINA LASMARIAS PATRICIA  
RUIZ TRAJID JESUS  
SALVADOR PINA JOSE MANUEL  
SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA  
SAURA MESTRE LIDIA

Ubicación principal del proyecto.: CS VALDERROBRES

Servicio/Unidad principal .....: EAP VALDERROBRES

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La diabetes mellitus (DM) es actualmente una enfermedad con una elevada prevalencia a nivel mundial. En el año 2017 se estimó que la padecía hasta un 8,4% de la población mundial. Debido al gran número de pacientes que padecen la enfermedad, a las complicaciones asociadas, a la reducción de la calidad de vida y su alta tasa de mortalidad, la diabetes genera un alto impacto socioeconómico.

El seguimiento en atención primaria de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tiene como objetivo reducir la morbimortalidad y evitar la pérdida de calidad de vida. Para ello, se actuará a través de la prevención de la aparición de las complicaciones micro- y macrovasculares asociadas a la diabetes, así como el control de los principales factores de riesgo y la intensificación de su tratamiento si fuese necesario. El manejo óptimo de la diabetes requiere un enfoque sistemático y organizado, llevado a cabo por equipos multidisciplinares preparados y proactivos, que proporcionen asistencia de calidad centrada en el paciente y fomentando su autocuidado.

Desde nuestra Zona Básica de salud hemos detectado un déficit de conocimientos y de cumplimiento en estos autocuidados (alimentación, actividad física y medicación), lo cual creemos que es en gran parte la causa de no conseguir un óptimo control en nuestros pacientes diabéticos. La educación grupal ha demostrado ser una herramienta fundamental para conseguir motivar y capacitar a pacientes y familiares en la gestión eficaz de la diabetes mellitus, por ello creemos que una actividad educativa grupal en diabetes, implicando a pacientes y familiares ayudará al autocuidado y control de los pacientes diabéticos. El servicio aragonés de salud ha diseñado una estrategia de educación grupal con materiales específicos que queremos comenzar a implementar.

#### ÁREAS DE MEJORA

Conocimientos en diabetes mellitus  
Autocuidado  
Control metabólico  
Calidad de vida pacientes diabéticos

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Déficit de conocimientos  
Déficit de autocuidado

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Incrementar los conocimientos de los pacientes diabéticos de nuestro centro de salud
- Mejorar el autocuidado y control de la enfermedad: alimentación, actividad física, cuidado del pie diabético y manejo de la medicación
- Mejorar el control metabólico (reducción HbA1c).
- Disminuir la incidencia de complicaciones.
- Mejorar la calidad de vida del paciente con diabetes mellitus 2
- Mejorar los indicadores en salud de los pacientes diabéticos en nuestra Zona Básica de Salud.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Revisión del documento Manual de educación terapéutica grupal para pacientes tipo 2 del Servicio Aragonés de Salud.

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 14/10/2022  
Responsable.: Todos los integrantes del equipo

2. - Revisión de los materiales de apoyo para la educación terapéutica grupal en pacientes tipo 2 del

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1076

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Servicio Aragonés de Salud

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 14/10/2022

Responsable.: Todos los integrantes del equipo

3. - Asistencia de un referente del centro a una actividad de educación grupal con el guión descrito en el manual

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 14/10/2022

Responsable.: Todos los integrantes del equipo

4. -Captar pacientes con mal control metabólico o que no tengan completo el plan personal de Diabetes en OMI-AP.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 28/10/2022

Responsable.: Medicina y enfermería del Centro de Salud

5. -Contactar con los pacientes para ofertar la actividad educativa grupal y se crear grupos lo más homogéneos posibles.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 28/10/2022

Responsable.: Medicina y enfermería del Centro de Salud

6. -Realizar 4 sesiones para cada grupo. La metodología será activa-participativa.

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: Todos los integrantes del equipo

7. -Evaluar conocimientos en diabetes con el Cuestionario ECODI (Escala de conocimientos sobre la Diabetes).

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: Los responsables de la primera y última sesión

8. -Revisar el plan personal de los diabéticos incluidos en el programa y cumplimentar el apartado "diabetes conocimientos".

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: Enfermeros del proyecto.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. -Porcentaje de pacientes captados entre los pacientes que se ha intentado captar

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes captados

Denominador .....: Pacientes contactados por cumplir criterios de inclusión

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos del proyecto.

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

2. -Porcentaje de los pacientes captados que acuden al menos al 75% de las sesiones.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes captados que acuden al menos al 75% de las sesiones

Denominador .....: Total de pacientes captados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Control de asistencia a las sesiones

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. - Cuestionario ECODI (Escala de conocimientos sobre la Diabetes) antes y después de la intervención

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: % de pacientes que contestan correctamente al 70% o más de las preguntas después

Denominador .....: % de pacientes que contestan correctamente al 70% o más de las preguntas antes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionarios realizados

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1076

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

4. - Mejora en el control metabólico

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: % de pacientes con HBA1C < 7 después de la intervención (7,5 en ancianos)

Denominador .....: % de pacientes con HBA1C < 7 antes de la intervención (7,5 en ancianos)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

5. Porcentaje de cupos de los que no se han recibido pacientes en los talleres.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de cupos de los que no se han recibido pacientes en los talleres.

Denominador .....: Total de cupos en el Centro de Salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de los pacientes captados

Est.Mín.1ª Mem ..: 14.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 28.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 14.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 28.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1029

### 1. TÍTULO

#### INTEGRACION EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS POR EMPRESAS EXTERNAS AL SALUD

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1029 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ VILLANUEVA M. DEL MAR

Título  
INTEGRACION EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS POR EMPRESAS EXTERNAS AL SALUD

Colaboradores/as:  
BELTRAN GIL M. PILAR  
LOREN FERRE INMACULADA  
PONZ ESPALLARGAS M. ROSARIO  
SABATER OLLES MARTA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: ADMISION

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La cartera de Servicios del Hospital de Alcañiz, NO cuenta en la actualidad, con pruebas diagnósticas como la Resonancia magnética, electromiografía, electroneurografía, logopedia... Esta situación, hace necesaria la existencia de conciertos con Clínicas y empresas privadas, para su realización.

En estos momentos, sólo dos conciertos existentes (Rm Granada y Gamma Scan), pueden integrar los resultados de las pruebas derivadas a sus Centros, dentro de la Historia Clínica electrónica. Quedando sin integrar las derivaciones a PARACELSO, MONTEPELIER, CEMEDI, QUIRON, NFC y sueño. Estos resultados constan de informes y/o imágenes que el Hospital recibe en formato papel y/o CD.

En el protocolo actual, en el Servicio de Admisión se controlan las citas y entregas de resultados de las derivaciones, registrando en el programa HIS la fecha en la que el paciente es citado en la clínica y la fecha en la que se reciben los resultados. También se anota otra información aportada por las Clínicas como: Claustrofobia, obesidad, no acude a la cita, no localizable, el paciente rehúsa hacerse la prueba... Una vez registrados, se entregan los resultados al Servicio Solicitante, en el caso que sea una Consulta Externa del Hospital/Control de planta si el paciente está ingresado. En el caso que sea Atención Primaria, se procede a enviar una copia del informe, al médico solicitante del Centro de Salud; y si es el Hospital Miguel Servet quien solicita la prueba, se entrega una copia del informe al paciente, quedando en los dos últimos casos, el original en la carpeta de la historia del hospital. En conclusión no quedan guardados los informes e imágenes en la Historia Clínica Electrónica.

Las consecuencias son:

- Pérdidas de resultados. Tanto informes como CD. Tenemos que pedir duplicados a las clínicas.
- Archivo de resultados en las carpetas del Servicio Solicitante por lo que la información NO puede ser compartida con otras especialidades, Atención Primaria, otros Centros sanitarios de la red de Aragón, por lo que puede ocasionar la duplicidad de pruebas.
- Viajes innecesarios del paciente ya que tiene que llevar en mano informes, CD.
- Pérdida de calidad. Cuando las pruebas son solicitadas desde Atención Primaria ó desde el Hospital Miguel Servet, se entrega el informe, pero no las imágenes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Continuidad Asistencial.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Proveedores externos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

QUE LOS INFORMES E IMÁGENES DE LAS PRUEBAS DERIVADAS DESDE EL HOSPITAL, Y REALIZADAS POR CLÍNICAS Y EMPRESAS EXTERNAS, SE GUARDEN EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y ESTÉN DISPONIBLES PARA TODOS LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE LA RED DE SALUD DE ARAGÓN.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1.- Este año que viene, el Servicio de Documentación Clínica y Archivos se ha propuesto el objetivo de integrar los informes e imágenes de las pruebas realizadas a los pacientes en los Centros Privados

Fecha inicio: 24/01/2022

Fecha final: 01/02/2023

Responsable: DRA. M.MAR PEREZ VILLANUEVA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1029

### 1. TÍTULO

#### INTEGRACION EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS POR EMPRESAS EXTERNAS AL SALUD

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

INICIAMOS CON LA DIGITALIZACIÓN DE PRUEBAS EXTERNAS RECIENTES, CON EL PROPOSITO DE PODER CONTINUAR ESTA ACTIVIDAD, INTEGRANDO LAS REALIZADAS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DEL PROYECTO. ASI COMO OTROS DOCUMENTOS DEL HISTORIAL DEL PACIENTE.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. PORCENTAJE PRUEBAS REALIZADAS POR PROVEEDORES EXTERNOS QUE ESTÁN COLGADOS EN HCE.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... : N° de pruebas realizadas por proveedores externos que están colgadas en HCE

Denominador ..... : N° de pruebas realizadas por proveedores externos

X 100

x(1-100-1000) ... : 100

Fuentes de datos.: Registro propio e HCE

Est.Mín.1ª Mem .. : 80.00

Est.Máx.1ª Mem .. : 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. : 80.00

Est.Máx.2ª Mem .. : 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1086

### 1. TÍTULO

#### INCORPORACION DEL BIOMARCADOR PREDICTIVO PD-L1 EN CANCER DE PULMON DE CELULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) Y POSTERIORMENTE OTROS, EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1086 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALMANZAR COMAS HELEN PATRICIA

Título  
INCORPORACION DEL BIOMARCADOR PREDICTIVO PD-L1 EN CANCER DE PULMON DE CELULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) Y POSTERIORMENTE OTROS, EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
CAY DIARTE ALFONSO

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: ANATOMÍA PATOLÓGICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El cáncer de pulmón (microcítico y no microcítico) es la principal causa de muerte en el mundo, con 1,6 millones de muertes anuales (WHO 2017), y representando el 25% de casi todas las muertes al año por cáncer entre hombres y mujeres. De estos, el 84% son de tipo no microcítico (NSCLC) (American Cancer Society). En la lucha por ofrecer un adecuado tratamiento inmunoterápico a los pacientes con Cancer de pulmon no microcítico, el PD-1 y su ligando DP-L1 juegan un papel muy importante como vía de escape del sistema inmune y en la formación del microambiente tumoral, estrechamente relacionado con el desarrollo del tumor. Observándose, que el bloqueo de esta vía puede revertir el microambiente tumoral y aumentar la respuesta inmune endógena antitumoral. Es por ello que se han desarrollado tratamientos específicos y dirigidos contra este marcador, para el cual es imprescindible su detección en tejidos tumorales, tras el análisis anatomopatológico por medio de varios estudios, de los cuales uno de ellos, es la determinación por inmunohistoquímica (IHQ) del mismo. El servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Alcañiz, se compromete a implementar la determinación e interpretación vía inmunohistoquímica del biomarcador PDL1 como proyecto de mejora para el periodo 2022.

#### ÁREAS DE MEJORA

El servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Alcañiz, se compromete a implementar la determinación e interpretación vía inmunohistoquímica del biomarcador PDL1 como proyecto de mejora para el periodo 2022.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En la lucha por ofrecer un adecuado tratamiento inmunoterápico a los pacientes con Cancer de pulmon no microcítico, el PD-1 y su ligando DP-L1 juegan un papel muy importante como vía de escape del sistema inmune y en la formación del microambiente tumoral, estrechamente relacionado con el desarrollo del tumor. Observándose, que el bloqueo de esta vía puede revertir el microambiente tumoral y aumentar la respuesta inmune endógena antitumoral. Es por ello que se han desarrollado tratamientos específicos y dirigidos contra este marcador, para el cual es imprescindible su detección en tejidos tumorales, tras el análisis anatomopatológico por medio de varios estudios, de los cuales uno de ellos, es la determinación por inmunohistoquímica (IHQ) del mismo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Obtener el perfil de positividad de PDL1 del tumor en los pacientes que lo requieran
- Mejorar la atención del paciente oncológico al reducir el tiempo de espera para el inicio de inmunoterapia y posterior valoración de la respuesta tumoral.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Implementar la determinación e interpretación vía inmunohistoquímica del biomarcador PDL1

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Helen Almanzar Comas, Alfonso Cay y Sara Simon

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes con CPCNP en los que se ha obtenido el perfil de positividad.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes con CPCNP en los que se ha obtenido el perfil de positividad

Denominador .....: Nº de pacientes con CPCNP



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1086

### 1. TÍTULO

#### INCORPORACION DEL BIOMARCADOR PREDICTIVO PD-L1 EN CANCER DE PULMON DE CELULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) Y POSTERIORMENTE OTROS, EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLOGICA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listados específicos y base de datos de AP (Pat-win)

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de pacientes con CPCNP con PDL1 + que tardan menos de 3 semanas en recibir inmunoterapia

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de pacientes con CPCNP con PDL1 + que tardan menos de 3 semanas en recibir inmunoterapia

Denominador .....: N° de pacientes con CPCNP con PDL1 +

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listados específicos y base de datos de AP (Pat-win)

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#65

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UNA TARJETA DE VÍA AEREA DIFÍCIL INDIVIDUALIZADA PARA IDENTIFICAR A LOS PACIENTES CON DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LA MISMA

Fecha de entrada: 08/06/2022

Nº de registro: 2022#65 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MONTON MILLAN ELISA

Título  
CREACION DE UNA TARJETA DE VÍA AEREA DIFÍCIL INDIVIDUALIZADA PARA IDENTIFICAR A LOS PACIENTES CON DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LA MISMA

Colaboradores/as:  
ALVAREZ DIEZ MARCOS  
CALDERON AGUIRRE PATRICIA EDITH  
ECED MARTINEZ ANA PILAR  
FORCADA VIDAL PILAR  
IZUZQUIZA ESCARTIN LYDIA  
PALACIOS MUÑOZ CLAUDIA  
PEREZ MORENTE MARIA DEL MAR

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una vía aérea difícil es una rasgo anatómico de determinados pacientes que incrementa la posibilidad de sufrir un evento adverso catastrófico durante el proceso anestésico. La identificación de dichos pacientes se realiza mediante la valoración de predictores de riesgo, pasando varios tests en la consulta de preanestesia y sobretodo determinando qué pacientes han tenido un diagnóstico previo de vía aérea difícil por un profesional con experiencia en el manejo de la misma.

#### ÁREAS DE MEJORA

Aunque actualmente se realiza una valoración de los predictores de riesgo de vía aérea difícil, no existe un registro clínico específico en la historia clínica electrónica (siendo una identificación previa el predictor más específico). Es especialmente importante en situaciones como las intervenciones quirúrgicas de urgencia donde no se acude a la consulta de preanestesia.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No existe registro específico de vía aérea difícil en la historia clínica electrónica. Habitualmente el paciente no es consciente de la importancia de su antecedente de vía aérea difícil, por lo que es frecuente que no lo comuniquen al anestesista y vuelva a aparecer una nueva situación de dificultad en el manejo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir el riesgo de que ocurra un evento relacionado con una vía aérea difícil en los pacientes que se intervienen en el hospital de Alcañiz (o posteriormente en cualquier otra localización) mediante su correcta identificación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Registro en la historia clínica electrónica de los pacientes con criterios de vía aérea difícil.

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: FEAs anestesiología del HC de Alcañiz

2. Entrega de una tarjeta física de paciente con vía aérea difícil, donde se especifica la obligación de presentarla en caso de precisar intervención quirúrgica. Se precisará con qué método se solventó.

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: FEAs anestesiología del HC de Alcañiz

3. Creación de un registro específico de vía aérea difícil.

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: FEAs anestesiología del HC de Alcañiz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#65

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UNA TARJETA DE VÍA AEREA DIFÍCIL INDIVIDUALIZADA PARA IDENTIFICAR A LOS PACIENTES CON DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LA MISMA

1. Número de pacientes con registro de vía aérea difícil en HCE\*100/Número de pacientes con VAD

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes con registro de vía aérea difícil en HCE\*100

Denominador .....: Número de pacientes con registro de vía aérea difícil en HCE

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Evaluación específica por grupo de trabajo

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Número de prioridad de riesgo (antes-después)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Gravedad\*Probabilidad de ocurrencia\* Probabilidad de detección

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Evaluación específica por grupo de trabajo

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todo aquel paciente que requiera intubación de forma programada o urgente.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#68

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE MEJORAS EN EL PROCEDIMIENTO DE ASISTENCIA A LA INTUBACION FUERA DE QUIROFANO

Fecha de entrada: 09/06/2022

Nº de registro: 2022#68 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ MORENTE MARIA DEL MAR

Título  
IMPLEMENTACION DE MEJORAS EN EL PROCEDIMIENTO DE ASISTENCIA A LA INTUBACION FUERA DE QUIROFANO

Colaboradores/as:  
ALVAREZ DIEZ MARCOS  
CALDERON AGUIRRE PATRICIA EDITH  
FORCADA VIDAL PILAR  
IZUZQUIZA ESCARTIN LYDIA  
MONTON MILLAN ELISA  
PALACIOS MUÑOZ CLAUDIA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La intubación fuera de quirófano sucede esporádicamente en las plantas de hospitalización o en urgencias en pacientes en situación de gravedad clínica que no pueden ser trasladados a quirófano. Habitualmente, el personal de quirófano se traslada al punto del hospital donde se encuentra el paciente. Sin embargo, no es infrecuente encontrarnos con personal con falta de habilidades a la hora de asistir en el proceso. Con la llegada de la pandemia ha aumentado la demanda de intubación fuera de quirófano. Algunas supervisoras de planta han manifestado que el personal de enfermería a su cargo se siente inseguro respecto a cómo ayudar correctamente en el proceso.

#### ÁREAS DE MEJORA

el personal de enfermería manifiesta que se siente inseguro cuando se presentan estas situaciones. A veces no se identifican fármacos o componentes del carro que solicitan los anestesiistas (a pesar de que están en el carro). En el contexto de pandemia, el hecho de vestir EPIS dificulta todavía más la comunicación durante la secuencia de intubación. Se producen retrasos en la atención al paciente crítico.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El carro de paradas es revisado siempre por las mismas personas, por lo que hay personal que desconoce su distribución. Falta de formación específica al personal de planta respecto a este proceso. situación infrecuente que requiere recordatorios periódicos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir la sensación de inseguridad del personal de enfermería de los servicios de planta.  
Aumentar los conocimientos básicos respecto al proceso de intubación en el personal de enfermería.  
Reducir las incidencias registradas por los anestesiistas durante el procedimiento de intubación fuera de quirófano.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación al personal de planta mediante cursos específicos.

Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: FEAs anestesiología del HC de Alcañiz

2. Elaboración de un póster esquemático con el material y los fármacos que deben estar preparados en caso de intubación en planta.

Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: FEAs anestesiología del HC de Alcañiz

3. Revisión mensual de los carros de parada de forma rotatoria por el personal de enfermería, evitando que sean siempre los mismos los que la realicen.

Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: FEAs anestesiología del HC de Alcañiz

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#68

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE MEJORAS EN EL PROCEDIMIENTO DE ASISTENCIA A LA INTUBACION FUERA DE QUIROFANO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Encuesta de satisfacción a enfermería (antes-después)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de enfermeras sel servicio X que se declaran más seguras tras la formación \* 100

Denominador .....: Número de enfermeras sel servicio X

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Personal de enfermería y anestesiología

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Test de conocimientos antes y después de la formación.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de enfermeras del servicio X que puntúan más de 5\*100

Denominador .....: Número de enfermeras sel servicio X

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Personal de enfermería y anestesiología

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Satisfacción de los anestesistas con la ejecución del proceso.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de anestesistas que se declaran satisfechos o muy satisfechos con la implantación del procedimiento \* 100

Denominador .....: Número de anestesistas del servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Personal de enfermería y anestesiología

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#132

### 1. TÍTULO

#### INTRODUCCION DEL CALCULO DE ÍNDICES DE FIBROSIS PARA LA DETECCION TEMPRANA Y VALORACION DE LA ENFERMEDAD HEPATICA GRASA ASOCIADA A DISFUNCION METABOLICA (MAFLD) DESDE EL LABORATORIO CLÍNICO

Fecha de entrada: 15/06/2022

Nº de registro: 2022#132 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SOLE LLOP MARIA ESTHER

Título  
INTRODUCCION DEL CALCULO DE ÍNDICES DE FIBROSIS PARA LA DETECCION TEMPRANA Y VALORACION DE LA ENFERMEDAD HEPATICA GRASA ASOCIADA A DISFUNCION METABOLICA (MAFLD) DESDE EL LABORATORIO CLÍNICO

Colaboradores/as:  
CASANOVA ORTIZ LAURA  
LACARTA GARCIA PEDRO  
PRIETO LOPEZ CARLOS DAMIAN  
SOLANO SANCHEZ MARINA LUISA  
ZAKARIYA-YOUSEF BREVAL FATIMA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: BIOQUÍMICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La enfermedad del hígado graso asociada a disfunción metabólica (MAFLD), anteriormente denominada Enfermedad del hígado graso no alcohólica (EHGNA), es la primera causa de hepatopatía crónica en los países occidentales. Aunque solamente una pequeña parte de personas con NAFLD (5%) desarrollarán enfermedad hepática clínicamente significativa.

El diagnóstico de MAFLD se basa en hallazgo (ya sea por biopsia, técnicas de imagen o marcadores séricos) de acumulos de grasa hepática (esteatosis) junto con uno de los siguientes criterios: Sobrepeso (u obesidad), Diabetes mellitus tipo 2 y/o evidencia de disfunción metabólica.

La MAFLD es una enfermedad de progresión lenta y su principal predictor evolutivo y de mortalidad es la presencia de fibrosis hepática, ya que ésta determina el riesgo de cirrosis, descompensación hepática y/o hepatocarcinoma.

Desde Atención primaria (AP) se derivan a Atención especializada la mayoría de pacientes con riesgo de desarrollar fibrosis hepática grave. Los aspectos clínicos son pobres discriminantes de la fibrosis, que se va desarrollando de forma silente, por lo que existe una elevada derivación de pacientes a los especialistas, ya que en AP no existen técnicas adecuadas para evaluar el grado de fibrosis. Muchos enfermos en primeros estadios que, con una intervención preventiva en cambios de estilo de vida, sería efectiva desde AP, se derivan al especialista. De la misma forma, pacientes con fibrosis avanzada o cirrosis, permanecen indetectados hasta que ya presentan complicaciones derivadas de su enfermedad, incluyendo el hepatocarcinoma.

Las últimas guías sobre prevención y tratamiento de esta patología recomiendan la detección sistemática de MAFLD en poblaciones de riesgo. La biopsia hepática no es conveniente para realizar cribados ni para seguimiento y evaluación de los ya diagnosticados. Otras técnicas no invasivas: cuantificación de marcadores séricos, imagen y elastografía hepática (Fibroscan®) permiten la evaluación cuantitativa y cualitativa de la grasa y fibrosis hepática. La combinación de Elastografía y marcadores séricos proporciona los mejores resultados.

En la Guía de práctica clínica de la EASL-EASD-EASO indica que los marcadores deben tener como objetivo, en el ámbito de la AP, identificar el riesgo de MAFLD en los individuos con un riesgo metabólico elevado y en el ámbito de la asistencia especializada, identificar a los individuos con un peor pronóstico, así como vigilar la progresión de la enfermedad y predecir la respuesta a las intervenciones terapéuticas. Si se alcanzan estos objetivos se podría reducir la necesidad de realizar biopsias hepáticas.

Los marcadores séricos (de inflamación, daño hepático...) por si solos no poseen suficiente sensibilidad o especificidad diagnóstica para detectar y evaluar esteatosis y/o fibrosis, sin embargo, su uso integrado en forma de índices de puntuación con otros datos clínicos y analíticos si se ha demostrado útil en la práctica clínica. La utilidad de estos índices en AP, donde la Elastografía no está disponible, se presenta como una herramienta sencilla, de bajo coste y alta disponibilidad.

En los laboratorios del Salud, se han comenzado a implementar, dos marcadores de fibrosis, con alto VPN que pueden ayudar a realizar un cribado de primera línea: el FIB-4 (Fibrosis-4) que se calcula mediante la determinación de plaquetas, AST, ALT y edad y el APRI (AST to Platelet ratio index) que se calcula con los datos de AST y plaquetas. Para estos índices se sugieren unos puntos de corte con los que estratificar pacientes a los que se deban realizar otras técnicas de imagen o invasivas que aseguren una evaluación hepática más precisa.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disponibilidad limitada de Elastografía hepática como Fibroscan® en Atención Especializada  
No disponibilidad de Elastografía hepática en Atención Primaria

#### ANALISIS DE CAUSAS

Una compañía privada proporciona un Fibroscan® una vez al mes al hospital  
Los centros de salud no disponen de Fibroscan®

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#132

### 1. TÍTULO

#### INTRODUCCION DEL CALCULO DE ÍNDICES DE FIBROSIS PARA LA DETECCION TEMPRANA Y VALORACION DE LA ENFERMEDAD HEPATICA GRASA ASOCIADA A DISFUNCION METABOLICA (MAFLD) DESDE EL LABORATORIO CLÍNICO

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Implementar por parte del laboratorio, dos índices de fibrosis sencillos de calcular, que se informen a los pacientes que acuden a consulta de Digestivo y de medicina interna del Sector de Alcañiz con el fin de facilitar una herramienta útil para la detección sistemática o seguimiento de MAFLD. Los pacientes detectados de esta forma, serán derivados a Digestivo para ulteriores pruebas. Al mismo tiempo se evitará la derivación por sospecha de MAFLD de pacientes que no lo precisen. Por otra parte, se facilitará el cálculo a los FEAs de Digestivo. Una vez establecidos los índices, se implementarán también en AP

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de las fórmulas en el SIL del laboratorio (Modulab) (FIB4 Werfen)

Fecha inicio: 15/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Esther Solé

2. Creación de reglas necesarias en el SIL con la colaboración del servicio de informática

Fecha inicio: 15/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Esther Solé

3. Envío de nota informativa a los servicios de Medicina interna y Digestivo

Fecha inicio: 15/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Esther Solé

4. Análisis estadístico de los índices FIB4 y APRI (Cálculo de Indicadores)

Fecha inicio: 09/01/2023  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: Esther Solé

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

No aplica

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de índices realizados en Medicina Interna (MI)

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de índices realizados MI  
Denominador .....: TOTAL solicitudes de MI  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Modulab  
(Sistema Informático del Laboratorio)

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de índices realizados en Digestivo

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nº de índices realizados Digestivo  
Denominador .....: TOTAL solicitudes de Digestivo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Modulab  
(Sistema Informático del Laboratorio)

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de índices patológicos MI

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nº de índices patológicos (=F3) MI  
Denominador .....: TOTAL Índices realizados MI  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Modulab

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#132

### 1. TÍTULO

#### INTRODUCCION DEL CALCULO DE ÍNDICES DE FIBROSIS PARA LA DETECCION TEMPRANA Y VALORACION DE LA ENFERMEDAD HEPATICA GRASA ASOCIADA A DISFUNCION METABOLICA (MAFLD) DESDE EL LABORATORIO CLÍNICO

(Sistema Informático del Laboratorio)

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

4. % de índices patológicos Digestivo  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de índices patológicos (=F3) Digestivo  
Denominador .....: TOTAL Índices realizados Digestivo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Modulab  
(Sistema Informático del Laboratorio)

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

5. % Derivaciones a Digestivo desde MI por índice positivo  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de derivaciones a Digestivo  
Denominador .....: N° de índices patológicos (=F3) MI  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Modulab  
(Sistema Informático del Laboratorio)  
e HC-e  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
No aplica

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#260

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL CIRCUITO DE PRUEBAS DE INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS DESDE EL LABORATORIO CLÍNICO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#260 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
PRIETO LOPEZ CARLOS DAMIAN

Título  
IMPLEMENTACION DEL CIRCUITO DE PRUEBAS DE INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS DESDE EL LABORATORIO CLÍNICO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
ABAS VALLS CRISTINA  
CORTES CALLAO M. JOSE  
ESCORIHUELA PIQUER SARA  
MADINAVEITIA OCHOA ANDRES  
SOLE LLOP MARIA ESTHER  
TRALLERO GASCON M. NIEVES

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: BIOQUÍMICA

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La malabsorción intestinal es un trastorno gastrointestinal derivado de la imposibilidad de absorber una parte de los nutrientes ingeridos. Los síntomas más comunes son diarrea crónica, estreñimiento, flatulencias, elevada pérdida de peso y discretas alteraciones bioquímicas o hematológicas. Estas intolerancias se pueden producir por una inadecuada digestión de los alimentos que se produce, entre otros factores, por una producción insuficiente de enzimas digestivas, como en las intolerancias a la lactosa (déficit de lactasa) o fructosa (carencia de enzimas necesarias para descomponer la fructosa) o también se debe a que algunos nutrientes no son absorbidos por el intestino y son metabolizados por las bacterias intestinales provocando un sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SIBO) en el intestino delgado.

Desde un punto de vista práctico, el objetivo final es encontrar o descartar la enfermedad o condición que causa malabsorción más que probar la presencia de malabsorción per se. En los casos graves, la diarrea y la pérdida de peso son señales típicas. Sin embargo, en casos más benignos con clínica más inespecífica, el médico ha de revisar cuidadosamente la historia clínica y los antecedentes personales del paciente. Por otro lado, los síntomas producidos en ambos casos mimetizan con los de otras enteropatías como la celiaquía, enfermedad de whipple, giardiasis, helicobacter pilori o esprue inclasificables, entre otros. Por ello se precisa de realizar pruebas específicas para ir realizando el diagnóstico diferencial y poner tratamiento a la mayor celeridad posible.

Los test de aliento y medición de H<sub>2</sub>/CH<sub>4</sub> tienen como objetivo detectar la intolerancia a Azúcares (Lactosa, Fructosa, etc) presentes en la dieta habitual, alimentos frescos, envasados o en los excipientes presentes en medicamentos. Se trata de pruebas sencillas que sirven de screening para averiguar si la intolerancia a azúcares o el SIBO es el origen de molestias gástricas o intestinales.

Desde Atención primaria se derivan a Atención especializada la mayoría de pacientes con sospecha de malabsorción intestinal. En los pacientes a los que se les solicitan las pruebas de intolerancia, se les realiza la toma de muestra en los laboratorios de los hospitales periféricos y estas muestras son enviadas para su análisis al hospital de referencia de Aragón (Hospital Clínico Universitario).

Aunque esta prestación ya se encuentra en cartera de servicios del Salud y hasta hace casi un año se hacían los test de intolerancia a la lactosa en el hospital Clínico Universitario de Zaragoza, los problemas técnicos que han acarreado desde entonces en dicho Hospital, han dilatado en el tiempo de la realización de dichas pruebas y han generado una importante demora. Por tanto, se considera necesario la habilitación de un nuevo circuito que evite la demora de la realización de dichas pruebas y acelere el diagnóstico diferencial en pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Retraso en realización de las pruebas de intolerancias a la fructosa, lactosa, sorbitol y lactitol.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El hospital de referencia no puede hacerse cargo de la realización de estas pruebas al menos a nivel periférico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Implementar por parte del laboratorio, las pruebas de intolerancias a la fructosa, lactosa, sorbitol y lactitol de los pacientes que acudan a la consulta de digestivo derivados de atención primaria con sospecha diagnóstica de malabsorción intestinal o sobrecrecimiento bacteriano acelerando de esta forma el diagnóstico o la exclusión de estas patologías digestivas.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#260

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL CIRCUITO DE PRUEBAS DE INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS DESDE EL LABORATORIO CLÍNICO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Puesta en contacto con laboratorio externo Cerba internacional (Barcelona) para consulta del catálogo de precios por prueba y solicitud de material para toma de muestras

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 01/06/2022

Responsable.: Carlos Prieto

2. Notificación a cartera de servicios y a gestión de la modificación en la prestación

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final.: 06/06/2022

Responsable.: Carlos Prieto

3. Envío de nota informativa al servicio de Digestivo.

Fecha inicio: 13/06/2022

Fecha final.: 13/06/2022

Responsable.: Carlos Prieto

4. Notificación de instrucciones a secretaría. Selección de días para las citaciones y cribado de peticiones no procedentes del servicio de digestivo.

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 20/06/2022

Responsable.: Carlos Prieto

5. Notificación de instrucciones a auxiliares de Enfermería de extracciones. Explicación del procedimiento de toma de muestra y las condiciones preanalíticas que ha de cumplir el paciente.

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 20/06/2022

Responsable.: Carlos Prieto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se considera un proyecto temporal mientras no se pueda habilitar el circuito normal para así aliviar la presión hospitalaria en el ámbito de estas pruebas.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de solicitudes de test de intolerancias por parte de digestivo tramitadas por bioquímica

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de solicitudes realizadas por Digestivo que son tramitadas por bioquímica

Denominador .....: TOTAL solicitudes de Digestivo x 100

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Modulab

(Sistema Informático del Laboratorio)

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de diagnósticos diferencial logrados respecto al total de solicitudes realizadas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de resultados positivos para test de intolerancia a la lactosa, fructosa, sorbitol y lactitol

Denominador .....: TOTAL solicitudes realizados x 100

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Modulab

(Sistema Informático del Laboratorio)

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

1-Se rechazarán aquellas peticiones cuyos pacientes indiquen que no han cumplido las condiciones preanalíticas requeridas.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#260

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL CIRCUITO DE PRUEBAS DE INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS DESDE EL LABORATORIO CLÍNICO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#332

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SOLICITUD DE PETICION ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS: CONFIGURACION DE PANELES ESPECÍFICOS DE PRUEBAS

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#332 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ZAKARIYA-YOUSEF BREVAL FATIMA

Título  
MEJORA DE LA SOLICITUD DE PETICION ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS: CONFIGURACION DE PANELES ESPECÍFICOS DE PRUEBAS

Colaboradores/as:  
LACUEVA PORTOLES PILAR ASUNCION  
MADINAVEITIA OCHOA ANDRES  
MARTIN LORENTE ANGEL  
NUÑEZ ALMOLDA LAURA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCANIZ

Servicio/Unidad principal .....: BIOQUÍMICA

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El papel de las aplicaciones informáticas en la toma de decisiones, así como en el control y adecuación de la demanda, está considerado como una de las herramientas más potentes de las que disponen los laboratorios clínicos. El uso de los volantes grafitados conlleva una serie de problemas e incidencias tanto a nivel preanalítico como analítico que se pueden solventar con la petición electrónica. El uso de la petición electrónica desde la historia clínica electrónica (HCE) es una herramienta estratégica que permite la mejora de la calidad preanalítica garantizando la trazabilidad de todo el proceso, así como la seguridad del paciente, siendo la creación de paneles de solicitud específicos para cada servicio una ventaja añadida para dicho proceso.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar el proceso de petición electrónica por parte del personal facultativo de nuestro hospital con la elaboración de paneles de pruebas propios para cada servicio, como herramienta para facilitar la creación de la solicitud.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Reticencia en la utilización de la petición electrónica por parte de los facultativos peticionarios al no estar familiarizados con la búsqueda de las pruebas que no aparecen en el panel general.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La creación de paneles de solicitud adaptados a los requerimientos de cada servicio peticionario facilitará la implementación y uso de la petición electrónica, así como una serie de ventajas añadidas como es la aparición en los resguardos de solicitud de los contenedores específicos de muestras a recoger evitando errores y duplicidades. Mejorar la percepción sobre la utilidad de la petición electrónica de los facultativos peticionarios de nuestro hospital.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Envío de nota informativa a todos los servicios peticionarios

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Fátima Zakariya

2. Implementación de petición electrónica en hospitalizados y CCEE

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Fátima Zakariya

3. Creación de paneles específicos por servicio: Oncología, neurología, Ginecología, Paritorio, Obstetricia, Rehabilitación, Urología, Digestivo, Psiquiatría, Preventiva y pediatría

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Fátima Zakariya

4. Creación de paneles específicos de otros servicios: hematología, medicina Interna, Neumología, Reumatología...

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Fátima Zakariya

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#332

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SOLICITUD DE PETICION ELECTRONICA EN LOS SERVICIOS: CONFIGURACION DE PANELES ESPECÍFICOS DE PRUEBAS

5. Envío del panel confeccionado al servicio de informática para su inclusión en SIL y acceso a todos los FEA del servicio

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Fátima Zakariya / Pilar Lacueva

6. Elaboración Encuestas de satisfacción médicos peticionarios

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Fátima Zakariya

7. Análisis de incidencia

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.:

Responsable.: Fátima Zakariya

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

No aplica

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de paneles creados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de paneles elaborados

Denominador .....: N° servicios totales del hospital

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Información del Hospital

Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Grado de satisfacción

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Grado de satisfacción > 8

Denominador .....: N° total encuestas contestadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

No aplica

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Aplicado a todos los servicios del Hospital Alcañiz

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#92

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA GUÍA RAPIDA PARA EL MANEJO DE MEDICACION DE USO MENOS FRECUENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 12/06/2022

Nº de registro: 2022#92 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GIMENEZ GIMENO CRISTINA

Título  
ELABORACION DE UNA GUÍA RAPIDA PARA EL MANEJO DE MEDICACION DE USO MENOS FRECUENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Colaboradores/as:  
ARRUFAT ANDREU M. TERESA  
CONESA IZQUIERDO ANA BELEN  
ECED MARTINEZ ANA PILAR  
MAJUL MOLINER EVA  
MAMPEL ROYO MARIA NIEVES  
SANZ ARMUNIA MANUEL

Ubicación principal del proyecto.: H ALCANIZ

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el Bloque Quirúrgico tenemos una gran cantidad de fármacos que no se utilizan de forma habitual. Sin embargo, cuando se necesitan suele ser en situaciones de urgencia, lo que puede generar estrés e inseguridad en el personal a la hora de prepararlos y administrarlos adecuadamente. Asimismo, teniendo en cuenta el importante volumen de profesionales de enfermería que desarrolla su actividad en Quirófano y en la Sala de Despertar, tanto de forma habitual como eventual (corretornos, sustituciones, etc.), se crea la necesidad de disponer de una guía de consulta fácil para el manejo de este tipo de medicación. Consideramos que sería un documento de gran utilidad en la práctica dentro de nuestra unidad, facilitando la rapidez de actuación y ayudando a evitar errores.

#### ÁREAS DE MEJORA

No disponemos de ningún manual de consulta rápida para este tipo de fármacos en nuestro servicio.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Nos faltan conocimientos sobre la medicación que no manejamos de forma habitual.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- El objetivo principal es que todo profesional sanitario que desarrolle su actividad dentro del bloque quirúrgico tenga acceso de forma rápida y eficaz a esta guía de consulta.
- Adquirir conocimientos sobre el manejo de este tipo de medicación para facilitar el trabajo del personal de enfermería.
- Usar la guía como documento de base, pero de forma dinámica para poder actualizarla, modificarla o ampliarla según las necesidades que vayan detectándose con su uso.
- Garantizar la seguridad de los pacientes quirúrgicos.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de un listado por orden alfabético de la medicación de uso menos frecuente que tenemos en el bloque quirúrgico.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Cristina Giménez y M<sup>a</sup>Teresa Arrufat.

2. Revisión de documentación.

Descripción de las indicaciones de los fármacos y sus formas de administración del modo más sencillo y conciso posible.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Todo el equipo de mejora.

3. Elaboración y diseño de una guía rápida accesible a todo el personal del bloque quirúrgico.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Ana Eced y Equipo de mejora.

4. Difusión del proyecto a los profesionales implicados y preparación de una sesión clínica para dar a conocer la guía como método de consulta.

Fecha inicio: 01/01/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#92

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA GUÍA RAPIDA PARA EL MANEJO DE MEDICACION DE USO MENOS FRECUENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Equipo de mejora, M<sup>a</sup>Teresa Arrufat y Cristina Giménez.

5. Puesta en marcha de la Guía.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Todo el equipo de mejora.

6. Evaluación de conocimientos tras la sesión mediante un test de 5 escenarios clínicos que podrían ocurrir dentro del bloque quirúrgico.

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 15/06/2023

Responsable.: Belén Conesa y Manuel Sanz.

7. Monitorización de resultados para valorar el uso y utilidad de esta guía, así como el grado de satisfacción del personal.

Fecha inicio: 16/06/2023

Fecha final.: 16/07/2023

Responsable.: Nieves Mampel y Eva Majul.

8. Evaluación y Memoria final.

Fecha inicio: 17/07/2023

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Cristina Giménez y Equipo de mejora.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Este proyecto tendrá una duración de un año aproximadamente.

Se realizarán reuniones periódicas del equipo de mejora para repartir tareas y puesta en común del trabajo realizado.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de personal de enfermería que trabaja en el bloque quirúrgico que conoce y usa esta guía.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales de enfermería que trabaja en el bloque quirúrgico que conoce y usa la guía.

Denominador .....: Número total de profesionales de enfermería que trabaja en el bloque quirúrgico.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % asistentes a la sesión clínica.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de asistentes a la sesión.

Denominador .....: Número total de profesionales convocados a la sesión.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro específico.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % profesionales asistentes que responden correctamente al 80% de las preguntas tras la sesión.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de asistentes que contestan correctamente al 80% o más de las preguntas del test.

Denominador .....: Número total de asistentes a la sesión.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro específico.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se realizarán encuestas y test de conocimientos para conocer la utilidad y pertinencia que ha tenido esta guía, así como la necesidad de posibles cambios para optimizarla.

Nuestro objetivo en cuanto a estos indicadores, sería alcanzar el 100% de difusión de la guía y comprobar que

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#92

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA GUÍA RAPIDA PARA EL MANEJO DE MEDICACION DE USO MENOS FRECUENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO

el personal la siente como útil y necesaria.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes quirúrgicos.

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#925

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO (UROLOGÍA, TRAUMATOLOGÍA Y OTORRINOLARINGOLOGÍA)

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#925 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA CABANERO MARIA JOSE

Título  
ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO (UROLOGÍA, TRAUMATOLOGÍA Y OTORRINOLARINGOLOGÍA)

Colaboradores/as:  
ALTABA SANZ BEATRIZ  
BEGUERIA PALACIOS ISABEL  
FRAGA MILIAN M. CRUZ  
TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA  
ZAPATER CASTAÑER MARIA VICTORIA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCANIZ

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El bloque quirúrgico de este hospital, es un servicio que recibe constantemente personal de nueva incorporación que carece de experiencia en dicha actividad. Se ha detectado, al ser un servicio multidisciplinar, la necesidad de protocolizar y estandarizar cada intervención quirúrgica, según las especialidades. La existencia de protocolos de las distintas intervenciones quirúrgicas que se llevan a cabo en el servicio, les sirve de apoyo para cuando vengan a trabajar, tanto si son de nueva incorporación o eventuales. En el año 2019 se realizó un proyecto de mejora con la elaboración y actualización de los protocolos de las especialidades quirúrgicas de oftalmología, cirugía y ginecología. En este nuevo proyecto, se completan los protocolos con las especialidades de urología, traumatología y otorrinolaringología.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se han detectado deficiencias en las funciones de DUES que vienen de nuevo al servicio, o las que no trabajan de manera habitual en él y que por lo tanto desconocen el trabajo que se realiza.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En el área quirúrgica, constantemente hay novedades tecnológicas de aparataje y técnicas novedosas en la realización de intervenciones quirúrgicas. Si no se lleva a cabo una revisión periódica de dichos protocolos, estos se quedan obsoletos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Homogeneizar la forma de trabajar en el quirófano, unificando criterios de trabajo, y creando protocolos para ser difundidos al servicio.
- Recordatorio de las funciones en el bloque quirúrgico, para las DUES que trabajan en él. Manual de apoyo transcrito para DUES de nueva incorporación o eventuales.
- Con ello se pretende mejorar la calidad asistencial y seguridad para el paciente y la efectividad de nuestro trabajo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Constitución del grupo. Reuniones diversas para cotejar criterios de trabajo entre las componentes del proyecto.

Fecha inicio: 02/01/2023

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Todas las componentes del grupo de trabajo

2. - Actualización de tareas según demanda de las distintas intervenciones que se realizan en nuestro servicio.

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 02/10/2023

Responsable.: Todas las componentes del grupo de trabajo

3. - Incorporación protocolizada de nuevas tareas, de acuerdo con nuevas intervenciones y tecnologías, que se practican en nuestro servicio.

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 02/10/2023

Responsable.: Todas las componentes del grupo de trabajo

4. - Elaboración y actualización de protocolos.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#925

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO (UROLOGÍA, TRAUMATOLOGÍA Y OTORRINOLARINGOLOGÍA)

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 03/10/2023

Responsable.: Todas las componentes del grupo de trabajo

5. - Realización del manual de protocolos actualizados.

Fecha inicio: 01/10/2023

Fecha final.: 30/10/2023

Responsable.: M. José García Cabañero

6. - Plan de sesiones de difusión de los protocolos con cuestionario de evaluación

Fecha inicio: 01/11/2023

Fecha final.: 30/12/2023

Responsable.: M. José García Cabañero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de enfermeras que asisten a todas las sesiones programadas de difusión de los nuevos protocolos.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de trabajadores de enfermería que asisten a todas las sesiones programadas de difusión de los nuevos protocolos.

Denominador .....: Nº de trabajadores de enfermería del bloque quirúrgico

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro específico

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de trabajadores asistentes a sesiones que contestan correctamente al menos al 70% de las preguntas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de trabajadores asistentes a las sesiones que contestan correctamente al menos al 70% de las preguntas.

Denominador .....: Nº de trabajadores asistentes a las sesiones

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro específico

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología quirúrgica

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#584

### 1. TÍTULO

#### INSTAURACION DE UN CIRCUITO PARA EL PACIENTE CARDIOLOGICO AGUDO PROCEDENTE DEL AREA DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#584 \*\* Cardiopatía Isquémica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
JUEZ JIMENEZ ANGELA

Título  
INSTAURACION DE UN CIRCUITO PARA EL PACIENTE CARDIOLOGICO AGUDO PROCEDENTE DEL AREA DE ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
ALBAS SORROSAL SERGIO  
GRACIA GOMEZ IRIS  
MESEGUER GONZALEZ DANIEL  
PEYMAN FARD SHAFI TABATABAEI NIMA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*CARDIOLOGÍA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Cardiopatía Isquémica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El paciente cardiológico agudo requiere un diagnóstico precoz, acertado y, por consiguiente, un tratamiento de rápida instauración que modifique la situación clínica aguda y grave que podría conllevar un deterioro irreversible del enfermo. Por estos motivos, es crucial en el hospital de Alcañiz, sin cardiólogo de guardia, exista una correcta primera valoración y derivación si es requerida, a las unidades de referencia.

#### ÁREAS DE MEJORA

La instauración de un circuito de derivación de pacientes cardiológicos agudos, teniendo como referencia la Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos (UCCAR) del hospital Miguel Servet, unidad constituida íntegramente por cardiólogos, persigue mejorar la calidad asistencial dada a los pacientes del sector de Alcañiz.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Larga distancia y difícil comunicación del hospital de Alcañiz respecto al hospital de referencia de Aragón. Ausencia de cardiólogo de guardia en Hospital de Alcañiz.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la precisión diagnóstica del síndrome coronario agudo en el sector de Alcañiz.  
Disminuir tiempo hasta realización de coronariografía diagnóstica.  
Acortar estancia hospitalaria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Información del proyecto a los servicios implicados

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2022

Responsable.: ÁNGELA JUEZ JIMÉNEZ y el grupo de colaboradores

2. Creación de grupo de trabajo

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: ÁNGELA JUEZ JIMÉNEZ y el grupo de colaboradores

3. Elaboración de un procedimiento de atención inicial en Atención Primaria

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: ÁNGELA JUEZ JIMÉNEZ y el grupo de colaboradores

4. Elaboración de un procedimiento de actuación intrahospitalario de acuerdo a las últimas guías de práctica clínica

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: ÁNGELA JUEZ JIMÉNEZ y el grupo de colaboradores

5. Difusión de los procedimientos

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: ÁNGELA JUEZ JIMÉNEZ y el grupo de colaboradores

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#584

### 1. TÍTULO

#### INSTAURACION DE UN CIRCUITO PARA EL PACIENTE CARDIOLOGICO AGUDO PROCEDENTE DEL AREA DE ALCAÑIZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Indicador de precisión diagnóstica

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de SCASEST diagnosticados y confirmados

Denominador .....: Número de SCASEST diagnosticados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de Historia Clínica Electrónica y base UCCAR (HUMS)

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Tiempo hasta realización de coronariografía

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Promedio de minutos antes-Promedio de minutos después

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro de Historia Clínica Electrónica (informes de hemodinámica y alta)

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#655

### 1. TÍTULO

#### USO DE REGISTRADORES DE EVENTOS EXTERNOS PORTATILES EN EL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DE LAS PALPITACIONES EN UNA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#655 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MESEGUER GONZALEZ DANIEL

Título  
USO DE REGISTRADORES DE EVENTOS EXTERNOS PORTATILES EN EL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DE LAS PALPITACIONES EN UNA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA

Colaboradores/as:  
AUQUILLA CLAVIJO PABLO  
GRACIA GOMEZ IRIS  
JUEZ JIMENEZ ANGELA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCANIZ

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las palpitations son un motivo de consulta muy frecuente en las consultas externas de Cardiología, y encierran un amplio espectro de posibilidades diagnósticas que abarcan de etiologías benignas a arritmias potencialmente malignas con riesgo vital.

Su principal limitación es la necesidad de ser documentadas por un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones o una tira de ritmo, ya que el síntoma en sí mismo es muy inespecífico y ninguna de sus características (intensidad, duración, síntomas asociados...) orienta una causa concreta. Además, la frecuencia con que se manifiestan es variable (desde periodicidad diaria hasta cada meses), y suelen hacerlo de forma brusca y corta duración, por lo que el paciente no tiene tiempo de acudir a un centro para poder hacerse un ECG.

El Holter-ECG es la herramienta más accesible en consulta para la documentación de las palpitations. Sin embargo, se trata de una prueba con muy escasa rentabilidad (las palpitations rara vez se manifiestan con periodicidad diaria), es incómoda para el paciente (le limita la actividad habitual el día que se le coloca) y supone un consumo excesivo de tiempo para el personal médico (revisarlo e informarlo) y de enfermería (colocación y retirada).

En los últimos años se han desarrollado registradores de eventos portátiles y de pequeño tamaño que el paciente puede llevar en su bolsillo cómodamente y que le permiten adquirir una tira de ritmo de ECG en cualquier momento y lugar. El uso de estos registradores en las consultas de Cardiología podrían aumentar el rendimiento diagnóstico de las palpitations con causa arritmica de una forma cómoda para el paciente y para el especialista en Cardiología.

#### ÁREAS DE MEJORA

1) Baja sensibilidad diagnóstica de las palpitations desde las consultas externas de Cardiología con las herramientas diagnósticas actuales (Holter ECG)

2) Elevada lista de espera de peticiones de Holter-ECG

#### ANALISIS DE CAUSAS

1) El registrador de eventos Kardias permite la adquisición de un ECG por el propio paciente en cualquier momento y lugar, con mayor comodidad y mejor accesibilidad instantánea que el Holter ECG o acudir a un centro sanitario

2) La inclusión de estos dispositivos permitirá disminuir las solicitudes de un Holter-ECG desde las consultas externas de Cardiología

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1) Mejorar la detección e identificación de las taquiarritmias paroxísticas como causa de palpitations

2) Evaluar la seguridad de los registradores de eventos externos en términos de precisión diagnóstica y sensibilidad

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1) Adquisición de 5-10 registradores de eventos (Kardias)

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Daniel Meseguer González

2. 2) Creación de cuenta de correo electrónico institucional a la que los pacientes puedan enviar los registros obtenidos

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#655

### 1. TÍTULO

#### USO DE REGISTRADORES DE EVENTOS EXTERNOS PORTATILES EN EL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DE LAS PALPITACIONES EN UNA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA

Responsable.: Daniel Meseguer/Iris Gracia

3. 3) Definición de las indicaciones y perfil clínico del paciente al que se vaya a ofrecer la técnica

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Daniel Meseguer/Angela Juez/Pablo Auquilla

4. 4) Instrucciones al paciente del funcionamiento (Enfermería) junto con registro en base de datos de la entrega al paciente y del día de retorno del dispositivo (hasta diagnóstico o 30 días)

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Daniel Meseguer/Iris Gracia

5. 5) Evaluación conjunta de trazados obtenidos en caso de dudas se consultará con Unidad de Arritmias de referencia

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Daniel Meseguer/Angela Juez/Pablo Auquilla

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. 1) Incremento % detección de patología asociada a palpitations antes-después

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: % pacientes con palpitations y diagnóstico después de la intervención. % pacientes con palpitations y diagnóstico antes de la intervención

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

2. 2) Nº pacientes con cambio de diagnóstico en el año siguiente al diagnóstico

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº pacientes con cambio de diagnóstico en el año siguiente al diagnóstico

Denominador .....: Nº pacientes diagnosticados con Kardias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#918

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA. HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#918 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MARTINEZ UBIETO FERNANDO

Título  
INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA. HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
ALBIAC ANDREU MANUEL  
ALMEIDA PONCE HELEN MICHELE  
BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO  
BUENO DELGADO ALVARO  
MARCO ORRIOS MARIA LUISA  
MARTINEZ BERNARD JESSICA  
VALENZUELA MARTINEZ MARIA JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Hasta ahora, el Protocolo Quirúrgico (PQ) se escribía en papel, quedando en la carpeta archivada del paciente. Hoy día con la gran movilidad poblacional; laboral, vacaciones, etc, creemos que es importante disponer del historial completo del paciente en toda nuestra red SALUD, para lo cual el PQ debería ser incluido en la Historia Clínica Electrónica (HCE)

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la atención integral del paciente, conociendo al detalle sus procesos quirúrgicos. Sobre inputs/consumos: no hay necesidad de aumentar los recursos.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La historia clínica electrónica ha desplazado a numerosos folios, protocolos, etc que hasta ahora eran escritos en papel y almacenados en historias clínicas no electrónicas

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Proporcionar información del paciente en cuanto a sus procesos quirúrgicos en todo el territorio SALUD a través de la HCE.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 2. CONFECINAR EL PROTOCOLO QUIRURGICO EN LA HCE

Fecha inicio: 28/07/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: MARIA JOSE VALENZUELA MARTINEZ

#### 1. CONFECINAR EL PROTOCOLO QUIRURGICO EN LA HCE

Fecha inicio: 28/07/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: MARIA JOSE VALENZUELA MARTINEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se escogerá un mes al azar y se evaluarán 30 pacientes intervenidos tras muestreo aleatorio.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. PROTOCOLO QUIRURGICO EN LA HCE

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: numero de pacientes con protocolo quirurgico  
Denominador .....: numero de pacientes intervenidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. PROTOCOLO QUIRURGICO EN LA HCE

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#918

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO QUIRURGICO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA. HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: numero de pacientes con protocolo quirurgico  
Denominador .....: numero de pacientes intervenidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> patologias que han tenido un tratamiento quirurgico en nuestro hospital

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#548

### 1. TÍTULO

#### TELEDERMATOLOGÍA. MEJORA DE LA COLABORACION ENTRE MEDICINA DE FAMILIA Y DERMATOLOGÍA

Fecha de entrada: 11/07/2022

Nº de registro: 2022#548 \*\* Atención a tiempo: interconsulta \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
DIAGO IRACHE ADRIAN

Título  
TELEDERMATOLOGÍA. MEJORA DE LA COLABORACION ENTRE MEDICINA DE FAMILIA Y DERMATOLOGÍA

Colaboradores/as:  
CORRIOL PALLAS M. VICTORIA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: DERMATOLOGÍA

Línea estratégica: Atención a tiempo: interconsulta

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Por razones estructurales ( baja disponibilidad de especialistas), desde hace años existen problemas de accesibilidad a la consulta de dermatología, que se traducen en una importante lista de espera y elevada demora hasta primera visita. El número de derivaciones realizadas desde atención primaria a dermatología es muy elevado, superando más de 200 interconsultas, e incluso llegando a 300 interconsultas mensuales por lo que surge la oportunidad de potenciar la tele dermatología de área.

ÁREAS DE MEJORA  
Accesibilidad a la consulta de dermatología.

ANÁLISIS DE CAUSAS  
Ya descrito en pertinencia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Reducir un 20% la demanda de visitas desde atención primaria
- Reducir la lista de espera y la demora a la primera visita en dermatología

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Mejora de la comunicación con atención primaria mediante la tele dermatología, enviando cada vez un mayor número de fotos, de modo que puedan ser valorados los casos sin presencialidad del paciente,

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: ADRIAN DIAGO IRACHE

2. Sesiones de formación en los centros de salud

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: ADRIAN DIAGO IRACHE

3. Se espera la recepción de dermatoscopios en 2023 en los centros de salud

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: ADRIAN DIAGO IRACHE

4. - Reserva de tiempo para analizar las fotografías remitidas y emitir las respuestas

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: ADRIAN DIAGO IRACHE

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. 1. % resolución de consultas por contestación telemática

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de interconsultas resueltas mediante la consulta telemática

Denominador .....: Nº de interconsultas solicitadas mediante consulta telemática

X 100

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Control de gestión

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#548

### 1. TÍTULO

#### TELEDERMATOLOGÍA. MEJORA DE LA COLABORACION ENTRE MEDICINA DE FAMILIA Y DERMATOLOGÍA

Est.Mín.1ª Mem ..: 18.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 18.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

2. 2. % de interconsultas virtuales resueltas en menos de 96 horas  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de interconsultas resueltas en menos de 96 horas  
Denominador .....: N° de interconsultas solicitadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Control de gestión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. % DE REDUCCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: 1 - (N° de pacientes en lista de espera después de la intervención/ N° de pacientes en lista de espera antes de la intervención)  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Lista de espera  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#541

### 1. TÍTULO

#### VIA CLÍNICA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE QUE ACUDE A URGENCIAS POR RECTORRAGIA

Fecha de entrada: 10/07/2022

Nº de registro: 2022#541 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SOLANO SANCHEZ MARINA LUISA

Título  
VIA CLÍNICA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE QUE ACUDE A URGENCIAS POR RECTORRAGIA

Colaboradores/as:  
CASANOVA ORTIZ LAURA  
LACARTA GARCIA PEDRO

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: DIGESTIVO

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La rectorragia es un problema de salud frecuente. Se estima que entre el 9 y el 20% de la población refiere episodios de rectorragia y ésta aparece como motivo de consulta en un 6 por 1.000 de las visitas al médico de atención primaria y urgencias. En la mayoría de los casos, la rectorragia no es un problema de salud grave y suele estar causado por una afección anorrectal benigna y autolimitada. No obstante, la rectorragia puede ser la primera manifestación de un cáncer colorrectal. Los médicos han de enfrentarse con situaciones y/o preguntas a veces difíciles sobre el manejo óptimo de este problema de salud. El manejo adecuado del paciente con rectorragia requiere una valoración inicial que contemple el equilibrio entre la necesidad de conocer la etiología de la hemorragia y la realización de pruebas diagnósticas complementarias y/o derivaciones al especialista. Algunos médicos son partidarios de realizar una evaluación completa mientras que otros proponen inicialmente estrategias más conservadoras. Desde el servicio de Digestivo se tiene la impresión de que, de acuerdo con las guías de referencia se están produciendo ingresos innecesarios por rectorragia en pacientes en los que estaría indicado realizar colonoscopia ambulatoria. A veces ocurre también que se derivan para colonoscopia pacientes con rectorragia en los que no estaría indicada de acuerdo con las guías.

#### ÁREAS DE MEJORA

Adecuación de ingresos.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Indefinición de criterios en el Hospital

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Reducir los ingresos innecesarios por rectorragia.

Disminuir el número de colonoscopias por rectorragia en los que no estaría indicada la realización de colonoscopia

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Creación de un equipo de trabajo

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Marina Solano

#### 2. Revisión de la evidencia disponible. Establecimiento de criterios de ingreso por rectorragia, y de criterios de realización de colonoscopia por rectorragia.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Marina Solano

#### 3. Evaluación inicial: creación de un listado de pacientes ingresados por rectorragia y pacientes con solicitud de colonoscopia por rectorragia

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Marina Solano

#### 4. - Selección de una muestra de pacientes en los dos listados evaluándose los dos objetivos: Número de ingresos innecesarios por rectorragia y Número de colonoscopias por rectorragia en las que no estar

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Marina Solano

#### 5. Establecimiento de recomendaciones

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#541

### 1. TÍTULO

#### VIA CLÍNICA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE QUE ACUDE A URGENCIAS POR RECTORRAGIA

Responsable.: Marina Solano

6. Difusión al servicio de urgencias

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Marina Solano

7. Reevaluación a los seis meses

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Marina Solano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de colonoscopias incorrectas por rectorragia

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de colonoscopias de indicación inadecuada por rectorragia

Denominador .....: N° de colonoscopias solicitadas por rectorragia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de ingresos innecesarios por rectorragia

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de ingresos innecesarios por rectorragia

Denominador .....: N° de ingresos por rectorragia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Rectorragia

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#833

### 1. TÍTULO

#### AJUSTE DEL TRATAMIENTO ANTIDIABETICO AL INGRESO HOSPITALARIO DEL PACIENTE DIABETICO O CON HIPERGLUCEMIA NO COMPLICADA

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#833 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VERDES SANZ GUAYENTE

Título  
AJUSTE DEL TRATAMIENTO ANTIDIABETICO AL INGRESO HOSPITALARIO DEL PACIENTE DIABETICO O CON HIPERGLUCEMIA NO COMPLICADA

Colaboradores/as:  
HERNANDEZ GARCIA ADORACION

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: ENDOCRINOLOGÍA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La hiperglucemia aumenta el riesgo de complicaciones, prolonga la estancia hospitalaria y empeora el pronóstico en los pacientes hospitalizados. La estrategia de diabetes del Servicio Aragonés de Salud de 2021 incluye entre sus objetivos el desarrollo en los hospitales de procedimientos de manejo de la hiperglucemia durante el ingreso.

#### ÁREAS DE MEJORA

El manejo hospitalario de la diabetes está considerado como un importante riesgo de seguridad clínica que ha dado lugar a estrategias como "Making hospitals safe for people with diabetes". Pese a la numerosa evidencia científica disponible, el correcto manejo de la hiperglucemia en los pacientes hospitalizados sigue siendo una tarea pendiente. Es importante modificar el tratamiento que el paciente llevaba en su domicilio cuando ingresa en el hospital, dado que los antidiabéticos orales pueden interferir con la realización de determinadas pruebas diagnósticas y terapéuticas o bien estar contraindicados en situaciones agudas. También se debe prestar atención a la hiperglucemia marcada en pacientes no diabéticos conocidos.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Con frecuencia se abusa de las pautas móviles de insulina, que sólo corrigen la hiperglucemia de forma puntual pero que dan lugar a grandes oscilaciones glucémicas, relacionadas éstas con un peor pronóstico y alto riesgo de hipoglucemia, especialmente si las comparamos con una pauta bolo-basal.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Estandarizar el manejo de la hiperglucemia al ingreso hospitalario de los pacientes diabéticos o con hiperglucemia > 200 mg/dl.
- Se pretende conseguir una mejoría del control glucémico hospitalario y por consiguiente, una menor estancia hospitalaria y menor riesgo de complicaciones.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un protocolo sobre el tratamiento de la hiperglucemia al ingreso hospitalario, que incluya pautas de insulinización subcutánea y de insulina en perfusión continua intravenosa.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 31/10/2022

Responsable.: Guayente Verdes Sanz

2. Difusión del protocolo entre los médicos de urgencia hospitalaria, de medicina interna y médicos residentes mediante la realización de una sesión clínica y mediante documento escrito.

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Guayente Verdes Sanz

3. La sesión clínica finalizará con la resolución de un caso clínico por parte de los participantes que incluirá la introducción de una pauta de insulinización subcutánea.

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Guayente Verdes Sanz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de asistencia

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#833

### 1. TÍTULO

#### AJUSTE DEL TRATAMIENTO ANTIDIABETICO AL INGRESO HOSPITALARIO DEL PACIENTE DIABETICO O CON HIPERGLUCEMIA NO COMPLICADA

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de asistentes  
Denominador .....: Número de convocados de los distintos servicios  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de asistencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Porcentaje de participantes en las sesiones clínicas que resuelven correctamente el caso clínico  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de asistentes que resuelven correctamente el caso clínico  
Denominador .....: Número de asistentes a la sesión clínica  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#865

### 1. TÍTULO

#### RECICLAJE DE LA TECNICA DE INYECCION DE INSULINA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 INSULINIZADOS

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#865 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HERNANDEZ GARCIA ADORACION

Título  
RECICLAJE DE LA TECNICA DE INYECCION DE INSULINA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 INSULINIZADOS

Colaboradores/as:  
VERDES SANZ GUAYENTE

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: ENDOCRINOLOGÍA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una incorrecta técnica de inyección de insulina puede conducir a un empeoramiento del control glucémico por una inadecuada cumplimentación terapéutica.

#### ÁREAS DE MEJORA

Hemos detectado que muchos pacientes diabéticos insulinizados presentan lipohipertrofias en las zonas de inyección de insulina, que pueden ser causa de variabilidad glucémica y de falta de consecución de los objetivos de control glucémico.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Estas lipohipertrofias se deben generalmente a la falta de rotación de las zonas de inyección de insulina, así como a no cambiar la aguja con frecuencia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Se va a actuar en pacientes con DM2 en tratamiento con insulina que acuden a las consultas de Endocrinología.

- Conseguir una adecuada técnica de inyección en los pacientes en tratamiento con insulina con la finalidad de mejorar el control glucémico.
- Evitar la aparición de lipodistrofias.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reciclaje de la técnica de inyección de insulina (rotación de áreas de administración de insulina, cambio de aguja para cada inyección, purga, conservación de los bolígrafos de insulina)

Fecha inicio: 16/08/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Adoración Hernández García

2. Se revisará la técnica de inyección 6 meses después de la intervención para valorar la ejecución correcta de la técnica y la ausencia/presencia de zonas de lipodistrofia.

Fecha inicio: 16/02/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Adoración Hernández García

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes insulinizados a los que se imparte el reciclaje

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes insulinizados a los que se imparte el reciclaje

Denominador .....: Número de pacientes insulinizados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica, registro específico

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de pacientes que se inyectan correctamente la insulina

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes en tratamiento con insulina que acuden a la consulta de endocrinología y que se inyectan correctamente la insulina

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#865

### 1. TÍTULO

#### RECICLAJE DE LA TECNICA DE INYECCION DE INSULINA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 INSULINIZADOS

Denominador .....: Número de pacientes en tratamiento con insulina que acuden a la consulta de endocrinología  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Observación de la técnica, registro específico, historia clínica electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de pacientes en tratamiento con insulina que presentan zonas de lipodistrofia  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes en tratamiento con insulina que presentan al menos una zona de lipodistrofia  
Denominador .....: Número de pacientes en tratamiento con insulina  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica, registro específico  
Est.Mín.1ª Mem ..: 6.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#95

### 1. TÍTULO

#### CUADRO DE MANDOS DEL PROCESO ENFERMERO EN HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 13/06/2022

Nº de registro: 2022#95 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ FERRI MARIA JOSE

Título  
CUADRO DE MANDOS DEL PROCESO ENFERMERO EN HOSPITALIZACION

Colaboradores/as:  
ARAGONES VILLANUEVA M. CARMEN  
DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL  
ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN M. EUGENIA  
LACUEVA PORTOLES PILAR ASUNCION  
PALOMAR JOVEN MARTA  
TURON ALCAINE JOSE MARIA  
VIDAL MESEGUER ANA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION PLANTA 2

Ubicación/es secundaria/s  
ALCAÑIZ\*HOSPITAL DE ALCAÑIZ \*ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION PLANTA 3\*HOSP (Hospitalización)  
ALCAÑIZ\*HOSPITAL DE ALCAÑIZ \*ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION PLANTA 4\*HOSP (Hospitalización)  
ALCAÑIZ\*HOSPITAL DE ALCAÑIZ \*ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION PLANTA 5\*HOSP (Hospitalización)  
ALCAÑIZ\*HOSPITAL DE ALCAÑIZ \*ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION PLANTA 6\*HOSP (Hospitalización)  
ALCAÑIZ\*HOSPITAL DE ALCAÑIZ \*HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde hace 7 años, venimos recogiendo regularmente los indicadores del proceso de enfermería, que miden el desempeño del proceso de hospitalización. Hay indicadores de dos tipos: indicadores que recogemos nosotros la información en el hospital, de manera tri-semestral e indicadores que nos proporcionan servicios centrales, de manera semestral.

Sin embargo, los resultados no son visibles en las distintas unidades de hospitalización para los trabajadores, se difunden en la comisión de hospitalización, por correo electrónico o con los resultados de los acuerdos de gestión, pero no tenemos la difusión deseada.

#### ÁREAS DE MEJORA

Difusión de los indicadores del sistema de información del proceso de hospitalización.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No recibir la información desde el centro de gestión de integración de proyectos corporativos con carácter trimestral, dificulta homogeneizar el sistema de información. La difusión verbal en la Comisión de hospitalización y el correo electrónico tiene limitaciones.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la difusión de indicadores del proceso de enfermería.
- Mejorar la implementación de los indicadores del proceso de enfermería.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar un cuadro de mandos disponible en la Intranet del Sector, con acceso exclusivo para enfermería.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: MªJosé Martínez, Pilar Lacueva

2. Análisis de resultado de cada planta, para ser trasladado a la comisión de hospitalización cada trimestre

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 01/04/2023

Responsable.: Supervisoras de unidades, MªJosé Martínez

3. Propuestas de mejora

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Comisión de hospitalización, MªJosé Martínez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#95

### 1. TÍTULO

#### CUADRO DE MANDOS DEL PROCESO ENFERMERO EN HOSPITALIZACION

1ª y 2ª memoria)

1. N° de accesos al cuadro de mandos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: n° accesos

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Servicio de Informática, Hospital de Alcañiz

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. N° de indicadores en los que se ha aumentado la puntuación

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: n° indicadores

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Auditoria Dirección de Enfermería. Cuadro de mandos

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#197

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL PROCESO DE LAVADO DEL MATERIAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

Fecha de entrada: 21/06/2022

Nº de registro: 2022#197 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GONZALEZ VAQUERO CARMEN

Título  
MEJORA DEL PROCESO DE LAVADO DEL MATERIAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

Colaboradores/as:  
COMA SISCAR CONCEPCION  
FUSTER BUJ ELENA  
INSA DOMENE NURIA  
NEGRU LUCA OANA ELENA  
RODRIGUEZ ALBA SUSANA  
SANCHEZ ROYO JOSE ALBERTO

Ubicación principal del proyecto.: H ALCANIZ

Servicio/Unidad principal .....: ESTERILIZACIÓN

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la Central de Esterilización se monitoriza el indicador del proceso de limpieza desde hace años con el indicador "% de ciclos de lavado que hay que repetir por resultado NO APTO". Después de años de seguirlo con resultados limitados, comprobamos que este indicador quedaba artefactado por la existencia de defectos de registro de algunos ciclos de lavado en los fines de semana o festivos. Esto dio lugar a una acción de mejora y a la monitorización de un objetivo propio: Eliminar los errores/ omisiones en el registro de lavado, en fines de semana y festivos. Este indicador ha ido mejorando a lo largo del tiempo. Sin embargo, durante la monitorización nos dimos cuenta que el principal problema en el lavado no era ya el registro, sino la incidencia de que en ocasiones al material no se le daba el tratamiento adecuado, por ejemplo, si en las pinzas de laparoscopia se realiza lavado mecánico y lavado ultrasonidos, nos encontrábamos que no estaba registrado el lavado ultrasónico. Al preguntar a las responsables había veces que no lo habían realizado y otras veces se les había olvidado registrarlo.

Además, el personal de nueva incorporación para sustituciones, correturnos ... nos comentaban que tienen dudas o confusión en el tratamiento de algunos materiales en la zona de lavado. Por todo ello nos planteamos mejorar el proceso de lavado de aquellos equipamientos que con más frecuencia dan lugar a incidencias de lavado.

ÁREAS DE MEJORA  
Proceso de Lavado

ANÁLISIS DE CAUSAS  
Falta de formación de algunos trabajadores de reciente incorporación.  
Materiales compuestos de especial dificultad para el lavado.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
reducir el indicador de incidencias del proceso de lavado.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un póster con las fotografías de los materiales más frecuentemente afectados por las incidencias, clasificándolo según el tipo de limpieza

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: CARMEN GONZÁLEZ VAQUERO

2. Realizar sesión clínica

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: CARMEN GONZÁLEZ VAQUERO

3. Monitorización mensual del registro de incidencias de lavado

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: CARMEN GONZÁLEZ VAQUERO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#197

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL PROCESO DE LAVADO DEL MATERIAL DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

1. % ciclos de lavado con incidencias  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de ciclos de lavado con incidencias  
Denominador .....: N° de ciclos de lavado realizados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#164

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN URGENCIAS. INTEGRACION PCH©-FARMATOOLS©

Fecha de entrada: 17/06/2022

Nº de registro: 2022#164 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
FERNANDEZ ALONSO EDGAR

Título  
IMPLANTACION DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN URGENCIAS. INTEGRACION PCH©-FARMATOOLS©

Colaboradores/as:  
AGUILAR GASCON YOLANDA  
ALONSO TRIANA YARA MARIA  
ARNAL MEINHARDT ANTONIO JOSE  
GOMEZ ARA ANA MARIA  
GRACIA PIQUER RAQUEL  
MURILLO DIAZ DE CERIO IRACHE INES  
SAMPERIZ ABAD GLORIA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCANIZ

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Ubicación/es secundaria/s  
ALCANIZ\*HOSPITAL DE ALCANIZ \*FARMACIA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Servicio de Urgencias tiene un papel fundamental para la optimización de la farmacoterapia al ser la primera toma de contacto del paciente con la atención especializada. En la actualidad, dispone del programa PCH© que permite la prescripción electrónica de medicamentos en texto libre, lo que supone una fuente de posibles errores de medicación, así como de prescripción de medicamentos no incluidos en la guía Farmacoterapéutica. Además, este sistema no está conectado con el sistema de prescripción electrónica del paciente hospitalizado (Farmatools©), por lo que en el momento del ingreso el facultativo de planta debe asumir la transcripción del tratamiento, resultando un circuito ineficiente.

#### ÁREAS DE MEJORA

La reciente implantación del sistema de prescripción y administración electrónica de medicamentos PresSalud©, pone de manifiesto la necesidad de que los pacientes que vayan a ingresar en planta procedentes de Urgencias, lo hagan con el tratamiento prescrito utilizando Farmatools©. De esta forma, la enfermera de planta tendrá acceso inmediato al tratamiento en PresSalud©, así como podrá firmar electrónicamente su administración sin esperar a ser transcrito por el médico de hospitalización. Se desarrollará en el Servicio de Urgencias, pero tendrá repercusión en el resto de Unidades de hospitalización, que cuentan ya con el 100% de las camas con prescripción electrónica.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Gracias a la fusión de PCH©-Farmatools©, el Servicio de Urgencias dispondrá de un sistema de prescripción electrónica ligado a la Guía Farmacoterapéutica aportando ventajas como la adecuación de tratamientos a la medicación disponible, dosis, formas farmacéuticas, alertas por alergias y/o duplicidades, así como de pasar a disponer de una validación farmacéutica con el valor y seguridad que ello aporta al paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Los objetivos propuestos están relacionados con la seguridad y eficiencia del proceso, puesto se espera que los tratamientos prescritos desde Urgencias y su transición a planta sean más seguros y el proceso sea más eficiente evitando su transcripción.

#### Objetivos:

- Integración PCH©-Farmatools©
- Elaboración de protocolos de prescripción en colaboración con el Servicio de Urgencias
- Formación del personal de Urgencias y adaptación de nuevos circuitos
- Evitar transcripciones innecesarias por parte de los facultativos en las unidades de hospitalización.
- Implementar la validación farmacéutica a la prescripción médica en el Servicio de Urgencias, lo que supondrá la participación activa del farmacéutico en la farmacoterapia del paciente.
- Detectar y disminuir los errores de medicación.
- Promulgar el uso racional del medicamento
- Generar conocimiento en Farmacoterapéutica.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación por parte del Servicio de Farmacia a los facultativos del Servicio de Urgencias en prescripción a través de la integración PCH©-Farmatools©, así como al personal de enfermería.

Fecha inicio: 04/04/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#164

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN URGENCIAS. INTEGRACION PCH©-FARMATOOLS©

Fecha final.: 29/04/2022

Responsable.: Edgar Fernández

2. Tareas previas a la implantación: adaptación de los requisitos técnicos informáticos.

Fecha inicio: 04/04/2022

Fecha final.: 13/05/2022

Responsable.: Edgar Fernández / Yara M<sup>a</sup> Alonso

3. Se revisarán y se adaptarán de forma consensuada protocolos farmacoterapéuticos estandarizados en función del diagnóstico e indicación como herramienta de ayuda a la prescripción.

Fecha inicio: 03/05/2022

Fecha final.: 15/06/2022

Responsable.: Edgar Fernández / Ana M<sup>a</sup> Gómez

4. Se definirán nuevos circuitos de trabajo en donde ya no será necesaria la transcripción de la orden médica de urgencias por parte del facultativo de las unidades de hospitalización.

Fecha inicio: 09/05/2022

Fecha final.: 17/06/2022

Responsable.: Edgar Fernández / Yolanda Aguilar

5. Se implantará la validación farmacéutica con la seguridad que aporta a la farmacoterapia del paciente.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Edgar Fernández

6. Detección y prevención de errores relacionados con la medicación prescrita. Resolución de consultas sobre: administración de medicamentos, ajuste de dosificación, estabilidad de preparaciones IV.

Fecha inicio: 15/06/2022

Fecha final.: 29/07/2022

Responsable.: Raquel Gracia

7. Consensuar con el médico prescriptor posibles aclaraciones o modificaciones de tratamientos.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.:

Responsable.: Edgar Fernández

8. Apoyo para la creación e implantación de protocolos que faciliten la prescripción. Seguimiento del proceso y resolución de dudas técnicas (necesario soporte informático).

Fecha inicio: 03/05/2022

Fecha final.: 17/06/2022

Responsable.: Edgar Fernández / Yara M<sup>a</sup> Alonso

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de órdenes médicas recibidas en formato papel

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de órdenes médicas recibidas en formato papel

Denominador .....: Número total de órdenes médicas realizadas (formato papel + electrónico)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Órdenes médicas y Farmatools.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

2. Nº y % de pacientes con validación Farmacéutica

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con prescripción electrónica y validación farmacéutica en el servicio de urgencias

Denominador .....: Número de pacientes en el servicio de urgencias con prescripción electrónica.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Farmatools

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 98.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Nº de protocolos farmacoterapéuticos consensuados y estandarizados

Tipo de indicador: alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#164

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA ATENCION FARMACEUTICA Y PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN URGENCIAS. INTEGRACION PCH©-FARMATOOLS©

Numerador .....: Protocolos propuestos para revisión, consenso y estandarización.  
Denominador .....: Número de protocolos estandarizados e implantados  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Procedimientos revisados, y de las reuniones mantenidas.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

4. N° de incidencias resueltas/reportadas  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de incidencias resueltas  
Denominador .....: N° de incidencias reportadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de incidencias / Farmatools  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#473

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA SEGURIDAD EN LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 05/07/2022

Nº de registro: 2022#473 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALONSO TRIANA YARA MARIA

Título  
OPTIMIZACION DE LA SEGURIDAD EN LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
ALEJANDRO ROS INES  
ANDREU MARTIN LIDIA  
FORT JULIAN ANA ISABEL  
MIR CASES M. ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial. Este término incluye actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los efectos adversos evitables, generados como consecuencia del proceso de atención a la salud, además de proporcionar aquellas prácticas que han resultado más seguras. Los errores de medicación, sus consecuencias negativas y los efectos adversos prevenibles constituyen un grave problema de salud pública, con importantes repercusiones desde el punto de vista humano, asistencial y económico, además de que genera desconfianza de los pacientes en el sistema sanitario. El proceso de administración de medicamentos está asociado a una importante tasa de error. Se ha descrito que, en la cadena de procesos en los que se articula el circuito de utilización de medicamentos, el 56% de los errores se originan en el proceso de prescripción médica, el 6% en el proceso de transcripción a las aplicaciones informáticas y hojas de enfermería, el 4% corresponden al proceso de dispensación y el 34% al proceso de administración. Sin embargo, se estima que el 98% de los errores de medicación en la administración alcanzan al paciente, debido a que el proceso de administración es el último eslabón en la cadena de procesos de utilización de medicamentos y el paciente carece de barreras que puedan protegerle de los errores que potencialmente puedan darse durante la administración del medicamento. Estos errores pueden ocasionar efectos adversos graves y comprometer la vida de las personas. De ahí que se busquen estrategias dirigidas a mejorar la seguridad.

#### ÁREAS DE MEJORA

El área de pacientes externos es un área detectada como vulnerable en el aspecto de seguridad. Para ello nos basaremos en el análisis modal de fallos y efectos o AMFE para prevenir fallos del proceso antes de que se produzcan.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El área de pacientes externos es uno de los últimos eslabones del proceso de utilización de medicamentos y fallos en alguno de sus procedimientos puede acarrear consecuencias a veces fatales en los pacientes ya que éstos carecen de los conocimientos adecuados para percatarse de los errores de medicación en el momento en que se tomen su correspondiente fármaco. Por este motivo se ha querido potenciar la seguridad en esta área de la farmacia en la que disponemos de falta de recursos materiales y humanos para poder aprovechar al máximo los medios de los que disponemos a nuestro alcance para mejorar el servicio prestado.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Identificar áreas de riesgo en el subproceso de pacientes externos del servicio de Farmacia para realizar acciones que mejoren la seguridad y valorar el impacto de las mismas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Selección de las personas que formarán el equipo AMFE

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 08/04/2022

Responsable.: Yara Maria Alonso Triana

2. Reunión del equipo. Diagrama de flujo, tormenta de ideas, identificación áreas mejora y los modos de fallo y efectos, estimar la gravedad, ocurrencia, detectabilidad. Cálculo NPR. Priorizar acciones

Fecha inicio: 11/04/2022

Fecha final.: 30/04/2022

Responsable.: Yara María Alonso Triana/ Lidia Andreu Martín/ Inés Alejandro Ros/Isabel MIR Cases/Ana Fort Julian

3. Establecimiento de acciones de mejora para eliminar o reducir los modos de fallo de alto riesgo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#473

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA SEGURIDAD EN LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha inicio: 02/05/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Yara María Alonso Triana/ Lidia Andreu Martín/ Inés Alejandro Ros/Isabel MIR Cases/Ana Fort Julian

4. Cálculo del número de prioridad de riesgo tras las acciones de mejora realizadas y valorar el impacto de las mismas en la seguridad

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 23/09/2022

Responsable.: Yara María Alonso Triana/ Lidia Andreu Martín/ Inés Alejandro Ros/Isabel MIR Cases/Ana Fort Julian

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El AMFE requiere de su realización en varias etapas las cuales difieren ligeramente entre los distintos autores y expertos de gestión de riesgos. Para este proyecto se seguirán las etapas según Mc Dermott:

- Etapa 1: revisión del proceso o producto a analizar
- Etapa 2: tormenta de ideas de los potenciales modos de fallo
- Etapa 3: potenciales efectos de los modos de fallo
- Etapa 4: estimación de la gravedad a cada efecto
- Etapa 5: estimación de la ocurrencia a cada modo de fallo
- Etapa 6: estimación de la detectabilidad a cada modo de fallo y/o efecto
- Etapa 7: cálculo del número de prioridad de riesgo (NPR) de cada efecto y numero de prioridad de riesgo

total

- Etapa 8: priorización de acciones para los modos de fallo
- Etapa 9: acciones de mejora para eliminar o reducir los modos de fallo de alto riesgo
- Etapa 10: cálculo del número de prioridad de riesgo tras las acciones de mejora

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Áreas de riesgo en las que se ha hecho una acción de mejora

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de áreas de riesgo identificadas en las que se ha hecho una acción de mejora

Denominador .....: Nº áreas de riesgo identificadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros de Farmacia, Farmatools

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

2. Reducción de NPR

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de áreas identificadas en las que se ha reducido el NPR un 20%

Denominador .....: Nº de áreas de riesgo identificadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros de Farmacia, Farmatools

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes a los que se les prescriba tratamiento farmacológico de dispensación hospitalaria.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#528

### 1. TÍTULO

#### CRITERIOS DE VALIDACION TECNICA DE HEMATIMETRÍA Y ESTABLECIMIENTO DE VALORES CRÍTICOS

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#528 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
REDONDO GUIJO ALBA MARIA

Título  
CRITERIOS DE VALIDACION TECNICA DE HEMATIMETRÍA Y ESTABLECIMIENTO DE VALORES CRÍTICOS

Colaboradores/as:  
MARTIN-CONSUEGRA RAMOS SOFIA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCANIZ

Servicio/Unidad principal .....: HEMATOLOGÍA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el momento actual, el programa informático de hematología no tiene establecidos valores críticos de los distintos parámetros. La consecuencia es que existe el riesgo de que pasen desapercibidos valores anormales que podrían poner en riesgo la vida de un paciente, sin que sea avisado el facultativo que hicieron la petición. Además, tampoco existen normas de validación para el personal técnico. La consecuencia es que, en el momento de acogida de personal nuevo en el laboratorio podrían producirse fallos en la interpretación de los resultados.

#### ÁREAS DE MEJORA

Gestión de riesgos en el laboratorio. Seguridad clínica

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No existen procedimientos establecidos. Confianza en el factor humano.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Avisar a los facultativos responsables de todos los valores críticos y de alarma que se produzcan en nuestro laboratorio  
Evitar errores de validación en el personal de nueva incorporación

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Establecimiento de un procedimiento de valores críticos definiendo en cada parámetro los valores críticos (valores que podrían comprometer la vida del paciente) y valores de alarma (valores por los

Fecha inicio: 08/07/2022

Fecha final.: 14/07/2023

Responsable.: ALBA MARIA REDONDO GUIJO

2. Formación al personal

Fecha inicio: 08/07/2022

Fecha final.: 14/07/2023

Responsable.: ALBA MARIA REDONDO GUIJO

3. Establecimiento de normas de validación para técnicos. Entrega con recibí de todo el personal de nueva incorporación

Fecha inicio: 08/07/2022

Fecha final.: 14/07/2023

Responsable.: ALBA MARIA REDONDO GUIJO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Reducción de NPR en la comunicación de valores críticos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numerador: NPR antes - NPR después

Denominador .....: Denominador: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Fuente de datos: Evaluación del equipo

Valor mínimo 100

Valor máximo 500

Est.Mín.1ª Mem ...: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#528

### 1. TÍTULO

#### CRITERIOS DE VALIDACION TECNICA DE HEMATIMETRÍA Y ESTABLECIMIENTO DE VALORES CRÍTICOS

Est.Máx.1ª Mem ..: 500.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 500.00

2. Reducción de NPR en los errores de validación de los técnicos

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Numerador: NPR antes - NPR después

Denominador ..... Denominador: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Fuente de datos: Evaluación del equipo

Valor mínimo 100

Valor máximo 500

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 500.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 500.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#802

### 1. TÍTULO

#### EFICIENCIA EN LA GESTION DE LA TRANSFUSION DE PLAQUETAS

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#802 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTIN-CONSUEGRA RAMOS SOFIA

Título  
EFICIENCIA EN LA GESTION DE LA TRANSFUSION DE PLAQUETAS

Colaboradores/as:  
PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS

Ubicación principal del proyecto.: H ALCANIZ

Servicio/Unidad principal .....: HEMATOLOGÍA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el momento actual no están establecidos en nuestro hospital los criterios de transfusión de plaquetas. Esto puede originar variabilidad en el uso de estos productos. Como las plaquetas tienen que ser solicitadas al banco de sangre y tienen una vida media corta ante una indicación inadecuada muchas veces hay que desecharlas. Otra consecuencia es que, si se consume más de lo indicado con las guías, en ocasiones hay que aumentar el número de extracciones a donantes. Por todo ello consideramos que se puede mejorar la eficiencia del procedimiento de transfusión de plaquetas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Eficiencia en la transfusión de plaquetas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Inexistencia de procedimiento con criterios de transfusión de plaquetas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Reducir el número de unidades desechadas de concentrado de plaquetas
- Optimizar las indicaciones de transfusión de plaquetas

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un procedimiento con indicaciones de transfusión de plaquetas

Fecha inicio: 25/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: SOFIA MARTIN-CONSUEGRA RAMOS

2. Formación al personal técnico

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: SOFIA MARTIN-CONSUEGRA RAMOS

3. Presentación del procedimiento a nivel hospitalario

Fecha inicio: 02/01/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: SOFIA MARTIN-CONSUEGRA RAMOS

4. Evaluación del porcentaje de unidades de concentrados de plaquetas desechadas

Fecha inicio: 02/01/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: SOFIA MARTIN-CONSUEGRA RAMOS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. PORCENTAJE DE REDUCCIÓN DE UNIDADES DESECHADAS

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: 1- (% de unidades desechadas después/% unidades desechadas antes)

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros del laboratorio

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#802

### 1. TÍTULO

#### EFICIENCIA EN LA GESTION DE LA TRANSFUSION DE PLAQUETAS

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

#### 2. PORCENTAJE DE PERSONAL TÉCNICO FORMADO EN VALIDACIÓN DE INDICACIONES DE TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Personal técnico del laboratorio formado en validación de indicaciones de transfusión de plaquetas

Denominador .....: Total de personal técnico de laboratorio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos administrativos

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#455

### 1. TÍTULO

#### VÍA CLÍNICA PARA LA TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN DOMICILIO DE PACIENTES CRONICOS CON ANEMIA SINTOMATICA

Fecha de entrada: 04/07/2022

Nº de registro: 2022#455 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ARTAJONA RODRIGO ESTER

Título  
VÍA CLÍNICA PARA LA TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN DOMICILIO DE PACIENTES CRONICOS CON ANEMIA SINTOMATICA

Colaboradores/as:  
REDONDO GUIJO ALBA MARIA  
ALQUEZAR CIVERA MANUELA  
BERTOLO GALINDO MARIA ISABEL  
BIELSA MASDEU ANA M.  
NEBOT TRILLES CESAR  
VICENTE MARTINEZ MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Son numerosos los pacientes crónico complejos que precisan transfusiones periódicas. La prevalencia de la Anemia en estos pacientes es elevada, estando indicadas las transfusiones cuando ésta es sintomática y refractaria a tratamientos alternativos como son la ferroterapia intravenosa y el tratamiento con EPO. La decisión de transfundir hemoderivados (concentrado de hematíes) depende de factores analíticos (Hb<7g/dl) y clínicos (síntomas). Los síntomas mas comunes son la disnea y la fatiga o debilidad extrema. Existen múltiples publicaciones que demuestran que ambos síntomas son aliviados con la transfusión. Estas transfusiones requieren de traslado al hospital, lo que tiene como consecuencia molestias para el paciente y la familia, ocupación de camas en hospitalización, urgencias y hospital de día.

Las unidades de HaD benefician a estos pacientes permitiendo la realización de este tratamiento en su domicilio. Hay que tener en cuenta el perfil de estos pacientes que tienen disminución de la capacidad funcional, una movilidad reducida y gran dependencia, todo ello condiciona grandes dificultades para su traslado hasta el hospital.

Actualmente existe bibliografía que justifica la seguridad de la realización de transfusiones, en este tipo de pacientes, en su domicilio.

#### ÁREAS DE MEJORA

Confort del paciente  
Eficiencia  
Seguridad

#### ANALISIS DE CAUSAS

Este procedimiento no formaba parte de las actividades de hospitalización a domicilio en nuestro hospital, aunque se ha mostrado eficaz y eficiente en otros entornos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Reducir el número de transfusiones reiteradas que se realizan en los pacientes crónico complejos en el hospital, sin aumentar el número de indicaciones.  
Garantizar la seguridad de estos pacientes

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Elaboración de vía clínica de 3 días de duración

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 19/12/2022

Responsable.: ESTER ARTAJONA RODRIGO

3. Elaboración de procedimiento clínico

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 19/12/2022

Responsable.: ESTER ARTAJONA RODRIGO

4. Elaboración de procedimiento clínico

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 19/12/2022

Responsable.: ESTER ARTAJONA RODRIGO

1. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar: Hematología, Unidad de paciente crónico y Hospitalización a domicilio (HaD)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#455

### 1. TÍTULO

#### VÍA CLÍNICA PARA LA TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN DOMICILIO DE PACIENTES CRONICOS CON ANEMIA SINTOMATICA

Fecha inicio: 19/09/2022  
Fecha final.: 19/12/2022  
Responsable.: ESTER ARTAJONA RODRIGO

**\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto**

La transfusión se ha de realizar en condiciones de seguridad, que incluye la inequívoca identificación del paciente, el transporte óptimo de los hemoderivados, su modo de administración (medios y tiempos) y la diligente detección de reacciones adversas así como la existencia de un protocolo de actuación en el caso de complicaciones graves.

Planteamos el diseño de una vía clínica, diseñada en colaboración con el Servicio de Hematología para la realización de transfusiones en este subgrupo de pacientes que más se benefician del tratamiento sin tener que desplazarse a un medio Hospitalario.

Se han de establecer:

Criterios de ingreso para trasfusión de hemoderivados  
Circuito del paciente que ingresa en HaD para transfusión  
Material necesario  
Cuando y que producto transfundir  
Cantidad a transfundir  
Procedimiento transfusional por profesional  
Precauciones, deshecho de material, registro...  
Actuación ante una reacción transfusional

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes transfundidos con criterios de indicación

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº de pacientes transfundidos con criterios de indicación  
Denominador .....: Nº de pacientes transfundidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de pacientes que sufren reacción post-transfusional moderada-grave

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº de pacientes que sufren una reacción post transfusional moderada-grave  
Denominador .....: Nº de pacientes transfundidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

3. .

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: .  
Denominador .....: .  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: -0.03  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.01  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.01  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.01

**\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación**

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes con anemia

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#494

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DEL ACCIDENTE BIOLÓGICO

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#494 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ROYO ANADON JULIA

Título  
ACTUALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DEL ACCIDENTE BIOLÓGICO

Colaboradores/as:  
DE LAFUENTE ESTUPIÑA LORETO  
LEBRON PEREZ MANUEL  
LOPEZ SANCHO JOSE MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA DEL TRABAJO

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el procedimiento actual del Accidente Biológico, en el apartado de los consentimientos informados no se especifican correctamente las direcciones de correo electrónico a las que deben ser remitidos, tanto en el apartado de Hospital como en Atención Primaria. Dichos documentos los envían por valija y están dando vueltas por los distintos Servicios hasta que llegan a la dirección correcta.

#### ÁREAS DE MEJORA

Registro de los consentimientos informados lleguen a su destino

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No se utiliza el correo electrónico: prevencion.halc@salud.aragon.es

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Que los consentimientos informados lleguen a su destino: Prevención de Riesgos Laborales

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesiones clínicas informativas. Se volverá a explicar a todos los profesionales sanitarios la importancia de rellenar correctamente estos impresos, así como de informar adecuadamente a los pacientes.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: JULIA ROYO ANADÓN

2. Que se pueda rellenar el impreso de los consentimientos directamente de la hoja colgada en la intranet.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: JULIA ROYO ANADÓN

3. Que figure en los impresos de los consentimientos el correo prevencion.halc@salud.aragon.es

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: MANUEL LEBRÓN PEREZ

4. Sesiones clínicas en las que se refresquen los puntos más importantes del procedimiento de accidente biológico.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: JULIA ROYO ANADON

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de consentimientos que llegan correctamente a la Unidad de PRL.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nª de consentimientos informados de accidente biológico que llegan a la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales.

Denominador .....: Nº de declaraciones de accidente biológico

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Se recogen los datos de las declaraciones de accidente de trabajo

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#494

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DEL ACCIDENTE BIOLOGICO

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología de causa laboral

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#460

### 1. TÍTULO

#### GESTION POR PROCESOS EN LA UNIDAD DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 04/07/2022

Nº de registro: 2022#460 \*\* Crónico Complejo \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MONREAL PRATS RAQUEL

Título  
GESTION POR PROCESOS EN LA UNIDAD DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
ALBAS SORROSAL SERGIO  
ARTAJONA RODRIGO ESTER  
DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL  
FORGA GRACIA MARIO  
GASCON MARTIN ALEJANDRO  
LOPEZ ABAD CRISTINA  
ZAFORAS SANCHEZ SARA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: Crónico Complejo

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En 2018, tuvo lugar la puesta en marcha del programa paciente crónico complejo en el sector Alcañiz. Se estableció una unidad de 4 habitaciones dobles (8 camas), un pequeño hospital de día con 3 sillones y una consulta de medicina y enfermería. En el año 2019 nos planteamos el proyecto de establecer un proceso la unidad del crónico complejo (UCC) que estableciera la secuencia de actuaciones con estos pacientes desde que se determina la necesidad de ingreso en atención primaria, el procedimiento de valoración de ingreso en la unidad, la estancia en la unidad y el egreso del paciente ya sea a domicilio o, si se precisa a hospitalización a domicilio u otros servicios. Sin embargo con la llegada de la pandemia, la planta de la Unidad quedó destinada a planta COVID y hubo que interrumpir su actividad, que pretendemos retomar.

#### ÁREAS DE MEJORA

Despliegue de la unidad del paciente crónico complejo

#### ANALISIS DE CAUSAS

La Unidad del Paciente Crónico Complejo daba sus primeros pasos antes de la pandemia y se paralizó con la pandemia dado que fue ocupado su espacio por los pacientes covid.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Volver a poner en marcha la Unidad del paciente crónico complejo (PCC)
- Ingresar a los pacientes incluidos en el programa del paciente crónico complejo que lo precisen, en la Unidad del Paciente Crónico Complejo
- Evitar que los pacientes ingresados en la Unidad del Crónico complejo entren por el servicio de Urgencias
- Establecer, documentar e implementar las actividades a realizar en el proceso de la unidad, desde atención primaria, al inicio, a su salida a su domicilio o a hospitalización a domicilio como destinos más frecuentes
- Establecer indicadores de impacto

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. El subproceso podrá iniciarse por interconsulta virtual (estándar respuesta < 48 horas) o bien por vía telefónica (médico o enfermera referente)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Ester Artajona Rodrigo

3. Creación de un Comité de cronicidad del sector con participación de Atención Primaria, Medicina Interna y Hospitalización a domicilio, pudiendo contar con la colaboración de otras especialidades.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Ester Artajona Rodrigo

4. Creación de un Comité de cronicidad del sector con participación de Atención Primaria, Medicina Interna y Hospitalización a domicilio, pudiendo contar con la colaboración de otras especialidades.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Ester Artajona Rodrigo

1. Elaboración e implantación de los subprocesos de admisión, hospitalización convencional, hospital de día, sociosanitario, alta, hospitalización a domicilio y seguimiento en consulta.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#460

### 1. TÍTULO

#### GESTION POR PROCESOS EN LA UNIDAD DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: Ester Artajona Rodrigo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de ingresos en neumología, cardiología o neurología del total de ingresos de los paciente

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de ingresos de PCC en neumología, cardiología o neurología  
Denominador .....: Nº de ingresos de PCC en el Hospital  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Control de gestión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. Porcentaje de ingresos que han llegado a la unidad vía urgencias

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de ingresos de PCC que han llegado via urgencias  
Denominador .....: Nº de ingresos de PCC en el Hospital  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Control de gestión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Indicador eliminado

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Indicador eliminado  
Denominador .....: Indicador eliminado  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Control de gestión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 2.50

4. Porcentaje de ingresos en UCC/Servicio de Medicina Interna del total de ingresos de los pacientes in

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de ingresos de PCC en la UCC/Servicio de Medicina Interna  
Denominador .....: Nº de ingresos de PCC en el Hospital  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Control de gestión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#159

### 1. TÍTULO

#### PLAN APPCC. ANALISIS DE PELIGROS Y PUNTOS DE CONTROL CRÍTICOS, EN LA COCINA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 17/06/2022

Nº de registro: 2022#159 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MARTIN REMON JORGE

Título  
PLAN APPCC. ANALISIS DE PELIGROS Y PUNTOS DE CONTROL CRÍTICOS, EN LA COCINA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
CALDERON MEZA JOSE MANUEL  
CATALINA MARIA IULIA  
CORRAL LISBONA MARIA  
FERRER PALOS LUIS MIGUEL  
MARTINEZ FERRI MARIA JOSE  
NAVARRO DORADO M. ANGELES  
PALOS GUIJARRO LUIS

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA PREVENTIVA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Llevar un mejor registro y control de las diferentes áreas y procesos de la cocina, conlleva a una mejor eficacia y rapidez a la hora de tomar medidas para solventar un problema que puede afectar a la salud pública. El hospital de Alcañiz, no dispone del proceso de la unidad de la cocina hospitalaria, a pesar de que se están llevando a cabo numerosas actividades en la misma, con formatos no controlados y en algún caso obsoletos, que debemos como unidad mejorar. Es necesario la documentación de todo el proceso para potenciar el trabajo en la cocina, disminuir errores de la práctica, unificar criterios y llevar a cabo una metodología basada en la evidencia disponible y reducir al máximo la variabilidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Crear un listado con la documentación interna y externa de la unidad.  
Crear un listado con todos los registros disponibles en la misma.  
Proceso de la cocina hospitalaria.  
Formación de los trabajadores.  
Procesos de productos alimentarios.  
Proveedores.  
Limpieza y mantenimiento.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Formación de los trabajadores para que se adapten a las nuevas medidas instauradas con el APPCC.  
Procesos de productos alimentarios: llevar un control sobre los registros de entrada, salida, almacenaje y preparación.  
Proveedores: control de los proveedores alimenticios.  
Limpieza: control y registro de la limpieza y desinfección de las distintas áreas.  
Mantenimiento: control del mantenimiento adecuado de los equipos de cocina.  
Crear las Instrucciones para cada uno de ellos y los formatos adecuados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Unificar criterios para reducir el impacto o puntos críticos que afecten a la seguridad del paciente.  
- Crear el proceso de cocina hospitalaria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Crear el proceso de cocina hospitalaria

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Jorge Martín Remon, María Corral Lisbona

2. Crear los formatos de: documentos, trazabilidad, formación, proveedores, auditorias, higiene, mantenimiento, limpieza, potabilidad, residuos.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Luis Palos Guijarro, MªAngeles Navarro Dorado

3. Auditorias mensuales

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Jose Manuel Calderon, MªJosé Martínez

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#159

### 1. TÍTULO

#### PLAN APPCC. ANALISIS DE PELIGROS Y PUNTOS DE CONTROL CRÍTICOS, EN LA COCINA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

4. Listar y crear la documentación externa de la unidad

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/02/2023

Responsable.: Luis Ferrer palos

5. Toma de muestras para análisis microbiológico, mensual, y registro de los resultados microbiológicos

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Jorge Martín Remon, María Corral Lisbona

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Tras la realización de todas las actividades, con un plazo de un año, se procederá a la revisión y actualización de todos los documentos que sea necesario modificar. En el segundo semestre del 2023, se seguirán llevando a cabo las auditorias y tomas mensuales de muestras para su análisis.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Proceso de cocina

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Indicador dicotómico SI/NO

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Auditoria interna

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Crear los formatos de: documentos, trazabilidad, formación, proveedores, auditorias, higiene...

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Indicador dicotómico SI/NO

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Auditoria interna

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Auditorias mensuales

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Indicador dicotómico SI/NO

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Auditoria interna

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> COCINA HOSPITALARIA

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#122

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE SENSIBILIDAD ANTIBIOTICA

Fecha de entrada: 15/06/2022

Nº de registro: 2022#122 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MORENO HIJAZO MIGUEL

Título  
ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE SENSIBILIDAD ANTIBIOTICA

Colaboradores/as:  
BAGAN SOLSONA MARIA PILAR  
CONDADO CONDADO HECTOR  
GONZALEZ THOMSON M. JOSE  
JASANADA FLORES CARMEN  
NAVARRO PARDOS CARMEN  
PORTOLES LAZARO GRACIELA  
UBEDA ALQUEZAR BEATRIZ

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el año 2020, el Comité Europeo para la sensibilidad antibiótica (EUCAST) realizó cambios en las categorías en las que se clasifica la sensibilidad de los microorganismos a los antibióticos. Se pasó de las categorías "Sensible", "Intermedio", y "Resistente", a "Sensible", "Sensible Exposición Incrementada", y "Resistente". Este cambio implica una variación en la posología del tratamiento de determinados microorganismos con ciertos antibióticos.

Debido a las circunstancias derivadas de la pandemia por SARS-COV-2, no ha sido posible implementar dicha actualización a los informes emitidos por nuestro laboratorio hasta el momento actual.

#### ÁREAS DE MEJORA

Adecuar las categorías del informe de sensibilidad antibiótica a lo estipulado por EUCAST.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Los protocolos están obsoletos por la actualización de las guías.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Informar los antibiogramas conforme a las nuevas especificaciones de EUCAST.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Adaptación del sistema informático al nuevo tipo de informe

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 29/07/2022

Responsable.: Miguel Moreno Hijazo

2. Elaboración de un documento explicativo de los cambios realizados en el informe de sensibilidad antibiótica

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 08/07/2022

Responsable.: Héctor Condado Condado

3. Difusión de las modificaciones mediante correo electrónico a la Secretaría de Dirección para su posterior reenvío al resto de unidades

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 29/07/2022

Responsable.: Carmen Navarro Pardos

4. Reunión con los Servicios de Medicina Interna y otras especialidades médicas, así como con los coordinadores de los centros de salud

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 29/07/2022

Responsable.: Miguel Moreno Hijazo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#122

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LOS INFORMES DE SENSIBILIDAD ANTIBIOTICA

1. Porcentaje de antibiogramas anteriormente informados como "Intermedio" que pasan a "Sensible EI"  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de antibiogramas informados como "Sensible EI", que anteriormente serían "Intermedio"  
Denominador .....: Número de informes que contengan la categoría "Sensible EI"  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Programa informático SIGLO  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#953

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA PARA FARMACOS DE DISPENSACION HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#953 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
SORIA VILLEN ALEJANDRO

Título  
IMPLEMENTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA PARA FARMACOS DE DISPENSACION HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Colaboradores/as:  
ARTO LABORDA MARIA ANGELES

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: NEFROLOGIA

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La prescripción electrónica de fármacos hospitalarios es una herramienta que ha permitido un mayor control sobre el tipo y cantidad de fármacos dispensados a los pacientes, así como una herramienta de comunicación entre los servicios prescriptores y el Servicio de Farmacia. Dicha herramienta ha sido implementada para todo tipo de pacientes; sin embargo, en nuestra Unidad, el paciente en hemodiálisis no se beneficia directamente de esta herramienta por su infrautilización, debido principalmente a la forma en la que se ha venido haciendo la prescripción y solicitud de los fármacos para administración durante las sesiones de diálisis.

#### ÁREAS DE MEJORA

Implementación de la prescripción electrónica en pacientes en hemodiálisis

#### ANALISIS DE CAUSAS

Hasta el último año, se solicitaba al servicio de Farmacia la medicación que los pacientes de hemodiálisis tenían prescrita por orden facultativa, siendo dicha dispensación sin título nominal. En el último año, se ha venido realizando una solicitud semanal, cada medicación asociada al paciente que la tiene prescrita, pero se ha estado realizando mediante solicitud manual (en papel)

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo es obtener un porcentaje elevado de pacientes en hemodiálisis con su medicación prescrita y validada de forma correcta en la aplicación de prescripción hospitalaria

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Información y organización en el Servicio de Nefrología y la Unidad de Hemodiálisis

Fecha inicio: 15/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Alejandro Soria Villén

2. Revisión programada de los pacientes: implementar la prescripción electrónica

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 09/10/2022

Responsable.: Alejandro Soria Villén

3. Segunda revisión programada de los pacientes.

Fecha inicio: 21/11/2022

Fecha final.: 11/12/2022

Responsable.: Alejandro Soria Villén

4. Revisión de los datos, y análisis de puntos de mejora

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 15/01/2023

Responsable.: Alejandro Soria Villén

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Todos los pacientes de hemodiálisis tienen una revisión cada dos meses, en las que se evalúa su situación clínica y se realizan análisis de sangre. En este momento, es cuando más se suele modificar la medicación de los pacientes, por lo que es el momento idóneo para implementar la prescripción electrónica.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de prescripción electrónica

Tipo de indicador: Alcance



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#953

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA PARA FARMACOS DE DISPENSACION HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Numerador .....: Pacientes en hemodiálisis con correcta prescripción electrónica  
Denominador .....: Pacientes en hemodiálisis que precisan de tratamientos de dispensación hospitalaria  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio de Farmacia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#778

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL SEGUIMINETO DEL PACIENTE CON EPOC CONTROLADA

Fecha de entrada: 23/07/2022

Nº de registro: 2022#778 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
FANDOS LORENTE SERGIO

Título  
MEJORA EN EL SEGUIMINETO DEL PACIENTE CON EPOC CONTROLADA

Colaboradores/as:  
ABAD ABAD SARA  
ABAD GRACIA CRISTINA  
AGUD CARDONA MONICA  
GAVIN BLANCO OLGA  
LABORDA BORRAZ PILAR  
LOPEZ VERGARA LUCIA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCANIZ

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una patología prevalente con una alta mortalidad. Las exacerbaciones parecen tener un papel clave en la evolución y pronóstico de esta patología. En los últimos años se ha establecido de forma clara en las diferentes guías de práctica clínica las actividades de seguimiento recomendadas en los pacientes con diagnóstico de EPOC, como medio para reducir el número de exacerbaciones y reingresos hospitalarios.

#### ÁREAS DE MEJORA

Implementación de guía de práctica clínica

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de difusión de las guías. Actualización de procedimientos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Reducir el número de exacerbaciones  
Reducir el número de reingresos

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Evaluación del paciente, solicitud de pruebas pendientes necesarias para correcto "fenotipado" y adecuación del tratamiento farmacológico a las guías de práctica clínica. Inclusión en protocolo.

Fecha inicio: 05/07/2021  
Fecha final.: 08/08/2022  
Responsable.: Cristina Abad  
Sara Abad  
Sergio Fandos

2. Evaluación del paciente, inclusión de resultados en la base de datos, adecuación del tratamiento no farmacológico a las guías de práctica clínica y posteriores revisiones (6 meses/1 año) según protocolo

Fecha inicio: 12/07/2021  
Fecha final.: 08/08/2022  
Responsable.: Monica Agud  
Pilar Laborda

3. Explotación de la base de datos y análisis de resultados

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 03/10/2022  
Responsable.: Sergio Fandos  
Olga Gavin

4. Elaboración del nuevo protocolo y de la base de datos para el manejo del paciente EPOC en las consultas

Fecha inicio: 01/06/2021  
Fecha final.: 05/07/2021  
Responsable.: Sergio Fandos  
Olga Gavin

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Tanto en el nuevo protocolo como en la base de datos se incluyen parámetros de seguimiento al paciente EPOC con especial relevancia en: Registro del tratamiento farmacológico y de soporte, comorbilidades que impactan en la evolución de la enfermedad, Eosinofilia en sangre periférica; Espirometría; Test de Marcha;

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#778

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON EPOC CONTROLADA

Clasificación GOLD y GesEPOC; Índices pronósticos BODE o BODEx; Agudizaciones en el año anterior a ser incluidos en protocolo y sufridas durante el seguimiento. Cuestionario de síntomas (CAT); Evaluación de la técnica de inhalación, consejo nutricional y plan de ejercicios; Cumplimiento terapéutico con el cuestionario TAI.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Reducción porcentual del número de agudizaciones antes-después

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....:  $100 - (\text{número de agudizaciones después} * 100 / \text{número de agudizaciones antes})$

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

2. Reducción porcentual del número de ingresos por exacerbación antes-después

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....:  $100 - (\text{número de ingresos por exacerbación después} * 100 / \text{número de ingresos por exacerbaciones antes})$

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#998

### 1. TÍTULO

#### INSTAURACION Y DIVULGACION DEL DOCUMENTO: "INSTRUCCION TECNICA: PUNCION LUMBAR"

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#998 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO

Título  
INSTAURACION Y DIVULGACION DEL DOCUMENTO: "INSTRUCCION TECNICA: PUNCION LUMBAR"

Colaboradores/as:  
CONDADO CONDADO HECTOR  
GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL  
MORENO HIJAZO MIGUEL  
ROSELLO SASTRE NURIA  
SARRION MOCHALES MONTSERRAT

Ubicación principal del proyecto.: H ALCANIZ

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Existe variabilidad en la ejecución y determinaciones diagnósticas asociadas a la punción lumbar en el Hospital de Alcañiz. Sobre todo en los distintos circuitos de derivación de pruebas (derivación a laboratorio inadecuado) y selección de los parámetros a determinar. A veces no se establecen las recomendaciones de seguridad recomendadas en pacientes antiagregados y anticoagulados. Se han detectado incidencias de falta de consentimientos informados.

#### ÁREAS DE MEJORA

Seguridad clínica  
Eficiencia  
Autonomía

#### ANALISIS DE CAUSAS

El tratamiento de las muestras de la PL diagnóstica es dispar ( incluso dentro de un mismo servicio)  
La cantidad de LCR obtenido, los envases de transporte, el número de envases, los circuitos de derivación no se ajustan a un patrón uniforme.  
Es necesario establecer unas instrucciones previas y precisas para favorecer la homogeneidad en el tratamiento de las muestras y optimizar los resultado.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Conseguir que la realización de la PL diagnóstica se rija de acuerdo con unas normas establecidas y uniformes:  
- Incrementar el % de punciones lumbares con consentimientos informados  
- Incrementar la seguridad en pacientes antiagregados y anticoagulados  
- Conseguir que las muestras lleguen al laboratorio correcto

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un documento que recoja las indicaciones y contraindicaciones de la PL diagnóstica.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: José Antonio Oliván Usieto

2. Colgar el documento en intranet/hospital

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 29/09/2022

Responsable.: José Antonio Oliván Usieto

3. Sesiones divulgativas: urgencias, Medicina interna, Residentes de MFYC

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: José Antonio Oliván Usieto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de muestras/paciente que han seguido el circuito y las indicaciones establecidas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Muestras/pacientes que han seguido el circuito y las indicaciones establecidas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#998

### 1. TÍTULO

#### INSTAURACION Y DIVULGACION DEL DOCUMENTO: "INSTRUCCION TECNICA: PUNCION LUMBAR"

para la realización de una PL  
Denominador .....: Total de muestras/pacientes a los que se les ha realizado una PL  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro datos laboratorios bioquímica/microbiología  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. % de PL con consentimiento informado  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de punciones lumbares con CI  
- Fuente de datos: Laboratorio e Historia Clínica

Denominador .....: N° de punciones lumbares  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Laboratorio, Historia Clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1046

### 1. TÍTULO

#### INSTAURACION DE CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON CEFALEA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1046 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BALLESTER MARCO LAURA

Título  
INSTAURACION DE CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON CEFALEA

Colaboradores/as:  
HORNA CAÑETE LAURA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCANIZ

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La cefalea puede presentarse a cualquier edad, teniendo en cuenta que la franja de mayor frecuencia es entre los 30- 50 años, es de especial interés disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida de estos pacientes para minimizar el absentismo laboral y el impacto en su vida diaria. El cometido de esta consulta es ayudar a identificar los episodios, la intensidad del dolor y el nº de fármacos consumidos (correcto registro de ambos) y asegurar la adherencia a los tratamientos pautados por el Neurólogo. Intentar modificar los hábitos de vida de los pacientes o al menos conocer y poder evitar los factores desencadenantes de dolor.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mala adherencia a los tratamientos y registro correcto por parte del paciente del nº de crisis y de los fármacos que consume.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de conocimiento y manejo de la enfermedad. Estilo de vida y hábitos que propician la aparición de crisis de cefalea.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la calidad de vida de los pacientes con cefalea.

Incrementar la adherencia al tratamiento de los pacientes con cefalea.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Ofrecer Educación Sanitaria a los pacientes que acuden a la Consulta sobre: detección de Factores Desencadenantes, hábitos higiénico- dietéticos, efectos de tóxicos, uso racional de aines,...

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Montserrat Sarrión Mochales

2. Recoger información básica sobre el paciente: hábitos, cifras de Tensión Arterial, contexto familiar y psicosocial, actividad laboral,...

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Montserrat Sarrión Mochales

3. Cumplimentar Escalas específicas de Cefaleas: HIT-16, MIDAS, GOLDBERG (ansiedad-depresión), SF-36 ( Se pasarán en la 1ª Consulta y en 4ª cuando acudan a revisión por Neurólogo)

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Montserrat Sarrión Mochales

4. Explicar y entregar Calendario de registro de días de cefalea e intensidad de la misma además de anotar el fármaco consumido.

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Montserrat Sarrión Mochales

5. Seguimiento telefónico para control Adherencia al Tratamiento y detectar los Efectos Secundarios.

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Montserrat Sarrión Mochales

6. Elaboración de un procedimiento de actuación de Enfermería para la Evaluación y Seguimiento del paciente con cefalea.

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 30/12/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1046

### 1. TÍTULO

#### INSTAURACION DE CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON CEFALEA

Responsable.: Monserrat sarrión Mochales

##### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

En la 1ª Consulta de Enfermería se recogen datos básicos sobre la situación personal del paciente: hábitos de vida, contexto psicosocial, situación laboral, cargas familiares,... En esta 1ª consulta presencial se pasan las Escalas indicadas dejando toda la información registrada en la HCE. A partir de esta 1ª Consulta se realiza un seguimiento telefónico a los 30 días (2ª Consulta), a los 60 días (3ª Consulta) y a los 90 días (4ª Consulta) según evolución se plantea visita con Neurólogo/a para revisión y en esa visita presencial se vuelven a pasar todas las Escalas.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. : Nº de pacientes con buena adherencia al tratamiento con test de Morisky Green

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes en seguimiento por cefalea en la Consulta

Denominador .....: Total de pacientes que acuden a la consulta de cefalea

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. - % de pacientes con discapacidad severa en la Escala MIDAS

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: 0 Nº de pacientes en seguimiento por cefalea en la Consulta

Denominador .....: Total de pacientes tratados en consulta de cefalea

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro específico de la Consulta

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

3. 0

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 0

Denominador .....: 0

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: 0

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

4. 0

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 0

Denominador .....: 0

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: 0

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

##### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

El indicador % de pacientes con discapacidad severa en la escala MIDAS se medirá antes (a la llegada del paciente a consulta) y después (al finalizar la intervención). Los valores mínimo y máximo miden: % de pacientes con discapacidad severa en la escala MIDAS antes- %de pacientes con discapacidad severa en la escala MIDAS después.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#133

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL CRIBADO DE PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 15/06/2022

Nº de registro: 2022#133 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANZ ARENAL ANA

Título  
IMPLEMENTACION DEL CRIBADO DE PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
BUIL TEJERO BEATRIZ  
DOMINGUEZ FUENTES JULIO MARCELINO FELICIANO  
FRANCO SERRANO CARLOS  
GABASA GORGAS LOURDES  
LABORDA GOTOR RAMIRO ALBERTO  
REDRADO GIMENEZ OLGA  
TORO SEGOVIA MARITZA J.

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La preeclampsia es una enfermedad multisistémica caracterizada por la existencia de un daño endotelial que precede al diagnóstico clínico y afecta alrededor de un 3% de las gestaciones en el mundo, con una importante morbimortalidad tanto materna como neonatal.

En los últimos años se han producido avances en el conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad, con la aparición de nuevas herramientas de predicción, diagnósticas y de prevención. Las sociedades de obstetricia más importantes de nuestro país han determinado que el cribado de preeclampsia en el primer trimestre está justificado debido a que ha demostrado que la administración de AAS a dosis baja antes de la semana 16 a las pacientes más susceptibles de desarrollar la enfermedad permite reducir la incidencia de la enfermedad antes de la semana 37 y con ello se logra una disminución de la morbimortalidad faternofetal.

Para ello se han propuesto diferentes modelos de cribado, de más sencillos a más complejos, que permitan estratificar el riesgo de desarrollo de preeclampsia. El más sencillo incluye la toma de tensión en consulta en 4 ocasiones para calcular la tensión arterial media y la investigación de factores de riesgo en base a la historia clínica mediante un formulario. Los más complejos incluyen otros factores biofísicos que implican una mayor especialización de los obstetras en la utilización de la ultrasonografía, como el cálculo del índice de pulsatilidad de las arterias uterinas, y marcadores bioquímicos como la determinación de factores angiogénicos y antiangiogénicos que por el momento tienen un coste algo más elevado.

Hasta el momento, en la primera visita del Hospital de Alcañiz no se está realizando un cribado sistemático, sino que en la realización de la anamnesis se realiza un cribado oportunista en base a los factores de riesgo. Si implementamos un cribado sistemático, aunque sea basado en un modelo básico, la tasa de detección estimada para PE pretérmino podría incrementarse al 39%, y dichas pacientes se podrían beneficiar de la profilaxis con ácido acetilsalicílico.

En cuanto al modelo de cribado, para facilitar la implementación así como la sostenibilidad, se ha seleccionado modelo de cribado básico, que incluye parámetros clínicos (factores de riesgo maternos basados en la historia clínica) y parámetros biofísicos (presión arterial media). A futuro podrá elaborarse otro proyecto de implementación de un cribado combinado completo introduciendo otros factores bioquímicos y biofísicos, pero consideramos que el empezar con un cribado más sencillo favorece la adherencia de los profesionales y permite comprobar in vivo la efectividad antes de proponer técnicas más costosas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Implementación de cribado de una patología frecuente y potencialmente grave (preeclampsia), para la administración de un tratamiento que disminuye el desarrollo de la enfermedad.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El cribado de preeclampsia es relativamente novedoso y no estaba implementado en la mayoría de centros sanitarios hasta hace poco. Sin embargo, la Sociedad Española de Ginecología ha determinado en su última guía sobre trastornos hipertensivos de la gestación que "el cribado de preeclampsia en el primer trimestre está justificado debido a que se ha demostrado que la administración de AAS a dosis baja antes de la semana 16 reduce la posibilidad de desarrollar la enfermedad antes de la semana 37".

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo de este proyecto de mejora es implementar un sistema de cribado de preeclampsia en el primer trimestre de embarazo, que nos permita identificar a aquellas pacientes con un mayor riesgo de desarrollar una preeclampsia precoz, para así poder prevenirlo mediante la administración del ácido acetilsalicílico.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Implementación de primera fase de cribado en matrona de atención primaria: toma de TA en 4 ocasiones y



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#133

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL CRIBADO DE PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

entrega de formulario a pacientes

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Beatriz Buil Tejero, Maritza Toro Segovia

3. Implementación de segunda fase de cribado en consulta de obstetricia: revisión de formularios. Cálculo de TAM y cumplimentación de factores de riesgo

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Ana Sanz Arenal, Ramiro Alberto Laborda Gotor, Lourdes Gabasa Gorgas, Carlos Franco Serrano

4. Decisión de la necesidad de prescripción o no de AAS profiláctico en base a resultados de cribado de preeclampsia

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Ana Sanz Arenal, Ramiro Alberto Laborda Gotor, Lourdes Gabasa Gorgas, Paola Estela Montañes Bello

5. Elaboración de una base de datos mediante revisión de agendas de consulta consulta y formularios realizados

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/03/2023

Responsable.: Ana Sanz Arenal, Ramiro Alberto Laborda Gotor, Lourdes Gabasa Gorgas, Carlos Franco Serrano

6. Cálculo de indicadores

Fecha inicio: 16/03/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Ana Sanz Arenal, Ramiro Alberto Laborda Gotor, Lourdes Gabasa Gorgas, Carlos Franco Serrano

1. Realización de un formulario con factores de riesgo de preeclampsia

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Ana Sanz Arenal

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de cribados iniciados en consulta de matrona de atención primaria

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de gestantes con toma de tensión en 4 ocasiones y recepción de formulario en consulta de matrona

Denominador .....: Número de gestantes con primera visita en matrona en primer trimestre

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de cribados concluidos en consulta especializada de obstetricia

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de gestantes con cálculo de TA media y revisión de factores de riesgo en consulta de obstetricia

Denominador .....: Número de gestantes con primera visita en obstetricia en primer trimestre

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Adecuación en la prescripción de la medicación profiláctica

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes con decisión de tratamiento con AAS en base a resultados de cribado de preeclampsia

Denominador .....: Número de gestantes con primera visita en obstetricia en primer trimestre

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#133

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL CRIBADO DE PREECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. -  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: -  
Denominador .....: -  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: -  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#240

### 1. TÍTULO

#### ANALISIS MODAL DE FALLOS Y ERRORES EN EL PARITORIO DEL HOSPITAL ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#240 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BARRABES SANCHEZ MIRIAN

Título  
ANALISIS MODAL DE FALLOS Y ERRORES EN EL PARITORIO DEL HOSPITAL ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
ANDREU GISBERT MARIA PILAR  
BALFAGON GOMEZ MARIA CARMEN  
BUIL TEJERO BEATRIZ  
FERRER GIL MARIA  
GARCIA SALINAS MARIA ESPERANZA  
GONZALEZ VAQUERO CARMEN  
SANCHO VIVES ESTHER

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La gestión de riesgos forma parte de las actividades de mejora de la calidad ya ha sido incluido dentro de los criterios de ISO 9001-2015. Analizar regularmente los riesgos o modos de fallo se ha demostrado como un método muy útil para prevenir errores o incidentes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Gestión de riesgos

#### ANALISIS DE CAUSAS

Nunca se había planteado.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Identificar y evaluar los riesgos más probables en el proceso del parto
- Poner en marcha acciones preventivas de los riesgos de seguridad priorizados en función de su relevancia o factibilidad
- Disminuir la probabilidad de eventos adversos ligados a los riesgos seleccionados

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

- Creación de grupo de trabajo multidisciplinar  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Miriam Barrabes Sanchez
- Elaboración de un AMFE. Priorización con NPR  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Miriam Barrabes Sanchez
- Planteamiento de acciones preventivas derivadas del mismo  
Fecha inicio: 04/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Miriam Barrabes Sanchez
- Desarrollo de las acciones preventivas  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Miriam Barrabes Sanchez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

- Número de acciones preventivas desarrolladas en 2022  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de acciones preventivas desarrolladas en 2022  
Denominador .....: 1

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#240

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y ERRORES EN EL PARITORIO DEL HOSPITAL ALCAÑIZ

x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 6.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 6.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#259

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ACTUACION EN PRESENTACION NO CEFALICA A TERMINO

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#259 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
LABORDA GOTOR RAMIRO ALBERTO

Título  
PROTOCOLO DE ACTUACION EN PRESENTACION NO CEFALICA A TERMINO

Colaboradores/as:  
BALFAGON GOMEZ MARIA CARMEN  
BARRABES SANCHEZ MIRIAN  
FRANCO SERRANO CARLOS  
GABASA GORGAS LOURDES  
LOZANO MARTIN ANA  
MONTAÑES BELLO ESTELA PAOLA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde la publicación en el año 2000 del Term Breech Trial, que concluía que una política de cesáreas sistemática es claramente mejor que un intento de parto vaginal (IPV) en caso de presentación de nalgas a término, la mayoría de las sociedades (RCOG, ACOG, SEGO) recogieron esta recomendación.

Los resultados de este ensayo clínico tuvieron un gran impacto sobre la asistencia al parto vaginal en presentación podálica, como lo demuestra una encuesta realizada en el año 2003 en más de 80 centros de 23 países, en donde el 92.5% de los centros encuestados habían abandonado la práctica del parto vaginal de nalgas en favor de la cesárea.

La versión cefálica externa (VCE) es un procedimiento clásico que en los últimos años ha ganado importancia debido a los mencionados cambios que se han producido en el manejo de la presentación podálica a término.

El objetivo de la VCE es transformar presentaciones no cefálicas en presentaciones cefálicas, que tienen una mayor probabilidad de parto vaginal normal y menor riesgo de complicaciones.

Dado que en el Hospital de Alcañiz la presentación podálica equivale a la terminación de la gestación por vía abdominal, en un intento de disminuir la tasa de cesáreas por este motivo, la VCE es un procedimiento que se debe sistematizar y, al menos, ofrecer e informar a todas las gestantes que se pudieran beneficiar.

Durante la primera mitad de la gestación la relación abundante de líquido amniótico apenas limita la movilidad y es frecuente la situación estática inestable y la presentación fetal pelviana. Conforme avanza la gestación, la mayoría de los fetos presentan su cabeza en la pelvis materna. Esta versión cefálica espontánea es cada vez más infrecuente a medida que avanza la gestación y es poco frecuente que el feto modifique su estática fetal a término (salvo en multigestas o en polihidramnios).

La presentación no cefálica a término tiene una incidencia de entre el 3 y 4%.

Se denomina versión cefálica externa (VCE) al conjunto de maniobras que, mediante manipulación externa a través del abdomen materno, buscan convertir la presentación fetal en cefálica en aquellos fetos que se encuentren en una presentación diferente de ésta.

La Versión Cefálica Externa está indicada en las gestantes con presentación fetal no cefálica y sin contraindicación al parto vaginal o a la técnica. Idealmente a realizar entre la semana 36.0 y 37.6 y aceptable desde las 35 semanas y hasta el parto. La tasa de éxito reportada está alrededor del 50%, siendo mayor en múltiparas que en primíparas.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Falta de captación de pacientes con presentación no cefálica.
2. Falta de organización para que todas las pacientes tengan posibilidad de recibir la técnica
3. Falta de sistematización de la técnica para homogeneizar manejo y poder evaluar resultados

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. No existe hasta ahora protocolo para poder informar de manera homogénea a las pacientes
2. Al no ser una técnica básica, no todos los facultativos tienen experiencia en su realización
3. Hay una variabilidad en la realización de la técnica y en los pasos preparatorios que se espera eliminar con el protocolo

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Los objetivos que se espera conseguir con el desarrollo del proyecto es conseguir que todas las pacientes con criterios de inclusión reciban la información y disminuir la tasa de cesáreas (con su consiguiente disminución de morbilidad feto materna) por causa de presentación no cefálica, consiguiendo un intento de parto vaginal. La finalidad de este protocolo es sistematizar el procedimiento de actuación y actualizar la recogida de datos para poder comparar resultados.

Se incluye en este protocolo a todas las gestantes con diagnóstico en la ecografía de III trimestre (alrededor de la sem 35 de embarazo) de presentación NO cefálica. También se incluyen en este protocolo a las gestantes a las que, por exploración física, se sospeche presentación NO cefálica a partir de sem 35.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#259

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ACTUACION EN PRESENTACION NO CEFALICA A TERMINO

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Presentación del protocolo a todo el personal implicado  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Lourdes Gabasa
2. Creación de agenda para registro cardiotocográfico previo y posterior  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Mirian Barrabes
3. Talleres de capacitación para realizar la técnica  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Ramiro Alberto Laborda
4. Organización de agenda para realización de la técnica en sala de ecografías  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/07/2023  
Responsable.: Ana Lozano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Grado de información de la técnica  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Gestantes que reciben la información (consentimiento informado)  
Denominador .....: Gestantes con presentación no cefálica a término  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00
2. Éxito de la técnica  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Gestantes con feto en presentación cefálica tras la técnica  
Denominador .....: Gestantes a las que se les realiza intento de versión cefálica externa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00
3. Disminución de tasa de cesáreas  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Gestantes que consiguen parto vaginal  
Denominador .....: Gestantes a las que se les realiza intento de versión cefálica externa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica. Registro de partos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00
4. Personal que realiza la técnica  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Numero de facultativos que realizan la técnica  
Denominador .....: Numero de facultativos del servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clinica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#259

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ACTUACION EN PRESENTACION NO CEFALICA A TERMINO

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#124

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACION PARA LA REALIZACION DE INYECCIONES INTRAVÍTREAS EN CONSULTAS

Fecha de entrada: 15/06/2022

Nº de registro: 2022#124 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER

Título  
ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACION PARA LA REALIZACION DE INYECCIONES INTRAVÍTREAS EN CONSULTAS

Colaboradores/as:  
BARTOL PUYAL FRANCISCO DE ASIS  
GASION CARCELLER VANESA  
GELI JUNYER CARMEN  
GOMEZ BORRUEY ANA MARIA  
GONZALEZ TOMAS BLANCA  
LATRE REBLED PILAR BEATRIZ  
VALLES AGUILAR SILVIA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCANIZ

Servicio/Unidad principal .....: OFTALMOLOGÍA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La indicación de inyecciones intravítreas (IIV) actualmente ha crecido exponencialmente en los últimos años. La ejecución de esta técnica requiere de unas condiciones especiales que en estos momentos solo las cumple el quirófano, lo que limita considerablemente la programación necesaria para el volumen de la demanda. La técnica ocupa un tiempo quirúrgico que compite la programación habitual del servicio.

#### ÁREAS DE MEJORA

La adecuación de una sala específica para la realización de inyecciones intravítreas permitiría aumentar la eficiencia en el quirófano.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- El aumento de la demanda de inyecciones intravítreas
- La técnica requiere de un ambiente estéril
- La realización de inyecciones intravítreas en el servicio compite con las cirugías programadas del servicio, reduciendo el número de intervenciones.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Aumentar el número de inyecciones por sesión realizada
- Aumentar el número de intervenciones quirúrgicas programadas distintas de la inyección vítrea

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Incorporación de un equipo de flujo laminar en las consultas de Oftalmología
  - Programación con agenda específica de IIV
  - Elaboración de un procedimiento de IIV
  - Formación al personal

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Francisco J. Castro Alonso

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- . Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. - Incremento de intervenciones programadas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de intervenciones programadas realizadas de Julio a Diciembre de 2022- Nº de intervenciones programadas de Julio a Diciembre de 2021

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: CONTROL DE GESTIÓN

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#124

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACION PARA LA REALIZACION DE INYECCIONES INTRAVÍTREAS EN CONSULTAS

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del ojo y sus anexos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#188

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE CRIBADO DE LAS DERIVACIONES DE ATENCION PRIMARIA PARA REDUCIR LA DEMORA DE PRIMERAS VISITAS

Fecha de entrada: 20/06/2022

Nº de registro: 2022#188 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LATRE REBLEDE PILAR BEATRIZ

Título  
PROGRAMA DE CRIBADO DE LAS DERIVACIONES DE ATENCION PRIMARIA PARA REDUCIR LA DEMORA DE PRIMERAS VISITAS

Colaboradores/as:  
BELLES CENTELLES SANDRA  
CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER  
GAVIN SANCHO ALICIA  
IDOATE DOMENCH ALICIA IRANZU  
LARIO MARCO SANDRA  
PARRA BARDAVIO M. NIEVES  
RODRIGO SANJUAN MARIA JESUS

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: OFTALMOLOGÍA

Línea estratégica: Eficiencia

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Desde la pandemia se ha incrementado mucho el volumen de derivaciones desde atención primaria al servicio de oftalmología, por lo que la lista de espera ha aumentado considerablemente.

ÁREAS DE MEJORA  
Accesibilidad a la consulta.

ANALISIS DE CAUSAS  
- Derivaciones retrasadas durante la pandemia  
- Reducción del número de facultativos en el servicio de oftalmología  
- Incremento en demanda de consulta de especializada desde atención primaria, por motivos menos complejos que antes de la pandemia

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
- Aumentar la accesibilidad a la consulta priorizando por motivos de derivación  
- Realizar pruebas complementarias por parte de enfermería para evitar la visita presencial en aquellas patologías que puedan resolverse de forma virtual.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión de los motivos de derivación por parte de los facultativos en la interconsulta virtual.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: BEATRIZ LATRE REBLEDE

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. REDUCCIÓN DE LA LISTA DE PRIMERAS VISITAS

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: NÚMERO DE PERSONAS EN ESPERA ANTES DE LA ACTIVIDAD MENOS NÚMERO EN ESPERA DESPUES DE LA ACTIVIDAD

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: CONTROL DE GESTIÓN

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 200.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 200.00

3. REDUCCIÓN DE LA DEMORA MEDIA AL FINAL DEL PROYECTO EN ESPERA DE LA 1ª VISITA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: DEMORA MEDIA AL INICIO DEL PROYECTO MENOS DEMORA MEDIA AL FINAL DEL PROYECTO

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#188

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE CRIBADO DE LAS DERIVACIONES DE ATENCION PRIMARIA PARA REDUCIR LA DEMORA DE PRIMERAS VISITAS

Fuentes de datos.: CONTROL DE GESTIÓN

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del ojo y sus anexos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#356

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA UTILIZACION DE ESCALAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN EL PACIENTE ONCOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#356 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO

Título  
IMPLEMENTACION DE LA UTILIZACION DE ESCALAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN EL PACIENTE ONCOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL

Colaboradores/as:  
CORDOVA IRUSTA TEDDY WEIMAR  
FELICES LOBERA MARIA DEL PILAR  
GALAN CERRATO MARIA NIEVES  
GASCON MARTIN ALEJANDRO  
ORTI MOLES JESSICA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGÍA MEDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La neutropenia febril es una urgencia oncológica donde la evaluación inicial del paciente para determinar su gravedad de cara a establecer las pruebas diagnósticas iniciales, el tipo y vía de administración de la antibioterapia, la asociación de factores estimulantes de colonias, así como decidir si es preciso el ingreso hospitalario o se puede manejar al paciente de manera ambulatoria. La utilización de escalas, entre la que destaca la CISNE, nos puede ayudar en todo este proceso y es una herramienta que es de obligada utilización en la evaluación del paciente oncológico con neutropenia febril. Todo lo expuesto se basa en las recomendaciones de las principales guías clínicas (NCCN, ESMO y SEOM). Dicho proyecto pretende además facilitar un algoritmo para el manejo del paciente con neutropenia febril.

#### Las áreas de mejora serian:

- En el paciente con neutropenia es fundamental realizar en el momento de la primera valoración escalas para estratificar el riesgo de mortalidad y establecer la mejor estrategia diagnóstica/terapéutica. Un tratamiento correcto y a tiempo ha demostrado un impacto en la supervivencia de los pacientes. La implementación de escalas en el ámbito hospitalario homogeneiza las actuaciones facilitando la toma de decisiones mejorando la calidad asistencial.
- Establecer criterios de ingresos hospitalarios objetivos.

Con este proyecto se pretende implementar la incorporación de guías clínicas para el manejo de los pacientes con neutropenia febril y establecer protocolos de actuación.

#### ÁREAS DE MEJORA

Implementar la incorporación de guías clínicas actualizadas (SEOM, NCCN, ESMO) para la actuación sobre el paciente oncológico con neutropenia febril. Permitirá mejorar la calidad asistencial para con nuestros pacientes, facilitar el trabajo de los médicos de urgencias y planta, así como disminuir el número de ingresos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Heterogeneidad en la valoración, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con neutropenia febril.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Realizar escalas de valoración en el paciente con neutropenia febril.
- Mejorar la implementación de las guías de práctica clínicas en cuanto a evaluación inicial y tratamiento.
- Reducir el número de hospitalizaciones en los pacientes con neutropenia.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de la guía clínica para el Hospital de Alcañiz  
Realizar estala CISNE en Urgencias y tratar al paciente según las guías clínicas  
Recogida de datos de los pacientes tratados en urgencias

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 03/02/2023  
Responsable.: Teddy Weimar Cordova Irusta

2. Elaboración de guía clínica para el Hospital de Alcañiz  
Asegurar que se ha hecho la escala y se ha actuado en consecuencia  
Recogida de datos de los pacientes ingresados en planta  
Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#356

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA UTILIZACION DE ESCALAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN EL PACIENTE ONCOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL

Fecha final.: 03/02/2023

Responsable.: Alejandro Gascón Martin

3. Elaboración de guía clínica para el Hospital de Alcañiz  
Asegurar que se ha hecho la escala y se ha actuado en consecuencia  
Evaluación y valoración de los datos.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 03/02/2023  
Responsable.: Juan Antonio Verdún Aguilar

4. Elaboración de guías clínica para el Hospital de Alcañiz  
Asegurar que se ha hecho la escala y se ha actuado en consecuencia  
Evaluación y valoración de los datos.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 03/02/2023  
Responsable.: Maria Pilar Felices Lobera

5. Elaboración de guías clínica para el Hospital de Alcañiz  
Asegurar que se ha hecho la escala y se ha actuado en consecuencia  
Evaluación y valoración de los datos.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 03/02/2023  
Responsable.: Maria Nieves Galan Cerrato

6. Recogida de datos  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 03/02/2023  
Responsable.: Jessica Orti Moles

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Este proyecto permitirá:

- 1- Tratar de manera homogénea a los pacientes con neutropenia febril lo que mejorará su calidad asistencial.
- 2- Realizar ingresos de manera responsable y basados en la evidencia científica.
- 3- Establecer vínculos entre los Servicios de Urgencias, Medicina Interna y Oncología Médica. Implementará el trabajo en equipo.
- 4- Realizar protocolos de actuación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes en los que se ha utilizado la escala CISNE al ingreso (en urgencias)  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de pacientes con neutropenia en los que se ha utilizado la escala CISNE al ingreso  
Denominador .....: Nº de pacientes con neutropenia  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. % de pacientes que han recibido la antibioterapia correcta  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº de pacientes con neutropenia en los que se ha utilizado correctamente la antibioterapia (ver criterios de uso de antibioterapia)  
Denominador .....: Nº de pacientes con neutropenia  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Nº de hospitalizaciones por neutropenia  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: % de pacientes con neutropenia que requieren ingreso antes-% pacientes con neutropenia que requieren ingreso después  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Control de gestión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#356

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA UTILIZACION DE ESCALAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN EL PACIENTE ONCOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se determina paciente con neutropenia febril:

- 1- Temperatura oral: > 38°C más de una hora o la determinación de fiebre > 38.3°C o tres mediciones > 38°C en un periodo de 24 horas.
- 2- Analíticamente una cifra de neutrófilos: <500/mm<sup>3</sup> ó < 1.000/mm<sup>3</sup> si se prevé una bajada inferior a 500/mm<sup>3</sup> en las 48 horas siguientes.

La escala CISNE estratifica dos grupos de pacientes:

- De bajo riesgo -> en los que la vigilancia en el área de observación u alta (en caso de buen estado general y buen soporte familiar) sería una alternativa evitando ingresos innecesarios
- 2- De alto riesgo -> obliga a ingreso hospitalario y administración de antibioterapia de amplio espectro.

Se determinará antibioterapia correcta:

- En pacientes de bajo grado -> Aumentine + Ciprofloxacino
- En pacientes de alto riesgo -> antibiótico antipseudomónico de manera estandar

A los pacientes con neutropenia febril de alto riesgo por escala CISNE (puntuación > 2) y con una cifra menos a 500 neutrofilos se añadirá de manera obligatoria factores de colonias

Se deberán sacar de manera obligatoria:

- 1- Analítica (hemograma, coagulación y bioquímica) con parametros inflamatorios (PCR, procalcitonina)
- 2- Cultivos:
  - Hemocultivos
  - Si tiene reservorio se deberá sacar tambien de dicho dispositivo.
  - Cultivos de la zona con sospecha de infección

Respecto al indicador: N° de hospitalizaciones por neutropenia -> de momento no disponemos comparadores previos de ahí los valores establecidos

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#663

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE CONTROL DE TOXICIDAD: PERDIDA DE DENSIDAD MINERAL OSEA EN MUJERES POSTMENOPAUSICAS CON CANCER DE MAMA LUMINAL

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#663 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GALAN CERRATO MARIA NIEVES

Título  
PROTOCOLO DE CONTROL DE TOXICIDAD: PERDIDA DE DENSIDAD MINERAL OSEA EN MUJERES POSTMENOPAUSICAS CON CANCER DE MAMA LUMINAL

Colaboradores/as:  
ANDREU PASCUAL DIANA  
ARCE BENAVENTE MARILIA  
NASSIF POLO VANESA  
PELLICER SANCHEZ JESSICA  
SALVO INGLÉS NATIVIDAD  
VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO

Ubicación principal del proyecto.: H ALCANIZ

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGÍA MEDICA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El cáncer de mama es el tumor con mayor incidencia y prevalencia en la mujer. De todos los subtipos, el fenotipo luminal representa un el 60 % de todos los tumores. Dichas pacientes deben recibir tratamiento hormonal adyuvante durante al menos 5 años. El tratamiento con inhibidores de la aromatasa disminuye la densidad mineral ósea y conlleva un riesgo aumentado de fracturas del 2-8 %. Controlar y monitorizar la densidad mineral ósea mediante densitometrías programadas y añadir tratamientos antiresortivos han demostrado que dicha toxicidad ósea se puede revertir, reduciendo así el riesgo e incidencia de fracturas óseas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Gestión de riesgos. Prevención de fracturas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Efecto secundario de los inhibidores de la aromatasa

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Disminuir la incidencia de fracturas en las mujeres con cáncer de mama tratadas con inhibidores de la aromatasa
- Aumentar la densidad mineral ósea

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Elaboración de protocolo

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Nieves Galán Cerrato

2. - Formación en el servicio

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Nieves Galán Cerrato

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Colaboración con el servicio de Reumatología

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. 1. % de mujeres en tratamiento con antiresortivos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de mujeres tratadas con inhibidores de la aromatasa por ca. de mama en las que se ha evaluado la densidad mineral ósea a los 24 meses de tratamiento

Denominador .....: Nº de mujeres tratadas con inhibidores de la aromatasa por ca. de mama

c. x 100

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro propio, historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#663

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE CONTROL DE TOXICIDAD: PERDIDA DE DENSIDAD MINERAL OSEA EN MUJERES POSTMENOPAUSICAS CON CANCER DE MAMA LUMINAL

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 2. 2. Aumento de masa ósea

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de mujeres tratadas con inhibidores de la aromatasa y con diagnóstico de osteoporosis-osteopenia que han aumentado su t-score al menos 0,5 puntos respecto a su evaluación inicial

Denominador .....: N° de mujeres tratadas con inhibidores de la aromatasa y con diagnóstico de osteoporosis-osteopenia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro propio, historia clínica electrónica, datos de densitometría ósea

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

#### 3. 3. Reversión de osteoporosis

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de mujeres tratadas con inhibidores de la aromatasa y con diagnóstico de osteoporosis que alcanzan 24 meses después un valor T score entre -2,5 y 0

Denominador .....: N° de mujeres tratadas con inhibidores de la aromatasa y con diagnóstico de osteoporosis tras al menos 24 meses de tratamiento

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro propio, HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

#### 4. 4. Disminución de fracturas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de mujeres tratadas con inhibidores de la aromatasa que han sufrido una fractura entre Enero de 2021 y Enero de 2022 - N° de mujeres tratadas con inhibidores de la aromatasa que han sufrido una fra

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: registro propio, HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Zona básica Hospital De Alcañiz

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#705

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA REALIZACION DE ANALISIS GENETICO DE DPYD EN PACIENTES ONCOLOGICOS QUE VAN A RECIBIR TRATAMIENTO CON FLUOROPIRIMIDINAS

Fecha de entrada: 19/07/2022

Nº de registro: 2022#705 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FELICES LOBERA MARIA DEL PILAR

Título  
IMPLEMENTACION DE LA REALIZACION DE ANALISIS GENETICO DE DPYD EN PACIENTES ONCOLOGICOS QUE VAN A RECIBIR TRATAMIENTO CON FLUOROPIRIMIDINAS

Colaboradores/as:  
ARIÑO ALBAJEZ ALICIA  
ORTI MOLES JESSICA  
REAL CORDERO ESPERANZA  
SALVO INGLÉS NATIVIDAD  
TEJADA MUÑOZ SARA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCANIZ

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGÍA MEDICA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las fluoropirimidinas o dihidropirimidinas (5-fluorouracilo [5-FU], capecitabina y tegafur) son medicamentos antimetabolitos que son utilizados como tratamiento de múltiples tumores sólidos. Aproximadamente del 10 al 40 % de los pacientes tratados con fluoropirimidinas desarrollan toxicidad grave. Aproximadamente el 30% de los pacientes que reciben 5-FU o capecitabina en monoterapia experimentan toxicidad grave relacionada con el tratamiento, que en un 10-20% de los casos puede requerir hospitalización y es letal en el 0,5-1,0% de los casos. Además, son numerosos los casos en los que el tratamiento debe retrasarse o suspenderse por toxicidad.

La principal enzima encargada de eliminar las fluoropirimidinas es la dihidropirimidina deshidrogenasa (DPD), codificada por el gen DPYD. La deficiencia parcial o completa de esta enzima se ha asociado con una mayor toxicidad por fluoropirimidinas, ya que se acumula 5-FU y se forman más metabolitos activos.

Varias guías internacionales han recomendado el genotipado de los pacientes candidatos a tratamiento con fluoropirimidinas, y el ajuste de dosis en aquellos pacientes que presenten mutaciones en DPYD para tratar de reducir el riesgo de toxicidad.

Desde febrero de 2021 se puede realizar dicha prueba en Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Con la identificación de las mutaciones en DPYD queremos evaluar si se ha conseguido reducir la tasa de efectos adversos asociados en los pacientes que reciben tratamiento con dihidropirimidinas tras realizar ajuste de dosis con los resultados obtenidos en el genotipado.

#### ÁREAS DE MEJORA

Seguridad clínica. Gestión de riesgos. Implementar el análisis de DPDD previo al inicio del tratamiento con fluoropirimidinas en el paciente oncológico, permitirá mejorar la calidad asistencial para con nuestros pacientes, evitando ingresos hospitalarios, retrasos en la continuidad de los tratamientos o suspensión de los tratamientos por efectos adversos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Hasta Febrero de 2021 no se disponía de la prueba de genotipado de mutaciones de DPYD.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Realizar el análisis de DPYD en todo paciente oncológico que vaya a recibir tratamiento con fluoropirimidinas.
- Mejorar la tolerancia y cumplimiento del tratamiento con fluoropirimidinas en pacientes oncológicos.
- Reducir el número de hospitalizaciones, retrasos o suspensión de tratamientos debido a la toxicidad por fluoropirimidinas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Identificación de pacientes en riesgo: Petición de genotipado en los pacientes candidatos a tratamiento con fluoropirimidinas para investigar mutaciones de DPYD

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2024

Responsable.: María Pilar Felices Lobera

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#705

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA REALIZACION DE ANALISIS GENETICO DE DPYD EN PACIENTES ONCOLOGICOS QUE VAN A RECIBIR TRATAMIENTO CON FLUOROPIRIMIDINAS

2. Realización de ajuste de dosis de fluoropirimidinas en los que presenten mutaciones

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2024

Responsable.: María Pilar Felices Lobera

3. Registro de resultados del análisis de los pacientes analizados, retrasos, suspensión e ingresos derivados del tratamiento con fluoropirimidinas

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: Alicia Ariño Albajez

4. Elaboración del protocolo

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: María Pilar Felices Lobera

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes en los que se ha realizado genotipado de DPYD

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes que reciben o han recibido fluoropirimidinas en los que se ha realizado el genotipado de DPYD

Denominador .....: Número de pacientes que reciben o han recibido fluoropirimidinas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Ajuste de la dosis de fluoropirimidinas en función de los resultados del genotipado

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de pacientes que han recibido fluoropirimidinas en los que se ha realizado el ajuste de dosis en función del resultado del genotipado

Denominador .....: Número de pacientes que han recibido fluoropirimidinas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Disminución de ingresos por toxicidades con fluoropirimidinas tras realización de genotipado

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: 1 - (Nº de ingresos por toxicidad a fluoropirimidinas después de la intervención/Nº de ingresos por toxicidad a fluoropirimidinas antes de la intervención)

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. Disminución de retrasos y suspensión del tratamiento con fluoropirimidinas tras genotipado

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de pacientes que han realizado suspensión o retraso de tratamiento con fluoropirimidinas en pacientes que se ha realizado el ajuste de dosis desde agosto de 2022 a agosto de 2023

Denominador .....: número de pacientes que han realizado suspensión o retraso del tratamiento con fluoropirimidinas desde agosto de 2022 a agosto de 2023

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#705

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA REALIZACION DE ANALISIS GENETICO DE DPYD EN PACIENTES ONCOLOGICOS QUE VAN A RECIBIR TRATAMIENTO CON FLUOROPYRIMIDINAS

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#846

### 1. TÍTULO

#### INTRODUCCION EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ DE LA CIRUGIA DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL MEDIANTE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#846 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR

Título  
INTRODUCCION EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ DE LA CIRUGIA DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL MEDIANTE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Colaboradores/as:  
CORTIZO VAZQUEZ ELOY

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: OTORRINOLARINGOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Servicio de ORL del hospital de Alcañiz no ha realizado hasta la fecha intervenciones dentro del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria, lo que repercute en la ocupación de camas de nuestro hospital. La turbinoplastia se encuentra incluida dentro del epígrafe del Anexo 5 "Listado B de procedimientos susceptibles de CMA" incluido dentro del documento de estándares de CMA del Ministerio de Sanidad, y por tanto está recomendada su inclusión como técnica de CMA. Como ventajas que aporta:

- Reducción de las complicaciones derivadas de la cirugía clásica turbinal, como son la hemorragia nasal, el dolor postquirúrgico y las infecciones nasales.
- Reducción de los tiempos quirúrgicos ya que esta cirugía se realiza en general, con anestesia local y sedación en vez de anestesia general.
- No precisa ingreso hospitalario previo ni estancia hospitalaria posterior.

ÁREAS DE MEJORA  
Accesibilidad.

ANÁLISIS DE CAUSAS  
No se ha realizado hasta la fecha CMA en el servicio de ORL en nuestro hospital.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Aumentar el porcentaje de intervenciones de turbinoplastia por CMA.  
Monitorizar la seguridad de la clínica monitorizando complicaciones y reingresos respecto a la cirugía clásica anteriormente realizada.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de protocolo con instrucciones de preparación al paciente, especificaciones en el área de observación e instrucciones para los cuidados post quirúrgicos.

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final.: 20/12/2022

Responsable.: MARIA PILAR LISBONA ALQUEZAR

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de turbinoplastias realizadas por CMA:

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de turbinoplastias realizadas por CMA

Denominador .....: Nº de turbinoplastias realizadas en el Hospital de Alcañiz

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro del hospital 600

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. % de pacientes intervenidos de turbinoplastia por CMA que ingresan por complicaciones quirúrgicas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes intervenidos de turbinoplastia por CMA que tienen que ingresar por complicaciones derivadas de la cirugía

Denominador .....: Nº de pacientes intervenidos de turbinoplastia por CMA que tienen que ingresar

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#846

### 1. TÍTULO

#### INTRODUCCION EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ DE LA CIRUGIA DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL MEDIANTE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

por complicaciones derivadas de la cirugía  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro específico  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#874

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA DERIVACION DE PACIENTES ONCOLOGICOS DE CABEZA Y CUELLO

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#874 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CORTIZO VAZQUEZ ELOY

Título  
MEJORA EN LA DERIVACION DE PACIENTES ONCOLOGICOS DE CABEZA Y CUELLO

Colaboradores/as:  
LISBONA ALQUEZAR MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: OTORRINOLARINGOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El cáncer de cabeza y cuello presenta una elevada morbimortalidad. Los estándares de calidad vigentes en la actualidad recomiendan que los pacientes que cumplen determinados criterios sean presentados en el comité oncológico multidisciplinar de cabeza y cuello. La ausencia de protocolización de esta patología en nuestro hospital hace que, en ocasiones, algunos pacientes con criterios de derivación no lleguen a ser presentados en el comité oncológico multidisciplinar de cabeza y cuello.

#### ÁREAS DE MEJORA

Evaluación diagnóstica

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No existen protocolos actualizados de derivación.  
El Hospital de Alcañiz se encuentra a hora y media en coche por carretera nacional de su centro de referencia. No siempre existe un cauce de comunicación fluido entre distintos centros.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Que todos los pacientes oncológicos de cabeza y cuello que cumplan criterios sean presentados en el comité oncológico multidisciplinar de cabeza y cuello del Hospital Universitario Miguel Servet (centro de referencia)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de procedimiento con criterios de derivación.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/07/2024  
Responsable.: Eloy Cortizo

2. Optimizar la información contenida en la historia clínica electrónica de los pacientes remitidos (imágenes de la lesión, tablas con información clínica...)

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/07/2024  
Responsable.: Eloy Cortizo

3. Acudir, cuando sea posible, al comité oncológico para participar en la toma de decisiones y mejorar el seguimiento de los pacientes.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/07/2024  
Responsable.: Eloy Cortizo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes con criterios de derivación al comité oncológico de cabeza y cuello derivados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes con criterios de derivación al comité oncológico de cabeza y cuello que han sido derivados al mismo.

Denominador .....: Nº de pacientes con criterios de derivación al comité oncológico de cabeza y cuello

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#874

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA DERIVACION DE PACIENTES ONCOLOGICOS DE CABEZA Y CUELLO

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#131

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO CON FENTANILO INTRANASAL ANTE LOS TRAUMATISMOS/FRACTURAS RECIBIDOS EN LA POBLACION PEDIATRICA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 15/06/2022

Nº de registro: 2022#131 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ORDEN RUEDA CLAUDIA

Título  
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO CON FENTANILO INTRANASAL ANTE LOS TRAUMATISMOS/FRACTURAS RECIBIDOS EN LA POBLACION PEDIATRICA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
BELENGUER CARRERAS LINA MARIA  
BERDUN CHELIZ ENRIQUE  
CRUZ LOPEZ ANA MARIA  
OCHOA GOMEZ LAURA  
REVUELTA CABELLO ANA  
SORO FERRER ESTELA  
USON ALVAREZ M. MERCEDES

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El dolor es la razón más común por la cual los pacientes consultan a los servicios de urgencias, tratado de forma insuficiente frecuentemente en niños.

El tratar adecuadamente el dolor responde no sólo a la obligación de aliviarlo inherente a la medicina, sino a los efectos beneficiosos que conlleva su precoz tratamiento.

Hasta ahora, ante situaciones de dolor intenso como puede ser el dolor postraumático en extremidades ante sospecha de fractura y su tratamiento sin cirugía, existía un miedo poco fundado al tratamiento energético y eficaz con opioides por sus posibles efectos secundarios. Este temor suele conllevar un retraso en el tratamiento del dolor que aumenta el malestar del paciente y de sus familiares aumentando las comorbilidades.

Ante esta sensación subjetiva de infratratamiento del dolor agudo intenso se desea implantar un protocolo de actuación ante las situaciones señaladas anteriormente con Fentanilo intranasal, debido fundamentalmente a su rápida acción, magnífica fiabilidad y menores efectos secundarios en relación con la morfina. Este protocolo ha de ser sencillo, fácil de aplicar y universal para todo paciente de edad comprendida entre los 2 y los 16 años que acuda a Urgencias del Hospital de Alcañiz con un dolor agudo intenso. La universalización en el uso de un opioide específico permite la familiarización con el mismo, conocer su modo de actuación, su posología y efectos secundarios, conllevando un uso más rutinario y eficaz del mismo.

El fentanilo es muy lipofílico y su absorción más rápida es a través de la mucosa nasal. Las formas no parenterales, debido a su rápida absorción, aumentan su biodisponibilidad en un 50-90%, con concentraciones máximas a los 12 min e inicio de acción entre los 2-5 min, para la forma intranasal. Estas características hacen del fentanilo intranasal un potente analgésico seguro y eficaz.

Las ventajas de utilizar la vía intranasal en urgencias son numerosas para los pacientes pediátricos. Evita el pinchazo para administrar medicación (iv, IM, SC), se administra con técnica indolora, segura y más rápida que la parenteral. Esta vía obvia la barrera hematoencefálica y se alcanzan niveles muy rápidos en el líquido cefalorraquídeo (a menudo más rápido que por vía intravenosa).

En urgencias utilizaremos el dispositivo Mad-Nasal (disponible en Urgencias) acoplado a una jeringa. Además, el medicamento puede ser entregado desde cualquier posición (sentado, acostado, de lado) y sólo se necesita un segundo para administrar la dosis. Además se facilitará en todos los casos una hoja de instrucciones para padres al alta, en las que se explica de forma detallada los signos a vigilar y recomendaciones domiciliarias.

Hay que tener en cuenta que este protocolo se aplicará a todo paciente que acuda al Servicio de Urgencias sin vía periférica intravenosa y sin haber recibido un analgésico potente previo.

#### ÁREAS DE MEJORA

El infratratamiento del dolor agudo moderado-intenso en la población pediátrica.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La presentación intranasal de fentanilo y su indicación pediátrica es de reciente aparición. Al tratarse de un opioide puede haber resistencias a su uso en población pediátrica por miedo a los efectos secundarios

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Tratar de forma precoz, segura y eficaz el dolor agudo moderado-intenso de los pacientes entre 2 y 16 años que acuden a Urgencias del Hospital de Alcañiz.
- Disminuir el riesgo de reacciones adversas ante el uso de opioides.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#131

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO CON FENTANILO INTRANASAL ANTE LOS TRAUMATISMOS/FRACTURAS RECIBIDOS EN LA POBLACION PEDIATRICA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

1. -Elaboración de un protocolo del tratamiento del dolor agudo, tomando como referencia el de nuestro servicio de referencia que es el del servicio de Urgencias Hospital Miguel Servet.  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Claudia Orden Rueda

2. -Información a todo el personal de la puesta en marcha del protocolo a través de una sesión clínica.  
Fecha inicio: 28/06/2022  
Fecha final.: 28/06/2022  
Responsable.: Claudia Orden Rueda

3. -Selección de pacientes entre 2 y 16 años que acudan a Urgencias con dolor moderado intenso, documentadas por las escalas de valoración del dolor en pediatría habituales.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Claudia Orden Rueda

4. -Registro de los pacientes que reciben Fentanilo intranasal y descripción de las posibles incidencias  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Claudia Orden Rueda

5. -Evaluación de los resultados mediante comparación del grado de dolor pre y post tratamiento y establecimiento de propuestas de mejora.  
Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Claudia Orden Rueda

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % pacientes con diagnóstico de fractura y/o reducción tratados con fentanilo intranasal  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de pacientes con diagnóstico de fractura y/o reducción en los que se ha registrado dicha técnica  
Denominador .....: Número de pacientes con diagnóstico de fractura y/o reducción  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro específico e Historia clínica electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % pacientes con fractura/reducción en los que consta el tratamiento administrado  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº pacientes con diagnóstico de fractura y/o reducción en los que consta el tratamiento administrado  
Denominador .....: Nº pacientes con diagnóstico de fractura y o reducción  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro específico e Historia clínica electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % informes de pacientes que recibieron fentanilo intranasal con entrega hoja información  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº informes de pacientes tratados con fentanilo intranasal en los que consta entrega de la hoja de instrucciones a padres  
Denominador .....: Nº de pacientes que recibieron Fentanilo intranasal  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro específico e Historia clínica electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#131

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO CON FENTANILO INTRANASAL ANTE LOS TRAUMATISMOS/FRACTURAS RECIBIDOS EN LA POBLACION PEDIATRICA EN URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

4. % de pacientes pediátricos tratados con fentanilo intranasal que presentan reacción adversa grave  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes pediátricos tratados con fentanilo intranasal que presentan reacción adversa grave ( problemas respiratorios, apneas, rigidez torácica...)  
Denominador .....: número de pacientes pediátricos en los que se pauta tratamiento con Fentanilo intranasal.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro específico e Historia clínica electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

5. % de pacientes con reducción del dolor de 3 o más puntos tras la administración de Fentanilo Intrana  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que consiguen disminución según las escalas de la medición del dolor en 3 o más puntos (o en el caso de <7años,cambio de al menos dos dibujos faciales hacia la expresión de felicidad  
Denominador .....: Número de pacientes en que se administra fentanilo intranasal.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro específico e Historia clínica electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#192

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL SEGURO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 20/06/2022

Nº de registro: 2022#192 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
OCHOA GOMEZ LAURA

Título  
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL SEGURO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
CLAVERO MONTAÑES NURIA  
FERRER GIL MARIA  
GASCON POLO M. PILAR  
LEIVA COMERAS ANA CARMEN  
SANCHO VIVES ESTHER  
SANZ ARENAL ANA  
VICENTE LOPEZ BEATRIZ

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se denomina contacto piel con piel (CPP) precoz al contacto piel con piel del recién nacido (RN) con su madre inmediato tras el parto estando ampliamente demostrados los beneficios que aporta su práctica tanto en el RN como en la madre. Esta recomendación ha sido apoyada por diversas entidades científicas como la Sociedad Española de Pediatría o la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia de Unicef y el Ministerio de Sanidad.

Coincidiendo con la aplicación cada vez más generalizada del CPP precoz entre la madre y su hijo en la sala de partos y en las maternidades, han comenzado a describirse en la literatura médica, casos de RN que han padecido episodios casi letales o muerte súbita mientras estaban en CPP con su madre, tras el parto. La incidencia estimada de estos episodios es baja, estimándose en 3 casos /100.000 partos, pero probablemente estará infravalorada porque se registrarán sólo los de mayor gravedad, y no aquellos en los que el recién nacido se recuperó rápidamente tras estimularle. Aunque son poco frecuentes, las secuelas de estos episodios son graves, describiéndose el 50% de fallecimientos y el 50% de secuelas neurológicas.

Los episodios descritos, ocurrieron sobre todo en las primeras 24 horas tras el parto, más frecuentemente en las dos primeras horas, y alrededor de la primera toma al pecho. Se trataba de recién nacidos aparentemente sanos, nacidos por vía vaginal y cuya historia prenatal no hacía sospechar patología alguna.

La causa de estos episodios de momento es desconocida. Hay diversas hipótesis, pero ninguna de ellas ha sido comprobada. Entre ellas la posible obstrucción de la vía respiratoria del recién nacido con el cuerpo de su madre mientras está colocado boca abajo en contacto piel con piel o acostado en la cama junto a ella. Por otra parte, no pueden olvidarse los importantes cambios adaptativos que sufre el recién nacido en las dos primeras horas tras el nacimiento. Si bien, se ha observado que en diferentes casos con frecuencia se repiten ciertas circunstancias: mujeres sin acompañante, primíparas, que se encontraban cansadas o adormiladas tras el parto, sin una vigilancia adecuada durante el CPP o mientras daban el pecho, encontrándose el RN en una postura potencialmente asfixiante (tumbado en prono sobre el abdomen o pecho de su madre). Actualmente, en nuestro hospital está implantada la práctica del CPP precoz, pero no disponemos de un protocolo específico que contemple las medidas de vigilancia y precauciones que garanticen la seguridad del RN.

ÁREAS DE MEJORA  
Seguridad clínica en el contacto piel con piel

ANALISIS DE CAUSAS  
Hasta ahora no se habían descrito incidentes de seguridad con esta técnica

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Implantación de un protocolo de contacto piel con piel seguro inmediato en el Hospital de Alcañiz, para garantizar la práctica correcta y segura del CPP durante las primeras horas de vida del RN.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un protocolo de contacto piel con piel seguro en el Hospital de Alcañiz.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: LAURA OCHOA,NURIA CLAVERO, BEATRIZ VICENTE,ANA SANZ, MARÍA FERRER, ESTHER SANCHO, PILAR GASCON

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#192

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL SEGURO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. Elaboración de tríptico informativo para las familias sobre el CPP seguro (se dará en la visita de las 35 s en la consulta de tocología)

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: BEATRIZ VICENTE, ESTHER SANCHO, MARÍA FERRER

3. Elaboración de carteles informativos sobre CPP seguro que se colocarán en Servicio de Paritorio

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: ESTHER SANCHO, MARÍA FERRER, ANA CARMEN LEYVA

4. Elaboración de encuestas para madres sobre información de CPP y forma de realización

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: LAURA OCHOA, NURIA CLAVERO

5. Elaboración de hojas de registro en paritorio sobre la realización del CPP

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: BEATRIZ VICENTE, ANA SANZ, ESTHER SANCHO, MARÍA FERRER

6. Información a todo el personal implicado de la puesta en marcha del protocolo

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: LAURA OCHOA, NURIA CLAVERO, BEATRIZ VICENTE, ANA SANZ

7. Recogida de encuestas para madres y hojas de registro de paritorio sobre la realización del CPP

Fecha inicio: 15/10/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: LAURA OCHOA, NURIA CLAVERO, BEATRIZ VICENTE, ANA SANZ

8. Revisión y análisis de los indicadores

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: LAURA OCHOA, NURIA CLAVERO, BEATRIZ VICENTE, ANA SANZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cobertura de información 1

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de mujeres que habían recibido la información sobre cómo realizar el CPP seguro tras el parto

Denominador .....: Número de partos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ENCUESTA

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Cobertura de información en acompañantes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de acompañantes que habían recibido la información sobre cómo realizar el CPP seguro tras el parto

Denominador .....: Número de partos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ENCUESTA

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de mujeres acompañadas en el CPP

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de mujeres parturientas que habían sido acompañadas durante el CPP

Denominador .....: Número de partos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ENCUESTA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#192

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL SEGURO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 4. Sensación de seguridad

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de mujeres que se han sentido vigiladas o atendidas por el personal sanitario durante el CPP tras el parto

Denominador .....: Número de partos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ENCUESTA

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 5. % de eventos letales o muerte súbita durante el CPP

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de eventos aparentemente letales o muerte súbita en RN durante el CPP

Denominador .....: Número de partos en los que se ha realizado CPP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de evento centinela

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Lactantes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#214

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA GUÍA RAPIDA DE DOSIFICACION FARMACOLOGICA PEDIATRICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#214 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CLAVERO MONTAÑES NURIA

Título  
IMPLANTACION DE UNA GUÍA RAPIDA DE DOSIFICACION FARMACOLOGICA PEDIATRICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
ANDRES LOPEZ VANESA  
ARNAL MEINHARDT ANTONIO JOSE  
CORDOVA IRUSTA TEDDY WEIMAR  
GOMEZ ARA ANA MARIA  
ORDEN RUEDA CLAUDIA  
REVUELTA CABELLO ANA  
SORO FERRER ESTELA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los errores de medicación son inherentes a la práctica clínica, siendo especialmente frecuentes en áreas como pediatría. Un estudio ha mostrado que los errores de medicación potencialmente dañinos pueden ser 3 veces más comunes en la población pediátrica que en la adulta. Entre otros factores, uno de los más importantes es el hecho de que dosificar medicamentos de uso pediátrico es mucho más complejo, dado que la dosificación está sujeta a cálculos constantes: por peso, por superficie corporal, por edad, situación clínica, etc. Si a esto le sumamos que muchas veces la dosificación se realiza en situaciones estresantes, en la que participan distintas personas, el problema puede ser todavía mayor. Pues ante estas situaciones se requiere la colaboración de todo el equipo profesional que atiende al niño, y cada uno de ellos debe conocer y asumir sus funciones. Para ello es necesario una continua formación y sobretodo la aplicación de forma metódica de los protocolos aprendidos. Por ello desde el servicio de pediatría hemos considerado que sería necesario implantar una guía de dosificación rápida (por Kg) con los fármacos de uso frecuente en las situaciones pediátricas de urgencia para facilitar la dosificación y administración de las mismas. Así como una serie de tablas resumen de la secuencia rápida de intubación y manejo del aparato circulatorio y respiratorio que permitan acceder de forma rápida a la información y aplicarla. De esta forma se trabajaría de forma unificada en los distintos servicios en los que se atienden niños, facilitando la labor de los profesionales implicados

#### ÁREAS DE MEJORA

La dosificación correcta de fármacos utilizados en situaciones de urgencia pediátrica.

L

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La dosificación en pediatría generalmente se hace en función del peso del niño, existiendo además diversas presentaciones farmacéuticas, lo que puede inducir a error en la pauta y preparación de estos fármacos. Sobre todo en situaciones de stress para los profesionales

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Usar de forma correcta (dosis y preparación) los fármacos utilizados con más frecuencia en situaciones de urgencia pediátrica, en los niños que acuden a Urgencias entre los 0 y los 14 años  
-Disminuir el riesgo de errores de medicación en la población pediátrica

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de una Guía de dosificación de fármacos pediátricos. Los fármacos aparecerán en una tabla por orden alfabético y en cada uno de ellos aparecerá la dosis por kg en ml y mg y su dilución

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: nuria clavero

2. Elaboración de un algoritmo de secuencia rápida de intubación, y tabla de constantes por edad

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Claudia orden

3. Elaboración de una tabla con el material de intubación según edad y una tabla de RCP y fármacos usados en función de la edad

Fecha inicio: 01/08/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#214

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA GUÍA RAPIDA DE DOSIFICACION FARMACOLOGICA PEDIATRICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Estela Soro

4. Realización de charla explicativa sobre el material elaborado y su uso en la planta de pediatría y en el servicio de Urgencias. Determinar el lugar de ubicación del material

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Nuria Clavero

5. Evaluación de los resultados y establecimiento de propuestas de mejora.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: ana gomez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

..

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % profesionales que resuelven correctamente todos los casos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de profesionales con todos los casos correctamente resueltos

Denominador .....: Nº de profesionales que asisten a la formación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: cuestionario con casos prácticos a rellenar tras la formación

X 100

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> poblacion pediatrica en situaciones de urgencia o riesgo vital

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#374

### 1. TÍTULO

#### COMPROBACION DE LA INTEGRIDAD DE MANDILES PLOMADOS, PROTECTORES TIROIDEOS Y GONADALES

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#374 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA VILLANUEVA MARIA PILAR

Título  
COMPROBACION DE LA INTEGRIDAD DE MANDILES PLOMADOS, PROTECTORES TIROIDEOS Y GONADALES

Colaboradores/as:  
ARIÑO BALFAGON ENGRACIA ADORACION  
GARCIA CASTELLANOS JUAN MANUEL  
GUARCH SALES ANA  
GUILLEN IBÁÑEZ ANA M.  
MORMENEO FALGAS ELENA  
PRADES ALQUEZAR MARIA PILAR  
SOSTRES BARCELO MIGUEL

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Uno de los principios de protección radiológica se basa en minimizar la exposición a la radiación ionizante. El blindaje constituye uno de los elementos clave junto a la distancia y el tiempo. En el momento actual observamos un deterioro importante en el material que utilizamos por lo que puede existir riesgo para la salud tanto del profesional como del paciente que usa dicho material.

#### ÁREAS DE MEJORA

Trabajamos en el día a día con delantales plomados, protectores tiroideos y gonadales aplicados tanto al personal profesional como a los pacientes y familiares que desconocemos si cumplen con los criterios de seguridad ya que no se suelen hacer revisiones periódicas. Basándonos en el criterio ALARA se rechazará el material con desperfectos que sumen un área igual o superior a 15mm cuadrados en las zonas que cubren órganos críticos (a lo largo de la costura, en áreas superpuestas o en la parte posterior del delantal de plomo que sumen un área igual o superior a 50mm cuadrados) o grietas de más de un centímetro de longitud. Los protectores tiroideos con desperfectos que sumen un área igual o superior a 10mm cuadrados. (Por ejemplo, una chincheta estándar).

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Dado que son materiales que se usan con frecuencia y tras un período de pandemia en el que se han utilizado productos de limpieza agresivos, añadido a los productos de limpieza convencionales, proponemos hacer una revisión más exhaustiva de dichos materiales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo de este procedimiento es la comprobación de la integridad de delantales plomados, protectores tiroideos y gonadales usados en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de Alcañiz. Aplicando el criterio ALARA asegurándonos de que no existen agujeros ni grietas que excedan fuera de los criterios permitidos, por lo que no podrían ser utilizados.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Inventario de delantales plomados, protectores tiroideos y gonadales .Identificarlos y asignarles una numeración.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 07/10/2022

Responsable.: M\*Pilar Prades Alquezar

2. Pasar el material por un equipo de escopia para valorar su estado (grietas y agujeros).

Fecha inicio: 10/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Elena Mormeneo Falgás

3. Anotar día, mes y año de la revisión reflejando posibles desperfectos de cada uno.

Fecha inicio: 10/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Ana María Guillén Ibáñez

4. Retirar el material que no cumpla los requisitos del criterio ALARA y notificarlo al servicio de Prevención de RL y a la persona responsable del material del Servicio de Rx. (Supervisora).



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#374

### 1. TÍTULO

#### COMPROBACION DE LA INTEGRIDAD DE MANDILES PLOMADOS, PROTECTORES TIROIDEOS Y GONADALES

Fecha inicio: 02/11/2022  
Fecha final.: 18/11/2022  
Responsable.: Gracia Ariño Balfagón

5. Definir aplicaciones de uso del material y clasificar por carga de trabajo de cada unidad valorando necesidades de uso para elaborar un plan de necesidades acorde al Servicio.

Fecha inicio: 21/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Juan Manuel García Castellanos

6. Elaborar una hoja informativa para todos los trabajadores del Servicio de Rayos sobre el uso y mantenimiento correcto del material de protección radiológica.

Fecha inicio: 05/12/2022  
Fecha final.: 09/12/2022  
Responsable.: Ana Guarch Sales

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de material revisado  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de unidades revisadas

Denominador .....: Número total de unidades a estudio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de material que no cumplen el criterio ALARA.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de unidades que no cumple el criterio ALARA  
Denominador .....: Número de unidades a estudio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Protección del paciente en general

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1155

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION DE LA PETICION DE CITA EN EL SERVICIO DE RACIOLOGÍA

Fecha de entrada: 02/08/2022

Nº de registro: 2022#1155 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MOR JULVE EMILIO

Título  
INFORMATIZACION DE LA PETICION DE CITA EN EL SERVICIO DE RACIOLOGÍA

Colaboradores/as:  
ARTIGOT NARRO MARIA ISABEL  
GARCIA SOLA IGNACIO  
PINTADO RIVAS PILAR  
VAREA SANZ MARZO ANTONIO

Ubicación principal del proyecto.: H ALCANIZ

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: Eficiencia

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Informatización de la petición de cita en el servicio de radiología

ÁREAS DE MEJORA  
Eliminación del papel. Incremento de la trazabilidad

ANÁLISIS DE CAUSAS  
No se estaba utilizando la Historia Clínica Electrónica

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Eliminar el papel en la actividad de citación en Radiología implementando los medios electrónicos existentes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Comunicación a los servicios correspondientes

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Emilio Mor Julve

2. Solicitud electrónica de cita

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Emilio Mor Julve

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de citas solicitadas electrónicamente

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de citas solicitadas electrónicamente  
Denominador .....: Número de citas solicitadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1206

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA EXPLORACION CON ECO-DOPPLER EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1206 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
VAREA SANZ MARZO ANTONIO

Título  
IMPLANTACION DE LA EXPLORACION CON ECO-DOPPLER EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
ARTIGOT NARRO MARIA ISABEL  
GARCIA SOLA IGNACIO  
MOR JULVE EMILIO  
PINTADO RIVAS PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Hasta la fecha no se han realizado eco-Doppler en el hospital de Alcañiz, teniendo que ser derivados los pacientes a Zaragoza. La incorporación de 2 radiólogos con experiencia en el manejo de eco-Doppler y la disponibilidad de equipamiento constituyen una buena oportunidad para su implantación.

#### ÁREAS DE MEJORA

Implantación de diagnóstico con eco-Doppler

#### ANALISIS DE CAUSAS

No se disponía de personal con experiencia en la realización de eco-Doppler ni tiempo para ejecutarlo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Implementar la exploración con eco-Doppler en el hospital de Alcañiz evitando desplazamientos a Zaragoza.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Solicitud de autorización a cartera de servicios

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Marzo Varea

2. Implementación de la técnica

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Marzo Varea

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes con eco-Doppler realizados en el Hospital de Alcañiz.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes con eco-Doppler realizados en el Hospital de Alcañiz

Denominador .....: Nº de pacientes con solicitud de eco-Doppler

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de citas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1206

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA EXPLORACION CON ECO-DOPPLER EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#413

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA INTERCONSULTA ELECTRONICA HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#413 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MACIA CALVO MONICA

Título  
IMPLANTACION DE LA INTERCONSULTA ELECTRONICA HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION

Colaboradores/as:  
VALENCIA HERNANDEZ JOSE ANTONIO  
BERGUA SANCLEMENTE MARIA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La interconsulta hospitalaria se ha realizado tradicionalmente en papel. Como el papel es fácilmente extraviable en muchas ocasiones se interrumpe la continuidad asistencial y la trazabilidad. La incorporación de la interconsulta electrónica permitirá asegurar la continuidad asistencial y garantizar la trazabilidad de este tipo de actividad.

ÁREAS DE MEJORA  
Continuidad asistencial

ANÁLISIS DE CAUSAS  
No se disponía de formato electrónico de interconsulta virtual hasta hace poco

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Implantar la hoja de interconsulta electrónica en el servicio de Rehabilitación del hospital de Alcañiz.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. registro de todas las interconsultas registradas en HCE

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: isabel Bergua/monica Macia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de hojas de interconsultas solicitadas y contestadas electrónicamente \*100/ Total de intercon

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numerador: Número de hojas de interconsultas solicitadas y contestadas electrónicamente

Denominador .....: Denominador: Total de interconsultas realizadas por vía electrónica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Fuente de datos: Registro de interconsultas, Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#477

### 1. TÍTULO

#### ORGANIZACION INTERNA PARA AGILIZAR EL CONTROL DE REVISIONES FACULTATIVAS

Fecha de entrada: 05/07/2022

Nº de registro: 2022#477 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VIDAL ABOS ANA M.

Título  
ORGANIZACION INTERNA PARA AGILIZAR EL CONTROL DE REVISIONES FACULTATIVAS

Colaboradores/as:  
VALERO GUIU DAVID  
ALEJOS TELMO LAURA  
DOMINGUEZ SABATE SARA  
GUALLAR DAUDEN ANA ISABEL  
LOPEZ GONZALO ISABEL  
LUCEA SODRIC SUSANA  
MARTI AMELA ANA BELEN

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la actualidad la consulta de rehabilitación está situada en un edificio anexo al Hospital, mientras que el servicio de fisioterapia está incluido dentro del Hospital. Las revisiones son indicadas y comunicadas por el facultativo a través de las fichas de tratamiento, las cuales son trasladadas por las auxiliares desde el hospital al centro de Salud, en el momento que se inicia el tratamiento, para ponerles fechas de revisión en la consulta. Después se devuelven al fisioterapeuta. La consecuencia de esto es que a veces las fichas no están disponibles o se extravían perdiéndose registros y por tanto la trazabilidad del proceso.

#### ÁREAS DE MEJORA

Registro y trazabilidad del proceso

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No se están aprovechando las posibilidades de la informatización.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Agilizar el trámite y evitar los trastornos que ocasionan la circulación y ubicación de las fichas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Reunión con todo el equipo multidisciplinar para proponer el proyecto de calidad

Fecha inicio: 05/07/2022

Fecha final.: 05/07/2022

Responsable.: Ana María Vidal Abós

2. -Facilitar el acceso a una carpeta compartida entre facultativos y fisioterapia para una comunicación virtual

Fecha inicio: 07/07/2022

Fecha final.: 07/07/2022

Responsable.: Servicio de Informática

3. -Crear una hoja Excel para cada facultativo en la que se registre la fecha de inicio de tratamiento, fecha de la última revisión y fecha de la siguiente.

Fecha inicio: 11/07/2022

Fecha final.: 11/07/2022

Responsable.: Ana María Vidal Abós

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Actualizar datos sobre los pacientes en tratamiento en la unidad de fisioterapia.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de fichas de pacientes que están disponibles para su uso en la unidad de fisioterapia.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numerador: Nº de pacientes citados que se dispone de ficha en la unidad de fisioterapia el día de la evaluación

Denominador .....: Nº de pacientes citados

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#477

### 1. TÍTULO

#### ORGANIZACION INTERNA PARA AGILIZAR EL CONTROL DE REVISIONES FACULTATIVAS

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se evaluará la disponibilidad de fichas durante una semana del mes de Febrero de 2023. Excepción: los pacientes que tengan consulta ese día con el rehabilitador se excluirán del estudio.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#479

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE MECANOTERAPIA PARA OMALGIA

Fecha de entrada: 05/07/2022

Nº de registro: 2022#479 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALEJOS TELMO LAURA

Título  
PROTOCOLO DE MECANOTERAPIA PARA OMALGIA

Colaboradores/as:  
VALERO GUIU DAVID  
DOMINGUEZ SABATE SARA  
GUALLAR DAUDEN ANA ISABEL  
LOPEZ GONZALO ISABEL  
LUCEA SODRIC SUSANA  
MARTI AMELA ANA BELEN  
VIDAL ABOS ANA M.

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La patología de hombro es frecuente en rehabilitación. En el año 2019 un 12.9 % (229/1775) de pacientes que acudieron a tratamiento con fisioterapia estaban diagnosticados de dicha patología. Uno de los síntomas más frecuentes es el dolor en dicha articulación. El tratamiento que se recomienda actualmente en las guías es de terapia manual, electroterapia y ejercicio activo. En este último apartado de ejercicio activo no existen unos criterios comunes por parte de los fisioterapeutas dando lugar a tratamientos diferentes. Por este motivo sería de interés realizar una tabla de los ejercicios de mecanoterapia con criterios comunes para homogeneizar el tratamiento. Además, uno de los problemas más frecuentes en nuestro servicio es que los pacientes con omalgia, no realizan en su domicilio los ejercicios por no acordarse de cómo eran los ejercicios, miedo al dolor, etc. Es una demanda frecuente de los pacientes disponer de unas instrucciones escritas de los ejercicios a realizar en casa.

#### ÁREAS DE MEJORA

Diseño de instrucciones y experiencia del paciente

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de consenso entre los profesionales

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Homogeneizar criterios de tratamiento de mecanoterapia
- Facilitar tabla de ejercicios para realizar en su domicilio demandada por los pacientes

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión con el equipo de fisioterapia para poner criterios comunes y crear el protocolo de mecanoterapia.

Fecha inicio: 05/07/2022

Fecha final: 05/07/2022

Responsable.: Laura Alejos Telmo

2. Diseño y entrega de la tabla de ejercicios para domicilio.

Fecha inicio: 12/07/2022

Fecha final: 18/07/2022

Responsable.: Equipo de fisioterapeutas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Elaboración de tabla de ejercicios

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes a los que se ha entregado la hoja de ejercicios.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de pacientes con omalgia a los que se ha entregado la hoja de ejercicios

Denominador .....: N° de pacientes tratados en el gimnasio con omalgia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#479

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE MECANOTERAPIA PARA OMALGIA

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de pacientes que manifiestan ejecutar los ejercicios en domicilio con la frecuencia establecida  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de pacientes con omalgia que manifiestan ejecutar los ejercicios en domicilio con la frecuencia establecida.  
Denominador .....: N° de pacientes tratados en el gimnasio con omalgia  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
- Indicador nº 1: Se comprobarán durante 2 meses (según el número de pacientes ampliaríamos) los folletos entregados y se dividirá por el número de pacientes atendidos con omalgia.  
- Indicador nº 2: Se realiza una encuesta breve con las siguientes preguntas:  
o Algunos pacientes no hacen los ejercicios que les recomendamos ¿usted los hace?  
o ¿Todos los días de la semana?

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#862

### 1. TÍTULO

#### INCLUSION EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE LA ARTROSCOPIA DE RODILLA

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#862 \*\* Sustitución por CMA u otras \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MAURAIN VILORIA ANA ISABEL

Título  
INCLUSION EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE LA ARTROSCOPIA DE RODILLA

Colaboradores/as:  
APARICIO ARTAL CARLOS  
GARCIA BARRECHEGUREN ELENA  
IGADO INSA MARIA PILAR  
MATA MARTIN JOSE M.  
SAN ANTONIO ABELLAN ANTONIO  
YAYA BEAS MANUEL RICARDO

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Sustitución por CMA u otras

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las cirugía artroscópica de rodilla (CAR) se encuentra dentro del listado de procedimientos susceptibles de CMA en el Manual de estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad. En nuestro servicio de traumatología hemos decidido incrementar el índice de sustitución, incluyendo esta técnica dentro del alcance de la CMA.

#### ÁREAS DE MEJORA

Accesibilidad. Experiencia del paciente.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La disponibilidad de una Unidad específica de CMA, junto con la experiencia de las primeras intervenciones realizadas en CMA en el contexto de la pandemia nos ha llevado a ofertar esta técnica.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Implementar de forma segura las CAR como técnica de CMA  
Incrementar la tasa de sustitución de CMA del servicio de COT del Hospital de Alcañiz.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un procedimiento con instrucciones de preparación del paciente, instrucciones para la Unidad de CMA e instrucciones para el alta.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Ana Isabel Maurain Viloria

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de CAR realizadas por CMA

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de intervenciones de CAR realizadas por CMA

Denominador .....: Número de intervenciones de CAR

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro del hospital

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Porcentaje de CAR que ingresan por drenaje muy productivo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de CAR realizadas por CMA que ingresan por drenaje muy productivo

Denominador .....: N° de CAR realizadas por CMA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro específico

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#862

### 1. TÍTULO

#### INCLUSION EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE LA ARTROSCOPIA DE RODILLA

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#377

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#377 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
COLAS OROS CARLOS ENRIQUE

Título  
IMPLANTACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
BORRAZ MIR M. INMACULADA  
BRONCHAL FELL SOPHIE  
DIAZ RODRIGUEZ IVAN  
FERNANDEZ ALONSO EDGAR  
GAVIN BLANCO OLGA  
NAVARRO PARDOS CARMEN  
VICENTE MARTINEZ MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el año 2015, en urgencias del hospital de Alcañiz comenzó a implementarse la estrategia de código sepsis. La sospecha se inicia con un aplicativo de PCH que avisa en el triaje de sospecha de paciente con sepsis, por lo que requiere evaluación del médico para diagnóstico y actuación precoz. Sin embargo, dicha intervención nunca se ha documentado, ni se ha monitorizado su aplicación, de tal forma que es un protocolo implícito que puede sufrir variaciones individuales en su aplicación, así como relajación a lo largo del tiempo. Además, esta estrategia no se ha llegado a implementar en las plantas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Homogeneización de las pautas de actuación ante la sospecha de sepsis en todo el Hospital.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Como ya se ha dicho no existe un procedimiento documentado ni monitorizado.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Asegurar la implementación del código sepsis tanto en urgencias como en las plantas del hospital de Alcañiz. Monitorización periódica de indicadores de la implantación del código sepsis e implementación de acciones correctivas cuando proceda.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un protocolo de aplicación del código sepsis en el hospital de Alcañiz para ser aplicado en el servicio de Urgencias y en los pacientes ingresados.

Fecha inicio: 29/06/2022  
Fecha final.: 07/11/2022  
Responsable.: CARLOS COLAS OROS

2. Formación al personal médico y de enfermería

Fecha inicio: 19/09/2022  
Fecha final.: 15/02/2023  
Responsable.: CARLOS COLAS OROS

3. Elaboración de póster, trípticos de bolsillo y colocación del proyecto en la intranet del sector

Fecha inicio: 29/06/2022  
Fecha final.: 07/11/2022  
Responsable.: CARLOS COLAS OROS

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Tanto el protocolo como el póster y los trípticos ya se habían desarrollado cuando llegó la pandemia. Incluso se dio una sesión formativa. Ahora hay que terminarlo

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes atendidos en urgencias con medición de lactato en la primera hora desde que se activa

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de pacientes con sospecha de código sepsis atendidos en urgencias con medición de lactato en la primera hora desde que se activa la sospecha

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#377

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Denominador .....: N° de pacientes con sospecha de sepsis atendidos en urgencias  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de pacientes con sospecha de CS a los que se ha pedido antibiograma antes de iniciar tratamiento  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes con sospecha de código sepsis a los que se ha pedido antibiograma antes de iniciar tratamiento empírico  
Denominador .....: N° de pacientes con sospecha de sepsis atendidos en urgencias  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 89.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de pacientes en los que se ha iniciado antibioterapia antes de la primera hora desde que se activa  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes con sospecha de código sepsis en los que se ha iniciado antibioterapia antes de la primera hora desde que se activa la sospecha  
Denominador .....: N° de pacientes con sospecha de sepsis atendidos en urgencias  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % de pacientes con shock séptico y lactato >2 en los que se ha solicitado nuevo lactato a las 2horas  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes con sepsis grave/shock séptico y último lactato mayor de dos en los que se ha solicitado nueva determinación a las dos horas  
Denominador .....: N° de pacientes con sepsis grave/shock séptico y último lactato mayor de dos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. % de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado el lactato en < 24 horas  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado el lactato en < 24 horas  
Denominador .....: N° de pacientes con sepsis grave/shock séptico  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. % de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado la TA en < 24 horas  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado la presión arterial en < 24 horas  
Denominador .....: N° de pacientes con sepsis grave/shock séptico  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
También estudiaremos la Mortalidad por sepsis (Objetivo: reducción)

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#377

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#178

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE CIRUGÍA LAPAROSCOPICA EN UROLOGÍA

Fecha de entrada: 20/06/2022

Nº de registro: 2022#178 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER

Título  
IMPLEMENTACION DE CIRUGÍA LAPAROSCOPICA EN UROLOGÍA

Colaboradores/as:  
CASTILLO JEREZ MARCELA SOLEDAD  
HIJAZO GASCON DANIEL  
VALERO MILIAN JESUS

Ubicación principal del proyecto.: H ALCANIZ

Servicio/Unidad principal .....: UROLOGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La cirugía laparoscópica no ha formado parte de la cartera de servicios del Servicio de Urología de nuestro hospital. Los pacientes candidatos a ella debían ser derivados a Zaragoza. Se trata de pacientes con cáncer de próstata localizado. La llegada al Servicio de personal formado y con experiencia en dicha técnica nos permitirá aumentar la accesibilidad de la población del sector a la misma.

#### ÁREAS DE MEJORA

Implantación de cirugía laparoscópica en urología.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No se disponía de personal experimentado en esta técnica

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Implementar de forma segura intervenciones de cirugía laparoscópica en pacientes con cáncer de próstata localizado, en nuestro hospital.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Solicitar la inclusión de esta técnica en la cartera de servicios del SALUD

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Daniel Hijazo Gascón

2. - Elaboración de un procedimiento de actuación para el personal de quirófano

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Daniel Hijazo Gascón

3. - Formación al personal de quirófano

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Daniel Hijazo Gascón

4. - Adquisición de material específico de cirugía laparoscópica urológica

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Daniel Hijazo Gascón

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. - % De derivaciones a hospitales externos en pacientes con cáncer de próstata localizado.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de pacientes con cáncer de próstata localizado derivados a hospitales externos en el período de estudio.

Denominador .....: Nº de pacientes con cáncer de próstata localizado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro del servicio de derivación de pacientes

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#178

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE CIRUGÍA LAPAROSCOPICA EN UROLOGÍA

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. - % De pacientes que requieren reintervención.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de pacientes con cáncer de próstata localizado intervenidos por cirugía laparoscópica que requieren reintervención.

Denominador .....: N° de pacientes con cáncer de próstata localizado intervenidos por cirugía laparoscópica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Hombres

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#289

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ACIDO VALPROICO EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 25/06/2022

Nº de registro: 2022#289 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FRADE PEDROSA OLALLA

Título  
PROGRAMA DE MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ACIDO VALPROICO EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
GONZALEZ CARRION CRISTINA  
GONZALEZ PANZANO MANUEL  
SAENZ BALLOBAR ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: USM ALCAÑIZ

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En los últimos años la agencia europea del medicamento ha venido desarrollando una serie de recomendaciones para reducir los riesgos de seguridad asociados al consumo de ácido valproico. En los últimos años las guías terapéuticas españolas recomiendan antes de la instauración del tratamiento con el ácido valproico, solicitar las siguientes pruebas: hemograma, bioquímica con transaminasas hepáticas y en mujeres en edad fértil prueba de embarazo y comentar los deseos de concepción de la misma, debido a la alta teratogenicidad del fármaco. A su vez, se deben de realizar controles sucesivos para valorar la concentración del fármaco en el organismo de la persona bajo dicho tratamiento. Creemos que hay espacio de mejora para incrementar la seguridad en la prescripción de este fármaco, homogeneizando estas prácticas mediante la actualización de nuestros procedimientos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Monitorización de efectos secundarios relacionados con el ácido valproico.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Las guías se han actualizado recientemente y tenemos que ponernos al día.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Incrementar la seguridad de los pacientes que reciben tratamiento con ácido valproico.
- Informar a los pacientes que reciben tratamiento con ácido valproico de los beneficios y riesgos del tratamiento.

Lo que se pretende conseguir con este proyecto es mejorar la información al paciente sobre el tratamiento con ácido valproico, así como facilitar a los profesionales el registro y monitorización del ácido valproico, con diferentes parámetros a controlar durante la terapia con dicho principio activo. Para ello se ha diseñado un documento de información básica para los individuos que inician el tratamiento con dicho fármaco, así como su consentimiento informado.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Creación de un documento con información básica para los individuos que inician el tratamiento, describiendo los beneficios y riesgos

- Creación de un documento de consentimiento informado para ser

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 01/01/2023

Responsable.: Olalla Frade Pedrosa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de individuos con monitorización correcta:

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de individuos que reciben tratamiento con ácido valproico y a los que se les está realizando el control de parámetros mediante el gráfico diseñado.

Denominador .....: Número de individuos que reciben tratamiento con ácido valproico.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ...: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#289

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON ACIDO VALPROICO EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de mujeres en edad fértil en tratamiento con ácido valproico que han quedado embarazadas.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de mujeres en tratamiento con ácido valproico que han quedado embarazadas en el período de estudio.  
Denominador .....: Número de mujeres en edad fértil en tratamiento con ácido valproico.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#894

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MEJORA PARA LA PREVENCION DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#894 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SAENZ BALLOBAR ANA MARIA

Título  
PROGRAMA DE MEJORA PARA LA PREVENCION DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA  
FIGUEROLA FALCO SANDRA  
FOMBUENA SANCHEZ MARIA LUISA  
GARCES TRASOBARES ROSA NATIVIDAD

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: USM ALCAÑIZ

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El suicidio es un importante problema de salud pública, según la OMS, cada año más de 700,000 personas se suicidan en el mundo. Por cada suicidio existirían unos 20 intentos. En un año podrían producirse 80.000 intentos de suicidio en España y 2-4 millones de personas podrían presentar ideación suicida a lo largo de su vida. Es un problema de tal envergadura que en el año 2019 supuso la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. La Atención Primaria es fundamental para la detección precoz., por eso, a pesar de la gran carga asistencial, es de vital importancia detectar y prevenir la conducta suicida.

#### ÁREAS DE MEJORA

Detección y prevención del comportamiento suicida.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Hasta la fecha no han existido procedimientos sobre detección precoz de riesgo de suicidio en atención primaria

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Detectar pacientes con riesgo de autolisis desde la atención primaria ya que es fundamental la detección precoz.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de un documento con información básica sobre el comportamiento suicida, así como la detección y prevención desde atención primaria.

Fecha inicio: 27/07/2022

Fecha final: 31/01/2023

Responsable.: psiquiatras, psicólogos y enfermería de USM

2. Creación de un documento con criterios de derivación a salud mental en caso de ideación autolítica

Fecha inicio: 27/07/2022

Fecha final: 31/01/2023

Responsable.: psiquiatras, psicólogos y enfermería de USM

3. Colgado de la escala de ideación suicida de Beck (SSI) en las plantillas de OMI-AP

Fecha inicio: 27/07/2022

Fecha final: 31/01/2023

Responsable.: psiquiatras, psicólogos y enfermería de USM

4. Realización de una sesión clínica anual a atención primaria que permita la consulta de dudas, unificación de criterios, etc...

Fecha inicio: 27/07/2022

Fecha final: 31/01/2023

Responsable.: psiquiatras, psicólogos y enfermería de USM

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes remitidos a USM por ideación suicida que llegan con la escala SSI

Tipo de indicador: Alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#894

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MEJORA PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Numerador .....: N° de pacientes derivados a USM por ideación suicida que llegan con la escala SSI cumplimentada

Denominador .....: N° de pacientes derivados a USM por ideación suicida

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#956

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE INTERVENCION DESDE METODOLOGÍA PROCEDENTE DE LA PSICOTERAPIA EN PACIENTE CON CEFALIAS CRONICAS DERIVADOS DESDE SERVICIO DE NEUROLOGIA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#956 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
SOLDEVILLA NASARRE ALFREDO

Título  
PROGRAMA DE INTERVENCION DESDE METODOLOGÍA PROCEDENTE DE LA PSICOTERAPIA EN PACIENTE CON CEFALIAS CRONICAS DERIVADOS DESDE SERVICIO DE NEUROLOGIA

Colaboradores/as:  
GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL  
OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO  
ROSELLO SASTRE NURIA  
SARRION MOCHALES MONTSERRAT

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: USM ALCAÑIZ

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La cefalea es un problema de salud muy importante, tanto por su alta frecuencia, como por la discapacidad asociada al dolor. Representa un motivo de consulta frecuente en los servicios de salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS 2011), en la actualidad entre el 50 % y el 75 % de la población adulta lo padece, (independientemente del sexo, raza, edad, niveles de ingreso o zonas geográficas). De hecho, la cefalea ha sido clasificada como la tercera causa de discapacidad a nivel mundial en hombres y mujeres menores de 50 años (Vos et al., 2016).

Según la revisión de datos, la cefalea supone entre el 30-50% de las visitas en las consultas de Neurología en el Servicio de Alcañiz, suponiendo un grave problema de salud, que conlleva en muchos casos, una importante pérdida de calidad de vida, bajadas de estado de ánimo y ansiedad, incompreensión del entorno social y en muchos casos un progresivo aumento del consumo de fármacos analgésicos, que en muchos casos no impiden la permanencia e incluso el agravamiento del dolor, según como son usados. Este proceso de malestar emocional, lleva a las y los pacientes a agravar la cefalea en un círculo vicioso. Ante esta realidad, desde el Servicio de Neurología se planteó la colaboración de USM, para poder incorporar herramientas procedentes de la práctica psicoterapéutica, y poder complementar la intervención farmacológica de educación e higiene sanitaria, que se viene trabajando desde Neurología.

Se ha planteado un programa que incluye: educación sanitaria sobre la enfermedad y el correcto uso de fármacos, hábitos de prevención, y apoyo psicoterápico: en concreto el uso de las llamadas Terapias de Tercera Generación, que añaden la metodología de la Terapia Cognitivo-Conductual, y herramientas para afrontar la evitación emocional (meditación/mindfulness y trabajo en la aceptación).

#### ÁREAS DE MEJORA

Abordaje del malestar emocional asociado a la cefalea crónica mediante u programa de intervención mediante técnicas psicoterapéuticas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Mejora de la calidad de vida, medida por día de cefalea y necesidad de analgesia y cuestionariso de impacto de la cefalea en esa calidad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren de cefalea crónica.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Actividad 1: Programa estructurado de intervención grupal compuesto de 8 sesiones de 90 minutos, pudiendo extenderse hasta las diez sesiones si la dinámica grupal lo requiriese.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Alfredo Soldevilla Nasarre

2. - Actividad 2: Previamente a iniciar las sesiones grupales, los pacientes derivados desde Neurología habrán completado las escalas referenciadas. Escala MIDAS: (Migraine Dissability Assessment Scale),

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Raquel Gonzalez Espinosa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

A lo largo de las sesiones del programa estructurado grupal se trabajan:

- Educación sanitaria sobre cefaleas y sobre higiene de su manejo.

- Distintas herrramientas procedentes de la Terapia Cognitivo Conductual: psicoeducación, modelo funcional,

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#956

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE INTERVENCION DESDE METODOLOGÍA PROCEDENTE DE LA PSICOTERAPIA EN PACIENTE CON CEFALAS CRONICAS DERIVADOS DESDE SERVICIO DE NEUROLOGIA

manejo de la atención, relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas y asertividad. Más una sesión de prevención de recaídas. Con tareas y entrega de herramientas para casa.

- Ejercicios de meditación en todas las sesiones, y facilitación de herramientas para trabajarlo en casa. En el primer grupo, participan 8 pacientes con cefalea, derivados desde Servicio de Neurología. Próximos grupos, previsto entre 10-12 participantes.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Participación sesiones.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes invitados que asisten

Denominador .....: N° de pacientes invitados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio Servicio Neurología

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

##### 2. % de pacientes con discap. severa en la escala MIDAS antes - % pacientes discap. severa después\*

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: 10%

Denominador .....: 30%

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio Servicio Neurología

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

##### 3. % de pacient. con puntuación EAG\*\*=0 mayor 4 antes interv,- % pacient. en EAG\* =o mayor 4 después\*\*\*

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de participantes en el programa con puntuación igual o mayor de 4 en la escala de ansiedad de Goldberg

Denominador .....: Número de participantes en el programa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio Servicio Neurología

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 27.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

A lo largo de las sesiones del programa estructurado grupal se trabajan:

- Educación sanitaria sobre cefaleas y sobre higiene de su manejo.

- Distintas herramientas procedentes de la Terapia Cognitivo Conductual: psicoeducación, modelo funcional, manejo de la atención, relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas y asertividad. Más una sesión de prevención de recaídas. Con tareas y entrega de herramientas para casa.

- Ejercicios de meditación en todas las sesiones, y facilitación de herramientas para trabajarlo en casa.

En el primer grupo, participan 8 pacientes con cefalea, derivados desde Servicio de Neurología. Próximos grupos, previsto entre 10-12 participantes.

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#824

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE INTERVENCION PARA EL TRATAMIENTO DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS EN POBLACION ADOLESCENTE, POR MEDIO DE TERAPIA DE GRUPO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#824 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA

Título  
PROGRAMA DE INTERVENCION PARA EL TRATAMIENTO DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS EN POBLACION ADOLESCENTE, POR MEDIO DE TERAPIA DE GRUPO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ

Colaboradores/as:  
FOMBUENA SANCHEZ MARIA LUISA  
FRADE PEDROSA OLALLA  
GONZALEZ CARRION CRISTINA  
GONZALEZ PANZANO MANUEL  
SOLDEVILLA NASARRE ALFREDO

Ubicación principal del proyecto.: H ALCAÑIZ

Servicio/Unidad principal .....: USMIJ ALCAÑIZ

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La autoagresión no suicida es un acto autoinfligido que causa dolor o daño superficial, pero no tiene intenciones de causar la muerte. La autolesión no suicida (NSSI), es un gran problema de salud mental y sus causas (la dificultad de autogestionar el malestar emocional), tiene gran repercusión a nivel individual, familiar y social. La autolesión no suicida tiende a comenzar en la adolescencia temprana, y aunque los datos no son concluyentes, pueden ser ligeramente más prevalentes en las mujeres. Las autolesiones se relacionan con otros trastornos psiquiátricos: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno límite de la personalidad, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno obsesivo compulsivo, abuso de sustancias, conducta suicida, experiencias traumáticas asociadas. La atención clínica que hacemos actualmente en la Unidad de Salud Mental (USM) con pacientes con Autolesiones no suicidas es de tipo farmacológico y psicoterapéutico de forma individual, siendo en muchos de los casos (generalmente graves y refractarios) insuficientes. Por lo que planteamos la atención de estos pacientes con otro tipo de abordaje clínico, que tiene buenos resultados: la terapia de grupo, donde trabajaremos no solo con los pacientes sino con las familias.

#### ÁREAS DE MEJORA

Realizar un grupo psicoterapéutico en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil de Alcañiz, se utilizando la Terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia dialéctico conductual (CBT).

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Pacientes que a pesar del tto farmacológico y psicoterapia individual, no mejoran la clínica

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

En los adolescentes: 1. Disminuir/extinguir la frecuencia de las autolesiones no suicidas en los adolescentes. 2. Disminuir/extinguir la intensidad de síntomas depresivos. 3. Disminuir/extinguir la intensidad de síntomas ansiosos.

En los padres: Proporcionar Psicoeducación en autolesiones no suicidas.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Terapia de grupo dirigido por psiquiatra y psicólogo infantil. 9 sesiones semanales, 7 sesiones para los adolescentes, 2 sesiones para los padres.

Fecha inicio: 07/09/2022

Fecha final.: 09/11/2022

Responsable.: Dra Duran / Dr Soldevilla

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Grupo de 6-8 adolescentes con antecedentes de Autolesiones No Suicidas, con edades entre los 14 y los 17 años vinculados a la USM Infanto Juvenil de Alcañiz.
- Se incluirán los familiares en dos sesiones.
- Se utilizará la Terapia Cognitivo Conductual y la terapia dialéctico conductual como método principal de intervención.

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. 1. % de pacientes que han reducido más de un 10% el valor en la escala de pensamientos y conductas a  
Tipo de indicador: Impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#824

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE INTERVENCION PARA EL TRATAMIENTO DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS EN POBLACION ADOLESCENTE, POR MEDIO DE TERAPIA DE GRUPO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ

Numerador ..... : N° de pacientes con conductas autolesivas en los que se reducido más de un 10% el valor en la escala de pensamientos y conductas autolesivas  
Denominador ..... : N° de pacientes con conductas autolesivas  
o X 100

x(1-100-1000) ... : 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem .. : 50.00  
Est.Máx.1ª Mem .. : 70.00  
Est.Mín.2ª Mem .. : 50.00  
Est.Máx.2ª Mem .. : 70.00

2. 2. % de pacientes que han reducido más de un 10% el valor en la escala de Ansiedad de Hamilton  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador ..... : N° de pacientes con conductas autolesivas en los que se reducido más de un 10% el valor en la escala de ansiedad de Hamilton  
Denominador ..... : N° de pacientes con conductas autolesivas  
o X 100

x(1-100-1000) ... : 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem .. : 50.00  
Est.Máx.1ª Mem .. : 70.00  
Est.Mín.2ª Mem .. : 50.00  
Est.Máx.2ª Mem .. : 70.00

3. 3. % de pacientes que han reducido más de un 10% el valor en la escala de Depresión de Hamilton  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador ..... : N° de pacientes con conductas autolesivas en los que se reducido más de un 10% el valor en la escala de ansiedad de Hamilton  
Denominador ..... : N° de pacientes con conductas autolesivas  
o X 100

x(1-100-1000) ... : 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem .. : 50.00  
Est.Máx.1ª Mem .. : 70.00  
Est.Mín.2ª Mem .. : 50.00  
Est.Máx.2ª Mem .. : 70.00

4. 4. Reducción porcentual del número de Autolesiones  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador ..... : 1- (N° de pacientes con autolesiones registradas después/N° de pacientes con autoagresiones realizadas antes)  
Denominador ..... : 1  
x(1-100-1000) ... : 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem .. : 10.00  
Est.Máx.1ª Mem .. : 20.00  
Est.Mín.2ª Mem .. : 10.00  
Est.Máx.2ª Mem .. : 20.00

5. 5. Encuesta de satisfacción de padres y adolescentes  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador ..... : N° de padres asistentes que definen su satisfacción global como satisfechos/muy satisfechos  
Denominador ..... : N° de padres asistentes  
x(1-100-1000) ... : 100  
Fuentes de datos.: encuesta de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem .. : 80.00  
Est.Máx.1ª Mem .. : 100.00  
Est.Mín.2ª Mem .. : 80.00  
Est.Máx.2ª Mem .. : 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#824

### 1. TÍTULO

**PROGRAMA DE INTERVENCION PARA EL TRATAMIENTO DE LAS AUTOLESIONES NO SUICIDAS EN POBLACION ADOLESCENTE, POR MEDIO DE TERAPIA DE GRUPO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ALCANIZ**

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#301

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ULCERAS VASCULARES EN EXTREMIDADES INFERIORES EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S. ACTUR NORTE

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#301 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARRALON ORTEGA CRISTINA

Título  
MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ULCERAS VASCULARES EN EXTREMIDADES INFERIORES EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S. ACTUR NORTE

Colaboradores/as:  
CALERO FERNANDEZ ESPERANZA  
CARBAJO MARTINEZ ESTHER  
CID SAMPER ANA  
GARCIA PERALES ANA CRISTINA  
GOMEZ GARCIA MARIA JOSE  
MEJORAL MURILLO CARMEN  
RODRIGUEZ SANCHEZ MARIA AURORA

Ubicación principal del proyecto.: CS ACTUR NORTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP ACTUR NORTE

Línea estratégica: Adecuación

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
Vemos la necesidad dentro de los planes personales de OMI de aprovechar mejor el protocolo de úlceras (S97) ya que, aunque son bastantes los pacientes que tienen esta patología, en pocos está creado este protocolo en planes personales, siendonos de mucha utilidad registrar desde aquí las modificaciones en las características de las úlceras y su tratamiento.

**ÁREAS DE MEJORA**  
Mejora del registro del protocolo de úlceras vasculares.

**ANÁLISIS DE CAUSAS**  
En la mayoría de los episodios de úlceras vasculares no está abierto el protocolo de úlceras en planes personales

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
1. Mejora del registro del protocolo de úlceras vasculares.  
2. Mejora de la visualización del seguimiento de los pacientes con úlceras vasculares.  
3. Mejora de la concordancia de la patología actual del paciente y su tapiz.

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Identificación de pacientes con episodios de úlceras (S97)  
Fecha inicio: 28/06/2022  
Fecha final: 05/07/2022  
Responsable.: Esther Carbaajo Martinez / Cristina Garralón Ortega

2. Identificación de pacientes con el protocolo de úlceras activo en planes personales  
Fecha inicio: 06/07/2022  
Fecha final: 15/07/2022  
Responsable.: Esperanza Calero Fernandez/ M<sup>a</sup> José Gomez Garcia

3. Revisión del tapiz del paciente cerrando episodios ya resueltos  
Fecha inicio: 06/07/2022  
Fecha final: 15/07/2022  
Responsable.: Ana Cid Samper / M<sup>a</sup> José Gomez Garcia

4. Sesión clínica en el EAP para presentar el proyecto  
Fecha inicio: 05/07/2022  
Fecha final: 05/07/2022  
Responsable.: Ana Cristina García Perales / Cristina Garralón Ortega

5. Actividad formativa con el equipo de enfermería del centro de salud para recordar el correcto registro del protocolo  
Fecha inicio: 05/07/2022  
Fecha final: 05/07/2022  
Responsable.: Cristina Garralón Ortega / Ana Cid Samper

6. Creación del protocolo de úlceras en planes personales en los casos en los que no conste

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#301

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL REGISTRO DEL EPISODIO DE ULCERAS VASCULARES EN EXTREMIDADES INFERIORES EN PLANES PERSONALES DE OMI EN EL C.S. ACTUR NORTE

Fecha inicio: 18/07/2022  
Fecha final.: 29/07/2022  
Responsable.: Carmen Mejoral Murillo/ Esther Carbajo Martinez

7. Evaluación de resultados  
Fecha inicio: 02/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Cristina Garralón Ortega

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1.  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....  
Denominador .....  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.:  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.01  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.01  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.01  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.01

2. % de pacientes con protocolo de úlceras vasculares en planes personales  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Pacientes con protocolo de úlceras vasculares en planes personales  
Denominador .....: Total de pacientes con úlceras vasculares  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de reducción de los procesos ulcerativos vasculares  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Pacientes con úlceras vasculares resueltas  
Denominador .....: Total de pacientes con úlceras vasculares que participan en el proyecto  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#994

### 1. TÍTULO

#### AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL Y LA IMPLEMENTACION DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DESDE LA UNIDAD DE ATA0 EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#994 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
REINAO CEGOÑINO HECTOR

Título  
AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL Y LA IMPLEMENTACION DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DESDE LA UNIDAD DE ATA0 EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA I

Colaboradores/as:  
ARANDA CORVINOS M. DOLORES  
DELER PASCUAL ANA ISABEL  
ESTEBAN GARCIA DANIEL  
GARCIA ASCASO IGNACIO  
LEZCANO URIEL JUDITH  
LOPEZ CAMPOS MONICA  
SAENZ DE NAVARRETE CORELLA ROBERTO

Ubicación principal del proyecto.: CS ACTUR NORTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP ACTUR NORTE

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la actualidad en los países desarrollados las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad tromboembólica son la principal causa de mortalidad, por esta razón se ha incrementado el número de pacientes que requieren tratamiento anticoagulante oral para prevenir sus complicaciones potencialmente mortales. Los anticoagulantes orales son un grupo de medicamentos indicados en pacientes susceptibles de sufrir complicaciones tromboembólicas. La modalidad clásica de control de INR es la que realiza el personal de enfermería en el Centro de Salud ,pero existe otra modalidad, la de Autocontrol de tratamiento anticoagulante oral(ATA0), que tras una adecuada formación, el paciente podrá realizar controles analíticos y dosificación de dosis del tratamiento. Actualmente, Roche ha creado una app móvil para transferir los registros de los usuarios en modalidad de autocontrol a su Historia clínica electrónica, con la posibilidad de mandar mensajes de texto para un mayor feedback entre usuario y profesional sanitario. En el Sector I de Zaragoza, la modalidad de autocontrol de tratamientos anticoagulantes es gestionada por la Unidad de ATA0 del Centro de Salud del Actur Norte. A fecha de Enero 2022 existen 166 usuarios en esta modalidad de autocontrol en el Sector I de Zaragoza a los cuales un 10 % se les ha formado en la nueva aplicación TAONET Mobile.

#### ÁREAS DE MEJORA

La existencia de usuarios en modalidad de Autocontrol que no pueden ser controlados ni registrados desde la plataforma de TAONET.

Revisión de los coagulómetros de forma periódica por parte del personal sanitario de la Unidad

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La nueva versión del programa TAONET no dispone de bluetooth para descarga de datos en pacientes que no usan la aplicación móvil.

Desde la nueva versión de TAONET el usuario no trae al Centro de Salud los coagulómetros para su descarga , con lo que no se pueden revisar su correcto funcionamiento.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Formación al 30% de los usuarios en modalidad de Autocontrol de tratamiento de anticoagulante clásico del Sector I en Zaragoza en la aplicación móvil Taonet Mobile.
- Comprobar el correcto calibrado de los coagulómetros a través de controles analíticos sanguíneos y capilares de forma anual a los usuarios en modalidad de Autocontrol Sector I.
- Formación a nuevos usuarios anticoagulados en la modalidad de Autocontrol del Sector I.
- Respuesta a las dudas, preguntas o cuestiones que puedan surgir a los usuarios a través de la aplicación Taonet Mobile cada 48-72h.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Presentación del proyecto al EAP del Sector I.

Fecha inicio: 02/02/2022

Fecha final.: 03/02/2022

Responsable.: HÉCTOR REINAO CEGOÑINO/ MÓNICA LÓPEZ CAMPOS

2. Recordatorio a los Centro de Salud de los criterios de inclusión/ exclusión y derivación del pacientes a

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#994

### 1. TÍTULO

#### AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL Y LA IMPLEMENTACION DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DESDE LA UNIDAD DE ATAO EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA I

la Unidad ATAO A-Norte a través de un díptico informativo. Con la colaboración de Dirección AP

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: IGNACIO GARCIA ASCASO/ DOLORES ARANDA CORVINOS

3. Verificación de calidad de los coagulómetros a través de controles analíticos sanguíneos y capilares de forma anual a los usuarios en modalidad de Autocontrol Sector I.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: DANIEL ESTEBAN GARCÍA/ ROBERTO SAENZ DE NAVARRETE

4. Cursos de formación de la aplicación móvil Taonet Mobile.

Fecha inicio: 03/02/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: ANA ISABEL DELER PASCUAL/ HÉCTOR REINAO CEGOÑINO

5. Respuesta a las dudas y cuestiones que puedan surgir a los usuarios a través de la aplicación Taonet Mobile cada 48-72h.

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: JUDITH LEZCANO URIEL / ANA ISABEL DELER PASCUAL

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El resto de compañeros apoyarán y participarán activamente en todos los objetivos establecidos.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Grado de Satisfacción de los usuarios de la nueva app móvil

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: La suma de las calificaciones obtenidas de las encuestas de satisfacción

Denominador .....: Total de encuestas realizadas

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Se realizará una encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. Grado de Satisfacción de los usuarios respecto a la claridad y sencillez de los cursos realizados

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: La suma de las calificaciones obtenidas de las encuestas de satisfacción

Denominador .....: Total de encuestas realizadas

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Se realizará una encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Porcentaje de mensajes contestados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de mensajes contestados

Denominador .....: Total de mensajes recibidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: TAONET

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Porcentaje de usuarios incluidos en app móvil

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de usuarios que han recibido la formación de la aplicación

Denominador .....: Total de usuarios en modalidad Autocontrol del Sector I.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: TAONET

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#994

### 1. TÍTULO

#### AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL Y LA IMPLEMENTACION DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DESDE LA UNIDAD DE ATAO EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA I

5. Porcentaje de coagulómetros bien calibrados  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Dispositivos bien calibrados  
Denominador .....: Total de dispositivos valorados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: TAONET  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1095

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN A NIÑOS CON TRASTORNOS DE TIPO ALERGICO. INCORPORACION DE UNA CONSULTA DE SEGUIMIENTO MEDIANTE TECNICA PRICK-TEST

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1095 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOPEZ CAMPOS MONICA

Título  
ATENCIÓN A NIÑOS CON TRASTORNOS DE TIPO ALERGICO. INCORPORACION DE UNA CONSULTA DE SEGUIMIENTO MEDIANTE TECNICA PRICK-TEST

Colaboradores/as:  
ABAD HERNANDEZ DAVID  
PUIG GARCIA MARIA CARMEN  
REINAO CEGOÑINO HECTOR  
RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA  
VIÑAS VIAMONTE CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: CS ACTUR NORTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP ACTUR NORTE

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los Prick-test son el principal método diagnóstico en alergia. No existe límite de edad para su realización. Tienen alta sensibilidad y especificidad, su valor predictivo negativo es muy alto. Destaca la sencillez de su realización e interpretación, su amplio perfil de seguridad, la inmediatez de los resultados y el bajo coste. Es una herramienta muy útil que debe estar a disposición del primer nivel asistencial, tal y como afirma la bibliografía y distintas guías.

La bibliografía destaca la importancia de diagnosticar la enfermedad alérgica en la infancia en:

1. Elevada prevalencia: 25-30%, dermatitis atópica el 15-20%, asma el 7-10% y a la rinitis y la conjuntivitis alérgica el 15-20%

2. Repercusión diagnóstica: Confirmar el diagnóstico en pacientes con clínica sugestiva

3. Repercusión terapéutica: Adoptar medidas de prevención secundaria, tratamientos específicos, educación apropiada a la familia sobre los desencadenantes para prevenir exacerbaciones

4. Repercusión pronóstica: Permite identificar a aquellos niños con riesgo de asma persistente

De acuerdo con las recomendaciones de las sociedades científicas y guías de práctica clínica (GPC), hay que estudiar bajo el punto de vista alergológico a todos aquellos niños con una historia clínica compatible con alergia. El pediatra de AP realizará los estudios pertinentes para demostrar una sensibilización mediada por IgE. Esto se hará mediante la cuantificación de IgE específica, el prick test o ImmunoCap® Rapid. Estas tres pruebas implican una extracción sanguínea y alto coste (60 euros y además no incluye alguno de los aeroalérgenos más frecuentes en nuestro medio) en el caso de Padiathop, o una derivación al servicio de alergias para cuantificación de IgE específica. En ambos casos el coste es mucho mayor que la realización de prick test.

Dada la validez de los prick test (Su uso se generalizó en 1975), su gran eficiencia y la posibilidad de realizarla en AP como ya se realiza en otros sectores sanitarios de Aragón y en múltiples comunidades autónomas, pretendemos establecer en Actur Norte la realización de dicha técnica diagnóstica dentro de nuestra práctica clínica habitual. Esto implicará una mejor atención de los pacientes, diagnósticos etiológicos y una menor derivación al saturado servicio de alergias.

Desde gerencia ha sido aprobada la solicitud del material necesario y la persona responsable de la realización de la prueba esta formándose tanto en servicio hospitalario como en un centro de AP donde se realiza desde hace años. Disponemos ya de 32 pacientes en lista de espera para la realización de las pruebas con gran aceptación por parte de las familias.

#### ÁREAS DE MEJORA

Solucionar el diagnóstico etiológico y orientación del tratamiento de la enfermedad alérgica de una manera más eficiente desde AP.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Se presenta el proyecto por:

- Muchos de los pacientes con sintomatología alérgica están actualmente sin diagnosticar correctamente en AP.
- Es un método que ya se realiza en otros centros de AP en Aragón, con total fiabilidad y demostrada utilidad.
- Las listas de espera de la Unidad de Alergia suponen un retraso en el diagnóstico y atención de los pacientes.
- La correcta derivación de los pacientes para el diagnóstico etiológico supondría la saturación de la misma aumentando las listas de espera.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Realización de prick-test en AP para el diagnóstico correcto de los casos sugestivos de alergia a neumalérgenos. Objetivos secundarios:

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1095

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN A NIÑOS CON TRASTORNOS DE TIPO ALERGICO. INCORPORACION DE UNA CONSULTA DE SEGUIMIENTO MEDIANTE TECNICA PRICK-TEST

Evitar derivaciones innecesarias tras un correcto diagnóstico en AP de casos leves.  
Satisfacción de los usuarios a la hora de resolución de su patología alérgica.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Solicitud y aprobación de material necesario para la realización de prick-test

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Carmen Viñas Viamonte

2. Contactos con servicio de referencia para formar a una enfermera del centro en la realización correcta del prick test

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Carmen Viñas Viamonte

3. Reunión en el centro de los profesionales implicados para la delimitación de las actuaciones básicas de diagnóstico y tratamiento

Fecha inicio: 21/09/2022

Fecha final: 21/10/2022

Responsable.: Carmen Puig

4. Protocolización de:

Criterios de inclusión-exclusión

Patologías incluidas en el protocolo

Vías de derivación

Base de datos

Hoja de información

Planificación de espacios, horarios y agendas

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Mónica López Campos

5. Inicio de la actividad en el centro durante 3 meses

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Carmen Puig García

6. Análisis de los resultados

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final: 28/02/2023

Responsable.: Carmen Viñas Viamonte

7. Comunicación de los resultados en el Centro de Salud y a la dirección del mismo

Fecha inicio: 28/02/2023

Fecha final: 28/05/2023

Responsable.: Mónica López Campos

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Disponemos de mayor información y amplia bibliografía que no podemos incluir por la limitación de caracteres de la plataforma, pero podemos poner a su disposición por otros medios si lo desean o precisan.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de niños incluidos en el proyecto de los esperados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes incluidos en el proyecto

Denominador .....: Pacientes esperados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Sistema informático utilizado en el momento del análisis de resultados

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.01

Est.Máx.1ª Mem ..: 99.99

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.01

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. Porcentaje de resultados positivos frente al total de los casos incluidos en el proyecto

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes con resultados positivos

Denominador .....: Pacientes incluidos en el protocolo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos del proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.01



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1095

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN A NIÑOS CON TRASTORNOS DE TIPO ALERGICO. INCORPORACION DE UNA CONSULTA DE SEGUIMIENTO MEDIANTE TECNICA PRICK-TEST

Est.Máx.1ª Mem ..: 89.99

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.01

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Comparativa de los niños derivados a alergias 12 meses antes del proyecto y 12 meses después

Comparativa de los niños derivados a alergias 12 meses antes del proyecto y los pacientes con pruebas de alergia positiva en la consulta

Satisfacción de los profesionales del centro del 1 al 10

Satisfacción de los usuarios del 1 al 10 respecto a la consulta e intervención

Satisfacción de los usuarios del 1 al 10 respecto al tiempo de demora hasta ser diagnosticados en servicio de alergia en caso de derivación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1197

### 1. TÍTULO

#### REVISION DEL PACIENTE ASMATICO ADULTO DESDE UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA SIGUIENDO LA GEMA 5.2 Y EL CONSENSO DE CRITERIOS DE DERIVACION EN ASMA 2.0

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1197 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SAURA CAMPOS ASCENSION

Título  
REVISION DEL PACIENTE ASMATICO ADULTO DESDE UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA SIGUIENDO LA GEMA 5.2 Y EL CONSENSO DE CRITERIOS DE DERIVACION EN ASMA 2.0

Colaboradores/as:  
ABADIA TAIRA MARIA BEGOÑA  
ALONSO CASADO SARA  
CID SAMPER ANA  
GONZALEZ ABENGOCHEA BELEN  
GRACIA MOLINA MARIA JOSE  
REY ANEIROS JUAN JOSE  
VIÑAS VIAMONTE CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: CS ACTUR NORTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP ACTUR NORTE

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El asma es un síndrome que incluye diversos fenotipos clínicos que comparten manifestaciones clínicas similares pero etiologías probablemente diferentes. Es una enfermedad crónica y como tal, requiere el control de la patología y la prevención del riesgo futuro, especialmente de exacerbaciones, que pueden poner en riesgo la vida del paciente y generar una carga para la sociedad. Siguiendo las recomendaciones de la GEMA 5.2 y el Consenso de Criterios de derivación en Asma 2.0, nos proponemos una revisión de los paciente asmáticos adultos en nuestro centro de salud para actualizar la clasificación, adecuar el tratamiento, y por supuesto, conseguir una mejora en la calidad de vida.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la atención al paciente asmático adulto, valorando su tratamiento, cumplimiento terapéutico y reducir el número de exacerbaciones

#### ANALISIS DE CAUSAS

Pacientes asmáticos que presenten más de tres crisis en un año

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1.- Analizar la adecuación del tratamiento y el control del paciente asmático adulto del C.S. Actur Norte
- 2.- Mejorar la situación del paciente asmático para realizar una actuación temprana que pueda evitar reagudización
- 3.- Mejorar la adherencia al tratamiento de estos pacientes

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Identificación de pacientes con episodio de asma (R96)

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 10/06/2022

Responsable.: Ascensión Saura y M<sup>a</sup> Carmen Viñas

2. sesiones en el equipo: presentación del proyecto con información sobre las actualizaciones de la GEMA 5.2 y el Consenso de Derivación de Asma 2.0, evolución del trabajo realizado y conclusiones

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Ascensión Saura y M<sup>a</sup> Carmen Viñas

3. aplicación de ACT Y TAI

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Sara Alonso. Juan José ReyAna Cid y Belen Gonzalez

4. Realización de espirometría +PBD

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Juan José Rey, Ana Cid y Belen Gonzalez

5. Evaluar la técnica del paciente en el uso de inhaladores. Adiestramiento.

Fecha inicio: 01/07/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1197

### 1. TÍTULO

#### REVISION DEL PACIENTE ASMATICO ADULTO DESDE UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA SIGUIENDO LA GEMA 5.2 Y EL CONSENSO DE CRITERIOS DE DERIVACION EN ASMA 2.0

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Ascensión Saura y M<sup>a</sup> Carmen Viñas

6. Valorar los cambios de tratamiento, adecuándolos a las recomendaciones actuales de la GEMA 5.2

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Begoña Abadía y M<sup>a</sup> José Gracia

7. Evaluación de resultados

Fecha inicio: 15/12/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Todo equipo de trabajo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Formación recibida:

- Todos los profesionales sanitarios han participado en la sesiones del Programa de Formación Continuada del C.S.

Actur Norte (dadas por neumología).

- Ascensión Saura y M<sup>a</sup> Carmen Viñas: Curso Tratamiento Personalizado en el Asma del Sector I, con rotación por AE. 2021-22

- M<sup>a</sup> Carmen Viñas: Formado en Asma por la GEMA y Experto universitario en Asma Grave 2021

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Sesiones clínicas realizadas respecto a las programadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Sesiones clínicas realizadas

Denominador ..... Sesiones clínicas programadas

x(1-100-1000) .... 1

Fuentes de datos.: Registro de formación del centro de salud

Est.Mín.1ª Mem .. 1.00

Est.Máx.1ª Mem .. 3.00

Est.Mín.2ª Mem .. 1.00

Est.Máx.2ª Mem .. 3.00

2. ACT y TAI pasados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... ACT y TAI pasados

Denominador ..... Pacientes con episodio de asma (R96)

x(1-100-1000) .... 100

Fuentes de datos.: Registro de OMI-AP(R96) y registro manual del centro ACT y TAI

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 10.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 10.00

3. Realización de espirometría+PBD

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Espirometría realizadas

Denominador ..... Pacientes con episodio de asma (R96) controlados en en C. Salud

x(1-100-1000) .... 100

Fuentes de datos.: Registro de OMI-AP(R96)

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 10.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 10.00

4. Mejora en el control del paciente asmático, disminución de reagudizaciones

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Reagudizaciones asmáticas 2022

Denominador ..... Reagudizaciones asmáticas 2021

x(1-100-1000) .... 100

Fuentes de datos.: Registro de OMI-AP(R96)

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. -5.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. -5.00

5. Revisión del uso de inhaladores y adiestramiento

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Pacientes asmáticos con revisión de técnica de inhalación

Denominador ..... Pacientes con episodio de asma (R96) controlados en en C. Salud

x(1-100-1000) .... 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1197

### 1. TÍTULO

#### REVISION DEL PACIENTE ASMATICO ADULTO DESDE UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA SIGUIENDO LA GEMA 5.2 Y EL CONSENSO DE CRITERIOS DE DERIVACION EN ASMA 2.0

Fuentes de datos.: Registro de OMI-AP(R96) y registro manual del centro

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

6. .  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: .  
Denominador .....: .  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Somos conscientes de la baja exigencia del nivel que nos hemos propuesto alcanzar. Sin embargo queremos hacer constar de la situación de la que partimos en el Centro( Situación continuada de Sars-cov2, tiempo limitado para dedicación, situación estructural del mismo -traslados , y también queremos resaltar el estado anímico de todos los profesionales que implica la dificultad de llevar a delante proyectos añadidos)

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1201

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL CONTROL TERAPEUTICO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1201 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GUTIERREZ TORIO ANA SARA

Título  
MEJORA EN EL CONTROL TERAPEUTICO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K

Colaboradores/as:  
BELLO LEGUA VICTORIA  
GARGALLO GOMEZ MARIA PILAR  
GONZALEZ ABENGOCHEA BELEN  
MILLAN AZNAR OLGA  
NEVADO CASTEJON JORGE  
SALVAGO MARINA PAULA  
SERAL SANCHEZ ALICIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ACTUR NORTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP ACTUR NORTE

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los anticoagulantes orales antivitamina K, warfarina y acenocumarol, fueron descubiertos hace varias décadas y se utilizan hasta el día de hoy en la medicina para la prevención primaria y secundaria de eventos tromboembólicos venosos y arteriales. Los fármacos antivitamina K (AVK) tienen una farmacocinética y farmacodinamia complejas, por lo que lograr permanecer en un rango estable es difícil debido al estrecho rango terapéutico de la medicación, edad avanzada de muchos de los pacientes, frecuencia de comorbilidades, interacción con otros medicamentos, ingesta de vitamina k, insuficiencia renal, hepática, malnutrición.

Por lo tanto, la monitorización y el estricto control de la terapia anticoagulante son fundamentales. La eficacia de estos fármacos reside en un porcentaje bajo de episodios isquémicos y hemorrágicos relacionados con porcentajes elevados de tiempo en rango terapéutico (TRT) asociados a una anticoagulación correctamente controlada. Se considera un control de INR adecuado presentar un TRT directo mayor de 60% y un TRT por método Rosendaal mayor de 65%.

De los pacientes anticoagulados en España, aproximadamente el 70-75% de ellos lo están con AVK, y de estos, entre el 45 y el 55% de los pacientes tienen un mal control habitual del INR. Dado que, como se señala en el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) del Ministerio de Sanidad, el mal control del INR justifica el cambio de los AVK a los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD), es evidente que en España hay una infratilización de los ACODS.

Los anticoagulantes de acción directa (ACODS) comprenden al inhibidor directo de la trombina (factor IIa), Dabigatrán, y a los inhibidores directos del factor Xa, Rivaroxabán, Apixabán, Edoxabán y Betrixabán. Los ACODS han demostrado ser tan eficaces como los AVK en fibrilación auricular (FA) y en la prevención y tratamiento del tromboembolismo venoso (TEV), asociándose a un menor riesgo de sangrado mayor

Los anticoagulantes de acción directa no requieren monitorización, presentan menos interacciones farmacológicas y han mostrado en numerosos estudios que tienen la misma eficacia que los AVK. Sin embargo, es necesario conocer la función renal antes de empezar a administrarlos, tienen un elevado coste, un difícil seguimiento de la adherencia (ya que no se precisa monitorización) y una vida media corta, por lo que deben administrarse cada 12 horas (excepto edoxabán y rivaroxabán), lo que hace más difícil el cumplimiento terapéutico. La adherencia a la medicación es esencial para la eficacia del tratamiento, siendo particularmente importante para la terapia anticoagulante.

El seguimiento habitual de este tipo de pacientes mejora la adherencia al tratamiento farmacológico además de evitar las posibles complicaciones que derivan de este mal cumplimiento. La realidad en la consulta de atención primaria es que el control y seguimiento del paciente con anticoagulantes de acción directa es mucho menor que el que se realiza con los antagonistas de la vitamina k debido a que estos últimos necesitan monitorización y control por parte del personal sanitario del INR.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mal control habitual del INR en pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina k  
Averiguar la adherencia al tratamiento en pacientes con anticoagulantes orales  
Realizar un seguimiento de los pacientes con anticoagulantes orales de acción directa

#### ANALISIS DE CAUSAS

El hecho de no derivar a pacientes con un tiempo en rango terapéutico por debajo de 60% en los últimos 6 meses  
Averiguar si el mal control del INR es debido a un mal cumplimiento terapéutico.  
Falta de seguimiento de los pacientes con anticoagulantes orales de acción directa al no necesitar un control del rango terapéutico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Averiguar el número de pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina k que están con un INR mal

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1201

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL CONTROL TERAPEUTICO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K

controlado utilizando para ello el tiempo en rango terapéutico (TRT) en los últimos 6 meses cuyo control y seguimiento se realiza desde atención primaria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Averiguar el número de pacientes que actualmente se encuentran en tratamiento con antagonistas de la vitamina k en nuestro centro de salud  
Fecha inicio: 20/06/2022  
Fecha final.: 26/06/2022  
Responsable.: Ana Gutiérrez Torío

2. Averiguar el número de pacientes que se encuentran fuera de rango terapéutico mediante el TRT por debajo del 60% en los últimos 6 meses  
Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 26/09/2022  
Responsable.: Ana Gutiérrez Torío

3. Sesión clínica al equipo del centro de salud para tomar conciencia de los pacientes mal controlados y su posterior derivación  
Fecha inicio: 29/09/2022  
Fecha final.: 29/09/2022  
Responsable.: Olga Millán

4. Averiguar el número de pacientes que actualmente se encuentran en tratamiento con anticoagulantes orales de acción directa en nuestro centro de salud  
Fecha inicio: 06/09/2022  
Fecha final.: 06/09/2022  
Responsable.: Belén González

5. Revisar la adhesión al tratamiento en pacientes con anticoagulación oral.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Todos los integrantes del proyecto.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. pacientes incluidos en el programa de dosificación (taonet)  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: pacientes incluidos en el programa de dosificación (taonet) en tratamiento con antagonistas de vitamina k controlados por el equipo de atención primaria  
Denominador .....: Número total pacientes de la zona de salud en tratamiento con antagonistas de la vitamina k x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica y Programa taonet  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Pacientes fuera de rango terapéutico en los últimos 6 meses  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Pacientes con un tiempo en rango terapéutico (TRT) por debajo del 60 % en los últimos 6 meses  
Denominador .....: pacientes incluidos en el programa de dosificación (taonet) en tratamiento con antagonistas de vitamina k controlados por el equipo de atención primaria  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Programa taonet  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 45.00

3. Asistencia a sesión clínica  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Profesionales que acuden a la sesión clínica  
Denominador .....: Profesionales sanitarios del centro salud  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de firmas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1201

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL CONTROL TERAPEUTICO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

#### 4. Pacientes con mala adhesión al régimen terapéutico

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: pacientes con mala adhesión al tratamiento  
Denominador .....: Pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 45.00

#### 5. Seguimiento de pacientes con Anticoagulantes de acción directa

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Pacientes en seguimiento habitual con tratamiento con anticoagulantes orales directos  
Denominador .....: pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales directos  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica electrónica.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1225

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA ATENCION AL PACIENTE CRONICO DEL C. S. ACTUR NORTE DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA, MEDIANTE REVISION Y FORMACION EN EL CUADRO DE MANDOS

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1225 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANZ CASORRAN BELEN

Título  
PROMOCION DE LA ATENCION AL PACIENTE CRONICO DEL C. S. ACTUR NORTE DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA, MEDIANTE REVISION Y FORMACION EN EL CUADRO DE MANDOS

Colaboradores/as:  
CARDONA USAN ELENA  
CLARES PUNCEL M. TERESA  
ESTEBAN GARCIA DANIEL  
GARRALON ORTEGA CRISTINA  
MEJORAL MURILLO CARMEN  
MILLAN AZNAR OLGA

Ubicación principal del proyecto.: CS ACTUR NORTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP ACTUR NORTE

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La atención a pacientes crónicos es uno de los ejes fundamentales de la Atención Primaria, caracterizada por ser integral y longitudinal, permite que sea el entorno idóneo para abordar patologías que derivan en situaciones de cronicidad. Sin embargo, debido a la situación sanitaria de los últimos años, se han tenido que priorizar otro tipo de actividades relacionadas con el SARS-CoV2 (pruebas diagnósticas, vacunación, etc.). Debido a esto, es posible que se haya visto afectado el tiempo dedicado al seguimiento de pacientes crónicos. Sin embargo, en el día a día de la consulta es difícil obtener una visión global que permita tomar decisiones de organización y priorización de las actividades a realizar. Una de las herramientas disponibles para conocer la situación actual de nuestros pacientes, con datos objetivos que nos permitan organizar las actuaciones a realizar, es el cuadro de mandos. Por ello, se ha propuesto formar al equipo en su uso e interpretación, para orientar la asistencia sanitaria en aquellos aspectos más deficientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Acceso al cuadro de mandos e interpretación de los indicadores.
2. Atención al paciente crónico (dependiente, polimedicado,... ) a través de la consulta programada de enfermería.

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. Poca utilización del cuadro de mandos por parte del EAP.
2. Dificultad para priorizar actuaciones en la consulta.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Aumentar los conocimientos de los profesionales del EAP respecto al cuadro de mandos y su interpretación.
- Mejora de las actividades realizadas en la atención programada a los pacientes crónicos medida a través de los indicadores del cuadro de mandos, en comparación con el mismo periodo del año anterior.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se prevé llevar a cabo un mínimo de 6 sesiones formativas a lo largo de todo el año sobre el cuadro de mandos, sus indicadores, y cómo trabajarlos desde la consulta de enfermería de A. P.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Belén Sanz

2. Realización de planes de cuidados de enfermería, abordando especialmente al paciente: "polimedicado", "EPOC: limpieza vías aéreas", "Diabetes Conocimientos"

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Enfermera responsable de cada cupo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Sesiones formativas llevadas a cabo (%)

Tipo de indicador: Alcance



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1225

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA ATENCION AL PACIENTE CRONICO DEL C. S. ACTUR NORTE DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA, MEDIANTE REVISION Y FORMACION EN EL CUADRO DE MANDOS

Numerador .....: Número de sesiones realizadas  
Denominador .....: Número de sesiones programadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Datos de elaboración propia. (Registro de sesiones realizadas).  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Asistencia a las sesiones formativas (%)  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de enfermeras del equipo del Centro de Salud que acuden a la sesión  
Denominador .....: Número de enfermeras totales del equipo del Centro de Salud  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Datos de elaboración propia. (Registro de asistencia a las sesiones realizadas).  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Revisión de pacientes polimedificados por enfermería (%)  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con revisión de adherencia (DGP 'CTMORSKY') y adecuación de la medicación(DGP 'AD\_TERA') en el periodo de evaluación (ambos criterios).  
Denominador .....: Número total de pacientes ancianos polimedificados = 75 años identificados por eReceta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de Mandos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. EPOC - Higiene de vías aéreas (%)  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con al menos un registro en los DGP LIMPIEZA INEFICAZ VIAS AEREAS ('NA\_00031' = 1)y MANEJO VIAS AEREAS ('LIV\_3140'=1)en el periodo de evaluación (ambos criterios)  
Denominador .....: Población entre 40-79 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro en el periodo de evaluación.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de Mandos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 35.00

5. Diabetes- Conocimientos (%)  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con al menos un registro entre el 1-ene del año anterior y fecha de cálculo en los DGP 'NA\_00126'=1 y ('RDS\_5602'=1 o 'CDC\_5612'=1 o 'CDC\_5614'=1 o 'CDC\_5616'=1)  
Denominador .....: Pacientes diabéticos (T90) = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de Mandos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología crónica.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1289

### 1. TÍTULO

#### ACTIVIDADES COMUNITARIAS DEL CS ACTUR NORTE TRAS LA PANDEMIA POR SARS-COV-2: REVISION Y ACTUALIZACION DE LA AGENDA COMUNITARIA

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1289 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA GARCIA INMACULADA

Título  
ACTIVIDADES COMUNITARIAS DEL CS ACTUR NORTE TRAS LA PANDEMIA POR SARS-COV-2: REVISION Y ACTUALIZACION DE LA AGENDA COMUNITARIA

Colaboradores/as:  
ABAD HERNANDEZ DAVID  
GARCIA ASCASO IGNACIO  
GUTIERREZ TORIO ANA SARA  
ROYAN MORENO PILAR  
SANZ CASORRAN BELEN  
SERAL SANCHEZ ALICIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ACTUR NORTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP ACTUR NORTE

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La pandemia por SARS-CoV-2 de 2019 supuso una emergencia sociosanitaria que puso el sistema sanitario al límite, provocando que este se viera sobrepasado y paralizado, especialmente por insuficiencia de la infraestructura, el personal y los medios necesarios para afrontar las circunstancias epidemiológicas. Pero como ocurre en todas las situaciones de emergencia, en este contexto también surgió la solidaridad y aparecieron iniciativas que reforzaron la acción comunitaria de los territorios. Nacieron multitud de acciones comunitarias y redes de apoyo entre personas de nuestros barrios y pueblos y se reactivaron otras ya existentes. Unas procedían del tejido ciudadano, otras del ámbito profesional, de las administraciones y otras de las organizaciones. La atención comunitaria (AC), fue y continúa siendo esencial en la respuesta a la COVID-19 en todas las fases.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Agenda Comunitaria del EAP de Actur Norte desactualizada tras la pandemia por SARS-CoV-2.
- Desconocimiento de los recursos y activos comunitarios de la ZBS de Actur Norte existentes en la actualidad tras la pandemia por SARS-CoV-2.
- Interrupción de la prescripción, tanto formal como informal, de Activos Comunitarios por parte del EAP de Actur Norte.
- Pérdida de colaboración y el trabajo en red del EAP con las entidades de ZBS de Actur Norte.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El individualismo en la acción del sistema sanitario reflejo de un sistema socioeconómico que obvia los principales determinantes sociales de la salud y los pilares básicos del proceso salud-enfermedad: Atención Primaria (AP), acción intersectorial y participación comunitaria. En un momento complejo como el de la pandemia por COVID-19, estas cuestiones son esenciales. En el caso de la AP, todo esto se concreta junto con la atención individual y familiar en uno de sus servicios de cartera básica: la atención comunitaria (AC). Para desarrollarla, es imprescindible incorporar la orientación comunitaria en todos los ámbitos de actuación de la AP.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar el servicio de Atención Comunitaria del EAP de Actur Norte mediante la revisión y actualización de su Agenda Comunitaria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Constitución de equipo responsable de proyecto dentro del EAP

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Teresa Clares Puncel

2. Presentación del proyecto junto con una sesión formativa sobre el tema al resto de miembros del EAP

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Teresa Clares Puncel

3. Presentación del proyecto y reactivación de la comunicación y coordinación con el Consejo de Salud

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Teresa Clares Puncel

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1289

### 1. TÍTULO

#### ACTIVIDADES COMUNITARIAS DEL CS ACTUR NORTE TRAS LA PANDEMIA POR SARS-COV-2: REVISION Y ACTUALIZACION DE LA AGENDA COMUNITARIA

4. Contacto y reuniones con los responsables de los activos comunitarios existentes en la ZBS

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: todos los miembros del equipo responsable del proyecto

5. Revisión de la Agenda Comunitaria. Identificación de: actividades y proyectos del servicio de Atención Comunitaria del EAP

proyectos de promoción de la salud de las entidades del entorno relaciones

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: David Abad Hernández

6. Envío de la agenda Comunitaria actualizada al blog de la estrategia de atención Comunitaria de Aragón a través de su plataforma on-line.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Inmaculada García García

7. Presentación de resultados al resto del EAP

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Teresa Clares Puncel

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Participación miembros EAP de Actur Norte

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N.º de profesionales del EAP que asisten a las reuniones y sesiones formativas

Denominador .....: N.º total de miembros del EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hojas de registro de asistencia a las reuniones

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Participación miembros Consejo de Salud de Actur Norte

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N.º de asistentes a las reuniones del Consejo de Salud

Denominador .....: N.º total de miembros convocados al Consejo de salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Actas reuniones Consejo salud

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Identificación de actividades/recursos comunitarios dentro de la ZBS de Actur Norte

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N.º de actividades/recursos identificados

Denominador .....: N.º total de actividades/recursos previstos identificar

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Reuniones con los responsables de los activos comunitarios existentes en la ZBS

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Recomendación formal de Activos para la Salud

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N.º de recomendaciones formales de Activos Realizadas

Denominador .....: N.º total de recomendaciones formales previstas realizar

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1289

### 1. TÍTULO

#### ACTIVIDADES COMUNITARIAS DEL CS ACTUR NORTE TRAS LA PANDEMIA POR SARS-COV-2: REVISION Y ACTUALIZACION DE LA AGENDA COMUNITARIA

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

5. Satisfacción general con el proyecto

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de profesionales en los que la satisfacción general con el proyecto es mayor de 7 sobre 10

Denominador .....: N° de encuestas de satisfacción de los profesionales completadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#81

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA EN EL C.S. ACTUR OESTE DEL BOTON DE ALARMA PARA LOS AVISOS DOMICILIARIOS DE MEDICOS Y ENFERMERAS

Fecha de entrada: 10/06/2022

Nº de registro: 2022#81 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL

Título  
PUESTA EN MARCHA EN EL C.S. ACTUR OESTE DEL BOTON DE ALARMA PARA LOS AVISOS DOMICILIARIOS DE MEDICOS Y ENFERMERAS

Colaboradores/as:  
GARCIA BAQUEDANO MONSERRAT  
GARCIA PARICIO LUIS MIGUEL  
HERNANDEZ PASCUA MARIA JESUS  
MARIN FLORIA ANA BELEN  
REYERO BLANCO ELVIRA  
SORO DOMINGO MARIA FELICIDAD

Ubicación principal del proyecto.: CS ACTUR OESTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP ACTUR OESTE

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Debido al incremento de casos de agresiones a profesionales sanitarios en Aragón a la falta de protección del personal sanitario cuando acude a un domicilio y que nuestro centro de salud está ubicado en un barrio con una alta población de vivienda social, pisos tutelados, pisos de acogida y en algunos casos pisos con situaciones especiales (mujeres maltratadas, protección internacional, etc). tras una charla ofrecida en nuestro centro por parte del Técnico superior de sistemas del 061 sobre botón de alarma con el que trabajaban ellos, vimos oportuno adecuar este sistema de seguridad en nuestro centro de salud. El sistema consiste en la creación de una agenda paralela al OMI, vinculada a un teléfono móvil y a un botón de alarma que nos facilitó el 061. El profesional médico, la enfermera o el profesional de admisión registra el aviso en dicha agenda, cuando el médico acude al domicilio activa el aviso en su móvil y se lleva en el bolsillo el botón de alarma. Si se produce una situación de alarma, el profesional pulsa el botón que automáticamente manda una señal al 112 Aragón indicando la situación del sanitario, inmediatamente el 112 llama al profesional por teléfono en un tiempo de unos 30 segundos aproximadamente para saber si es una situación de emergencia en caso de No contestar, el 112 avisa a la policía para que acudan al domicilio lo antes posible.

#### ÁREAS DE MEJORA

Visitas domiciliarias más seguras y controladas tanto de los médicos como de las enfermeras del centro de salud actur oeste

#### ANALISIS DE CAUSAS

Situaciones complicadas en algunos domicilios

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Tener registro y control de los domicilios a los que acude cada día el profesional sanitario del centro de salud
- Estar controlado el profesional, conociendo la ubicación donde se encuentra
- Tener localizados a los profesionales para garantizar su seguridad personal

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Puesta en marcha botón alarma

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Creemos oportuno mantenerlo en el tiempo

2. Charla informativa al resto de profesionales sanitarios del equipo

Fecha inicio: 29/09/2022

Fecha final.: 07/10/2022

Responsable.: fecha aproximada

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La puesta en marcha se hace con un profesional médico del centro de salud para comprobar su funcionamiento.

De momento solo nos han proporcionado un botón para el centro

Cuando comprobemos su funcionamiento solicitaremos más botones para el resto de profesionales y el técnico del 061 vendrá a implantarlo en los móviles de dichos profesionales

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#81

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA EN EL C.S. ACTUR OESTE DEL BOTON DE ALARMA PARA LOS AVISOS DOMICILIARIOS DE MEDICOS Y ENFERMERAS

1. Agenda de registro de avisos  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: n° de avisos registrados en agenda  
Denominador .....: problemas surgidos en domicilio  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: registro de los avisos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
-Empezamos con un médico del centro  
-Creación agenda registro avisos  
-Número de avisos a los que se acude con botón  
-Incidencias habidas en los domicilios a los que se acude

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Cualquier patología

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#428

### 1. TÍTULO

#### CIRUGÍA MENOR: MANEJO DE LA CIRUGÍA DE LOS QUISTES SUBCUTANEOS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#428 \*\* Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
LAFITA MAINZ SERGIO

Título  
CIRUGÍA MENOR: MANEJO DE LA CIRUGÍA DE LOS QUISTES SUBCUTANEOS EN ATENCION PRIMARIA

Colaboradores/as:  
ANDRES RUEDA SARA  
CALVO CAMPOS SILVIA ANASTASIA  
DOMINGUEZ LOZANO ISABEL  
GONZALO GARCIA MARIA DE LOS CIELOS  
MORENO LOPEZ CARMEN  
PABLOS MUR CRISTINA  
SAMPIETRO ARCAS NURIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ACTUR OESTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP ACTUR OESTE

Línea estratégica: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Habitualmente las patologías más prevalentes derivadas a Cirugía para ser resueltas mediante procedimientos de Cirugía Menor son los quistes epidérmicos y los lipomas. Antes de ser extirpados, los primeros suelen complicarse requiriendo drenaje (normalmente en varias ocasiones previas a la cirugía definitiva) ocasionando morbilidad sobreañadida, así como repetidas consultas en Medicina y Enfermería, pérdida de jornadas laborales en el caso de requerir IT y eventuales complicaciones.

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1) Posibilidad de mejorar el manejo de las patologías reseñadas anteriormente en el primer nivel asistencial.
- 2) Mejorar la capacidad de resolución en estos procesos en AP

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Ambos puntos críticos presentan causas comunes: la necesidad de un desarrollo de habilidades prácticas y teóricas para su manejo y el coste/oportunidad en relación con la saturación en el primer nivel asistencial.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Se busca acercar el recurso al paciente, resolviendo en el ámbito de AP patologías que habitualmente se derivan a otro nivel asistencial, tratando de disminuir presión y listas de espera quirúrgica y ampliando la capacidad de resolución del profesional de Atención Primaria.

Toda la población de los EAPs implicados con patología quirúrgica susceptible de ser abordada en el EAP

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación por parte del responsable del proyecto a un grupo de profesionales interesados en adquirir las habilidades necesarias para el manejo de dichas patologías

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Sergio Lafita Mainz

2. Creación de una Consulta Monográfica con el apoyo inicial del resto del equipo, para posteriormente desarrollarla más extensamente con el apoyo de un MAC/EAC

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Sergio Lafita Mainz

3. Preparación de una sala blanca con el material quirúrgico y de curas preciso, y formación multidisciplinar con TCAsE, Enfermería y Medicina

Fecha inicio: 11/07/2022

Fecha final: 25/07/2022

Responsable.: Sergio Lafita Mainz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Formación en sala blanca

Tipo de indicador: Alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#428

### 1. TÍTULO

#### CIRUGÍA MENOR: MANEJO DE LA CIRUGÍA DE LOS QUISTES SUBCUTANEOS EN ATENCION PRIMARIA

Numerador .....: Existencia de acta de formación en sala blanca (Si: 1/ No: 0)  
Denominador .....: Se precisa formación en sala blanca (1)  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Documento en el centro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

#### 2. Formación continuada en técnicas quirúrgicas

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Existencia de acta de formación en técnicas quirúrgicas (Si: 1/ No: 0)  
Denominador .....: Se precisa formación en técnicas quirúrgicas (1)  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Documento en el centro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

#### 3. Concordancia anatomopatológica con las lesiones extirpadas

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de lesiones identificadas como quistes epidérmicos confirmados en Anatomía Patológica  
Denominador .....: Número de quistes epidérmicos intervenidos en AP  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Registro de lesiones en el centro e informe de AP en HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 4. Creación de una consulta monográfica de Cirugía Menor

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: sí (1) / no (0)  
Denominador .....: Creación CM (1)  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Agenda en OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1291

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LOS INDICADORES CLÍNICOS Y DEL CONTROL CON ESPIROMETRÍA DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO EPOC EN EL CS ACTUR OESTE

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1291 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOSTAL GRACIA MARIA ISABEL

Título  
MEJORA DE LOS INDICADORES CLÍNICOS Y DEL CONTROL CON ESPIROMETRÍA DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO EPOC EN EL CS ACTUR OESTE

Colaboradores/as:  
CABALLERO ALEMANY MARIA DEL CARMEN  
CORTES CARBONEL INES  
GIMENO OBON MARIA PILAR  
NUÑEZ VELASCO MARINA

Ubicación principal del proyecto.: CS ACTUR OESTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP ACTUR OESTE

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad crónica de alta prevalencia y elevada morbimortalidad que supone un importante consumo de recursos tanto económicos como humanos. Las agudizaciones se consideran, un signo de gravedad y condicionan la mortalidad de estos pacientes. Es necesario para un buen control de la enfermedad la educación sanitaria de los pacientes en el manejo adecuado de los inhaladores, la adherencia al tratamiento de fondo, la vigilancia de los síntomas que puedan indicar un mal control de su enfermedad y medidas preventivas en relación a consumo de tabaco y vacunación antigripal y neumocócica, teniendo la enfermería un papel fundamental en dichas actuaciones.

#### ÁREAS DE MEJORA

Los resultados en el CS Actur Oeste año 2021 de los indicadores clínicos de EPOC han sido EPOC síntomas 4,49 EPOC vía aéreas 3,00, valores muy bajos que se pueden explicar porque parte de los recursos de enfermería se tuvieron que dedicar a pandemia COVID 19. En este momento se han retomado control de crónicos, por lo que se plantea como proyecto asistencial conseguir indicadores clínicos EPOC dentro de los rangos pactados. Mejorar la calidad de los cuidados que se prestan a los pacientes que utilizan terapias inhaladas con el objetivo de mejorar su capacidad de autocuidado y su bienestar personal.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Pandemia Covid

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Identificar a todos los pacientes con diagnóstico EPOC, a los cuales se les aplicará el plan personal según cartera de servicios:

Evaluación EPOC donde debe constar una espirometría que se repetirá bianual y cociente FEV1/FC.

Exploración básica EPOC: Peso, talla, IMC, TA, FC, perímetro abdominal.

Seguimiento EPOC:

- Adherencia al tratamiento y uso de dispositivo. Se comprobará en consulta el uso adecuado del dispositivo recomendado, así como la adherencia a la recomendación.

En el caso de mala adherencia es importante conocer si es de forma no intencionada (cognitivos, barreras del lenguaje, discapacidad física), o por causas intencionadas dejando el tto deliberadamente por una comprensión errónea del curso de la enfermedad y los objetivos del tratamiento.

En el caso de uso inadecuado del dispositivo, que no se consigue corregir valorar cambio de dispositivo: en el caso del polvo seco a otro que requiera flujos mas bajos, y en el caso de MDI, usarlo con camara para mejorar el deposito pulmonar.

Actividad física

Síntomas respiratorios, vigilar si exacerbaciones.

Consejo antitabaco

Pulsioximetría

Escala GOLD si espirometría calificando al paciente en niveles de gravedad de I (leve) a IV( muy grave) según resultados de FEV1

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Septiembre 2022 Reunión del grupo de mejora y presentación del proyecto de calidad por parte del responsable, al equipo del CS

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Isabel Lostal

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1291

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LOS INDICADORES CLÍNICOS Y DEL CONTROL CON ESPIROMETRÍA DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO EPOC EN EL CS ACTUR OESTE

2. Septiembre 2022 Listado de pacietnes con diagnostico R95 EPOC y R78 exacerbacion EPOC

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Isabel Lostal

3. Octubre 2022 Sesion de espirometria Dra Nuñez

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Marina nuñez

4. Valoración a pacientes con EPOC en consulta monográfica de enfermería de aproximadamente de una hora de duración para aplicar el plan personal según cartera de servicios

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/04/2023  
Responsable.: Pilar Royan

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes diagnosticados EPOC y citados en consulta monografica

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° pacientes citados en consulta monografica  
Denominador .....: Nª pacientes con diagnostico R95 o R78  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Pacientes que tienen hecha espirometría

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° pacientes con una espirometría realizada en los 2 últimos años  
Denominador .....: / Nª pacientes citados en consulta monográfica EPOC  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Pacientes adiestrados uso dispositivo

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: de pacientes a los que se les ha adiestrado en el uso del dispositivo  
Denominador .....: / N° de pacientes citados e consulta monográfica EPOC  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Consejo antitabaco

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° pacientes a los que se les ha realizado consejo antitabaco  
Denominador .....: /N° pacientes citados en consulta monográfica EPOC  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. Control pulsioximetria

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° Pacientes a los que se les ha realizado pulsioximetría/  
Denominador .....: N° de pacientes citados en consulta monográfica EPOC  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1291

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LOS INDICADORES CLÍNICOS Y DEL CONTROL CON ESPIROMETRÍA DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO EPOC EN EL CS ACTUR OESTE

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#435

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO UNIFICADO DE INTERVENCIONES EN CARTILLA DE EMBARAZO

Fecha de entrada: 01/07/2022

Nº de registro: 2022#435 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TENA DOMINGO INMACULADA

Título  
REGISTRO UNIFICADO DE INTERVENCIONES EN CARTILLA DE EMBARAZO

Colaboradores/as:  
ALCANTARA CANO ROCIO  
FRANCO NAVARRO MARIA PILAR  
LUQUE CARRO RAQUEL  
RAMON DEL CARMEN MARIA JOSE  
SALETE GARCIA CLAUDIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ACTUR SUR

Servicio/Unidad principal .....: EAP ACTUR SUR

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El registro del seguimiento del embarazo se realiza actualmente desde la Cartilla de Embarazo en Historia Clínica Electrónica (HCE) y desde el programa OMI en Atención Primaria. Esto conlleva, en ocasiones, pérdida de información de las gestantes y una captación tardía de estas pacientes en la consulta de la matrona. Con este proyecto se pretende unificar toda la información relativa al embarazo en un mismo documento en la HCE.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualmente la información de la captación y del seguimiento del embarazo aparece dispersa en distintos programas informáticos, lo que conlleva pérdida de información y de tiempo.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Las matronas de Atención Primaria reflejan el seguimiento del embarazo de las gestantes en el programa OMI, limitando su acceso únicamente desde los Centros de Salud.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Captar precozmente a las gestantes antes de la semana 8 de embarazo.  
Unificar en un mismo documento toda la información relativa al embarazo de las pacientes (antecedentes, datos clínicos, cribado de cáncer de cérvix si procede, seguimiento...)  
Favorecer la integración de los servicios prestados en Atención Primaria y Atención Especializada.  
Promover y fortalecer estilos de vida saludables entre las gestantes (prevención TORCH, alimentación, ejercicio físico, tóxicos...).

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se pretende que el sistema de registro del control de embarazo sea la Cartilla de control de Embarazo, permitiendo su visualización desde la HCE y por tanto desde todos los centros sanitarios.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Inmaculada Tena

2. Los centros de atención primaria constituyen la puerta de entrada natural al control sanitario de la gestación. Se pretende una captación temprana de la embarazada.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Inmaculada Tena

3. La primera visita prenatal se desarrollará en las 8 primeras semanas de gestación preferiblemente.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Inmaculada Tena

4. La matrona del Centro de Salud abrirá la cartilla de embarazo en la HCE y realizará la anamnesis de la paciente, explorando la aceptabilidad de la gestación y la necesidad de cuidados adicionales.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Inmaculada Tena

5. A continuación, la matrona del Centro de Salud realizará la correspondiente interconsulta con el servicio de obstetricia para proceder a la primera visita entre la semana 8-10 de gestación.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#435

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO UNIFICADO DE INTERVENCIONES EN CARTILLA DE EMBARAZO

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Inmaculada Tena

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de matronas del sector que reflejan su participación activa en la Cartilla de Embarazo.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Matronas que aparecen en Cartilla de Embarazo

Denominador .....: Matronas en Sector I

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.70

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. % de Cartillas de Embarazo abiertas por las matronas en la captación de embarazo.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Cartillas de Embarazo de pacientes del Sector I abiertas por la Matrona

Denominador .....: Cartillas de Embarazo de pacientes del Sector I

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.30

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. % de Cartillas de Embarazo que reflejan el seguimiento por la matrona en mínimo 2 ocasiones.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Cartillas de Embarazo de pacientes del Sector I con participación de matronas (mínimo 2 ocasiones).

Denominador .....: Cartillas de Embarazo de pacientes del Sector I

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.70

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1005

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA CAPTACION Y ATENCION AL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#1005 \*\* Crónico Complejo \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA JULVEZ MARIA

Título  
MEJORA DE LA CAPTACION Y ATENCION AL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR

Colaboradores/as:  
ANTONIO PANIAGUA JOSE LUIS  
CAMPO GRACIA ANA ISABEL  
CASTRO CAVERO MARIA CRISTINA  
FRANCO LOPEZ MARIA ANGELES  
RASO RUIZ YOLANDA  
RETORNANO MONTOLAR LUCIA  
VAL JIMENEZ NURIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ACTUR SUR

Servicio/Unidad principal .....: EAP ACTUR SUR

Línea estratégica: Crónico Complejo

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad en España han condicionado un cambio de la estructura de población, con un gran envejecimiento de la misma. Junto con estos cambios en la estructura demográfica, se han modificado las causas de enfermedad y muerte en la población. En la actualidad el patrón epidemiológico dominante está representado por las patologías crónicas. El 45,6% de la población mayor de 16 años padece al menos un proceso crónico y el 22% de la población dos procesos o más, aumentando estos porcentajes con la edad. Se calcula que las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las consultas de Atención Primaria, según datos de la Estrategia de Cronicidad del SNS elaborada en 2012. A la hora de implantar esta estrategia, en Aragón destaca el programa de atención al Paciente Crónico Complejo implementado y difundido en 2018 con el que se pretende mejorar la atención a estos pacientes, con una orientación centrada en la persona.

#### ÁREAS DE MEJORA

Según los indicadores de la Estrategia del Paciente Crónico Complejo, a fecha 31/12/2021 en Actur Sur se encuentran incluidos en el programa el 5,61% de los pacientes de la población diana (28 pacientes de 499 con GMA >97%). Sin embargo, la cobertura media de Aragón es del 10,20%, llegando en algunos sectores al 25%. Por otra parte, de los 34 PCC incluidos en la ZBS Actur Sur sólo 14 tienen registrado el plan de intervención, por lo que se pretende mejorar la calidad del registro además de la cobertura.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Factores como la gran sobrecarga laboral, la rotación de los profesionales en los Centros de Salud, así como la pandemia mundial por el Coronavirus, han impedido que los profesionales de Atención Primaria puedan hacer más uso de este Servicio. Esto se traduce en una escasa captación e incorporación al PCC de los pacientes del C.S. Actur Sur y una falta de continuidad en el registro de la actuación y valoración en los pacientes ya captados, descendiendo de 37 pacientes incluidos en 2018 con el inicio del programa a un sólo paciente registrado en el año 2021.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Informar y formar a los profesionales del C.S. Actur Sur sobre la utilidad y utilización del PCC.  
Aumentar la captación de los pacientes, priorizando los estratificados con GMA por encima del percentil 99 de complejidad.  
Mejorar registro y seguimiento de los pacientes captados previamente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión con Técnico de Salud y Director de Atención Primaria del Sector I para comunicación del proyecto.  
Reunión con enfermera referente del programa en Atención Primaria del Sector.  
Fecha inicio: 01/11/2021  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Equipo de mejora
2. Búsqueda de datos sobre los pacientes captados por cupo a fecha actual desde el 2018.  
Solicitud del listado actualizado de pacientes susceptibles de captación actualizado a 2022.  
Fecha inicio: 1/01/2022  
Fecha final.: 31/01/2022  
Responsable.: Equipo de mejora
3. Evaluación inicial mediante cuestionario sobre el conocimiento de los profesionales del Centro de Salud

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1005

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA CAPTACION Y ATENCION AL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR

sobre el proyecto del PCC.

Fecha inicio: 01/02/2022  
Fecha final.: 28/02/2022  
Responsable.: Equipo de mejora

4. Formación al Equipo de Atención Primaria sobre el funcionamiento del PCC.

Fecha inicio: 1/02/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Responsable del proyecto

5. Reunión de equipo medicina-enfermería de cada cupo para revisar listado de pacientes a incluir según criterios, priorizando los estratificados con GMA por encima del percentil 99 de complejidad.

Fecha inicio: 01/03/2022  
Fecha final.: 30/04/2022  
Responsable.: Equipo de Atención Primaria

6. Captación de los pacientes seleccionados e inclusión en el programa PCC.

Fecha inicio: 01/03/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Equipo de Atención Primaria

7. Revisión del registro de pacientes ya incluidos en el PCC y actualización si procede.

Fecha inicio: 01/03/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Equipo de Atención Primaria

8. Evaluación a los 6 meses del inicio de la formación y captación.

Programar sesiones de seguimiento.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Equipo de mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La formación al equipo se ha llevado a cabo mediante una sesión clínica a Medicina y Enfermería dentro del Programa Acreditado de Sesiones Clínicas del Centro Salud, documentación por escrito y disponible permanentemente en carpeta compartida online y proporcionado apoyo de forma individual en consulta.  
Para el trabajo de revisión conjunta de listados por cupo, se dispondrá de tiempo liberado de consulta de medicina y enfermería.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes incluidos a los 6 meses del inicio de la captación

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes captados a los 6 meses del inicio de la captación.

Denominador .....: Pacientes de la población diana (GMA > 97%)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Indicadores de la Estrategia del Paciente Crónico Complejo. Listados de Historia Clínica

Electrónica. Listados proporcionados de población diana.

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

2. Profesionales del Centro de Salud que afirman conocer el programa del PCC de Aragón.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Profesionales que responden que sí a la pregunta ¿Conoces el programa del Paciente Crónico

Complejo de Aragón?

Denominador .....: Total de profesionales sanitarios del Centro de Salud que responden al cuestionario.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionario no validado administrado a través de un formulario online.

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de profesionales del Centro de Salud que han captado algún paciente en el último año.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Profesionales que afirman haber captado al menos un paciente crónico complejo en los últimos 12 meses.

Denominador .....: Total de profesionales sanitarios del Centro de Salud que responden al

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1005

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA CAPTACION Y ATENCION AL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR

cuestionario.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionario no validado administrado a través de un formulario online.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 73.30  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Porcentaje de pacientes incluidos en el PCC con un registro adecuado en el OMI  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes incluidos en el programa del PCC en los que se ha realizado un plan de intervención.  
Denominador .....: Pacientes incluidos en el programa del PCC  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Indicadores de la Estrategia del Paciente Crónico Complejo. Listados de Historia Clínica Electrónica.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Para el indicador de inclusión se ha tenido como referencia de valor mínimo la media de Aragón a fecha 31/12/2021.  
Para el indicador de registro de plan de intervención se ha tenido como referencia de valor mínimo el porcentaje de pacientes de Actur Sur incluidos en el programa con plan de intervención a fecha 31/12/2021.  
Para los indicadores obtenidos de la encuesta a los profesionales, se ha tomado como estándar mínimo el dato obtenido en la encuesta realizada de forma previa al inicio del proyecto.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Paciente Crónico Complejo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1070

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1070 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TIMONEDA TIMONEDA MARIA ESTER

Título  
CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR

Colaboradores/as:  
ARTIGAS SALVADOR PILAR ANTONIA  
FELIPE VILLA MARIA BEATRIZ  
HIGUERAS SAN ROMAN BLANCA MARIA  
ROBLES CARRASCO ASUNCION  
SANCHEZ GIMENO JAVIER  
SERAL SOLANAS SILVIA  
SISAMON MARCO MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: CS ACTUR SUR

Servicio/Unidad principal .....: EAP ACTUR SUR

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El abordaje de lesiones por el equipo de Atención Primaria disminuye las derivaciones al servicio de dermatología y cirugía general y supone además una ventaja para los usuarios al evitar desplazamientos y tiempos de espera, demostrando ser costo-efectiva y satisfactoria, tanto para los pacientes como para el personal sanitario implicado. Esta actividad forma parte de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Aragón.

#### ÁREAS DE MEJORA

En el Centro de Salud Actur Sur se realiza por parte de algunos profesionales con competencias adquiridas previamente. Sin embargo, se desarrolla en su horario de consulta sin circuito establecido.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de un protocolo y circuito específico que permita derivar a pacientes desde todos los equipos del Centro de Salud.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Crear un protocolo de cirugía menor en el Centro de Salud en el que se describa un circuito de derivación desde la consulta hasta su resolución.
- Mejorar el registro de las intervenciones de la cirugía menor para mejorar la seguridad y episodios de la historia clínica de los pacientes.
- Mejorar la accesibilidad de los pacientes a la cirugía menor.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Inicio del proyecto y creación del grupo de trabajo.  
-Revisión de la bibliografía y protocolos de otros centros.

Fecha inicio: 01/04/2022  
Fecha final: 30/04/2022  
Responsable.: Equipo de mejora

2. Redacción de un protocolo de CM en el que se defina el circuito asistencial, la patología a tratar y el seguimiento posterior.  
Fecha inicio: 01/05/2022  
Fecha final: 31/05/2022  
Responsable.: Equipo de mejora

3. Elaboración de un listado con el material necesario, que debe estar disponible antes de comenzar la consulta de cirugía menor.  
Fecha inicio: 01/05/2022  
Fecha final: 31/05/2022  
Responsable.: Equipo de mejora

4. Creación de una agenda de Cirugía Menor  
Fecha inicio: 01/05/2022  
Fecha final: 31/05/2022  
Responsable.: Equipo de Admisión

5. Información del proyecto al resto del equipo del Centro de Salud.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1070

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UNA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Blanca Higuera

6. Evaluación del proyecto para detectar oportunidades de mejora.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Equipo de mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Protocolos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de un protocolos existentes de derivación a la consulta de Cirugía menor del Centro de Salud Actur Sur.

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

#### 2. Registro protocolo

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de registros a través del protocolo de OMI de intervenciones de cirugía menor en la historia clínica de los pacientes.

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

#### 3. Pacientes intervenidos no derivados

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes intervenidos en los que se resuelve el problema y no precisan ser derivados a otro facultativo especialista de área

Denominador .....: Total de pacientes intervenidos citados en consulta monográfica de cirugía menor entre Junio y diciembre de 2022

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1073

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1073 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HIGUERAS SAN ROMAN BLANCA MARIA

Título  
PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR

Colaboradores/as:  
ARTIGAS SALVADOR PILAR ANTONIA  
BORAU ISARRE LAURA  
DEL CAMPO MADARIAGA ELENA  
GARCIA JULVEZ MARIA  
MARZO GARCIA MARIA LUISA  
TIMONEDA TIMONEDA MARIA ESTER  
VILLAR YUS MARIA CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: CS ACTUR SUR

Servicio/Unidad principal .....: EAP ACTUR SUR

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Atención Primaria suele constituir la puerta de entrada al sistema sanitario, siendo en ocasiones el punto de inicio de la atención urgente, ya sea en el centro de salud como de forma extrahospitalaria. La capacidad y experiencia de los profesionales para afrontar estas situaciones tiene una relevancia fundamental en la efectividad de los resultados, debiendo aportar una respuesta rápida, coordinada y segura. Esta respuesta aumenta cuando este tipo de atención está apoyada en un equipamiento adaptable a patologías de diversa gravedad y en situaciones ambientales variables.

#### ÁREAS DE MEJORA

Las medidas más importantes y fundamentales para mejorar la atención urgente estaría la estructuración del espacio físico y la dotación de material y medicación necesaria en este espacio.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Mantener la sala y el maletín de urgencias en condiciones adecuadas se considera de prioridad para una atención rápida y de calidad, así como la formación continua y actualización de los profesionales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Reorganizar la Sala de Urgencias siguiendo las recomendaciones encontradas en la bibliografía.
- Mejorar la accesibilidad al material y medicación en situaciones de urgencia.
- Actualizar protocolos y algoritmos de actuación visibles.
- Facilitar la revisión de la Sala de Urgencias, carro de paradas y maletín de avisos domiciliarios.
- Analizar las incidencias de la atención urgente para mejorar la seguridad del paciente.
- Actualizar a todo el personal sobre actuación en situaciones de urgencia.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Creación del grupo de trabajo.

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/01/2022  
Responsable.: Equipo de mejora

#### 2. Revisión y organización de la cartelería, vitrinas y mobiliario. Retirada de los innecesarios y obsoletos. Se solicita un carro de paradas.

Fecha inicio: 01/02/2022  
Fecha final.: 28/02/2022  
Responsable.: Equipo de mejora

#### 3. Revisión de la medicación:

Se coloca en una zona más visible, indicando stock mínimo.  
Se revisa la tabla de equivalencias. Separar la medicación inhalatoria y pediátrica.

Fecha inicio: 01/02/2022  
Fecha final.: 28/02/2022  
Responsable.: Equipo de mejora

#### 4. Se coloca un ordenador en la Sala de Urgencias y se conecta a la impresora del servicio de admisión al no disponer de una propia.

Fecha inicio: 01/04/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1073

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR

Fecha final.: 30/04/2022

Responsable.: Equipo de mejora

5. Visita de seguridad del Técnico de Salud, Farmacéutica y una MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública. Se adoptan los cambios y medidas de mejora propuestos.

Se solicita formación de SVA.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Equipo de mejora

6. -Sesión al personal del CS sobre los cambios producidos.

-Sesión programada organizada por el CS para el personal del centro (sanitario y no sanitario) en SVB.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Blanca Higuera

7. Sesión programada organizada por SVA sobre Código Infarto/ Ictus.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Equipo de mejora

8. Evaluación del proyecto para detectar oportunidades de mejora.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Equipo de mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. .  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador ..... : .  
Denominador ..... : .  
x(1-100-1000) ... : 1  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem .. : 1.00  
Est.Máx.1ª Mem .. : 1.00  
Est.Mín.2ª Mem .. : 1.00  
Est.Máx.2ª Mem .. : 1.00

2. .  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador ..... : .  
Denominador ..... : .  
x(1-100-1000) ... : 1  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem .. : 1.00  
Est.Máx.1ª Mem .. : 1.00  
Est.Mín.2ª Mem .. : 1.00  
Est.Máx.2ª Mem .. : 1.00

3. .  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador ..... : .  
Denominador ..... : .  
x(1-100-1000) ... : 1  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem .. : 1.00  
Est.Máx.1ª Mem .. : 1.00  
Est.Mín.2ª Mem .. : 1.00  
Est.Máx.2ª Mem .. : 1.00

4. .  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador ..... : .  
Denominador ..... : .  
x(1-100-1000) ... : 1  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem .. : 1.00  
Est.Máx.1ª Mem .. : 1.00  
Est.Mín.2ª Mem .. : 1.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1073

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

5. Análisis de las incidencias surgidas en la atención urgente o relacionadas con la Sala de Urgencias.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Incidencias analizadas

Denominador .....: Incidencias registradas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio de incidencias.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. Formación del personal en Soporte Vital Básico (SVB) o Avanzado (SVA).

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de asistentes a las sesiones de formación impartidas en el año 2022 (SVB y SVA)

Denominador .....: Personal total del Centro de Salud (sanitario y no sanitario).

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de firmas de asistencia a las sesiones.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. .

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: .

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Urgencias y emergencias sanitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1132

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA AUTONOMÍA DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR EN EL USO DE RECURSOS E INFORMACION DIGITAL DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGON

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1132 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PELEGAY BUGARIN ANA ISABEL

Título  
PROMOCION DE LA AUTONOMÍA DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR EN EL USO DE RECURSOS E INFORMACION DIGITAL DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGON

Colaboradores/as:  
FERNANDEZ SANCHEZ MARIA CARMEN  
GIMENEZ EROLES INMACULADA  
LAFUENTE GARCIA MARIA CARMEN  
LITE MARTINEZ AMPARO  
ROJAS MEDIAVILLA M. LOURDES  
SOLANAS BLASCO TERESA  
VIÑUALES SOTO M. AGUSTINA

Ubicación principal del proyecto.: CS ACTUR SUR

Servicio/Unidad principal .....: EAP ACTUR SUR

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La aceleración en la digitalización y el uso de aplicaciones telemáticas tras la crisis sanitaria ha evidenciado la brecha digital existente, detectando desde los Centros de Atención Primaria la necesidad de la población, especialmente los mayores, de aprender el manejo de aplicaciones y webs de salud. La labor de enseñanza en el manejo de estos recursos y la ayuda para la gestión de citaciones o consultas de tratamientos se realiza desde los Centros de Salud, pero también desde otros recursos de la comunidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se observa la oportunidad de realizar esta función de forma grupal, en espacios de encuentro dinamizados por el Equipo de Admisión con la colaboración multidisciplinar de profesionales sanitarias y trabajadora social, facilitando espacios de aprendizaje entre iguales con tiempo para abordar todas las utilidades así como para aclarar dudas, potenciando además la participación de estas profesionales en las actividades de promoción y educación para la salud. Además, el contacto con otros recursos de la zona básica para informar de la actividad propicia su orientación desde otras perspectivas y ofrece la oportunidad de establecer nuevas redes de colaboración que favorezcan la difusión y la continuidad de proyecto.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Esta tarea de educación se ha realizado por el Grupo de Admisión del Centro de Salud a diario de forma individual debido a su implicación en la gestión de citas y otras tareas administrativas, pero con la limitación de tiempo que conlleva la gran demanda en este servicio, sin poder profundizar en todas las utilidades que ofrecen la App y Web de Salud Informa.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Difundir y mostrar a los usuarios las aplicaciones, portales web y recursos de información ofrecidos por el Departamento de Sanidad (Salud Informa, Escuela de Salud) y sus potenciales beneficios mediante talleres de aprendizaje en grupo.

Habilitar a los usuarios del sistema en gestión de sus citas, información sobre su salud, HCE portátil, y otros a través de formación activa y práctica con sus propios dispositivos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Difusión en el Equipo de Atención Primaria y creación del grupo de trabajo.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Responsable del proyecto

2. Diseño de los talleres y programación de las sesiones.

Diseño de la evaluación.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Equipo de mejora

3. Contacto con recursos de la Zona Básica de Salud (Farmacias y Asociación de Vecinos) para informar del proyecto.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1132

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA AUTONOMÍA DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD ACTUR SUR EN EL USO DE RECURSOS E INFORMACION DIGITAL DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGON

Responsable.: Equipo de mejora

4. Diseño de cartel informativo y difusión.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Equipo de mejora

5. Recogida de datos de personas interesadas y contacto para establecer los grupos.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Equipo de mejora

6. Inicio y continuación de los talleres.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: Equipo de mejora

7. Evaluación del proyecto.

Fecha inicio: 16/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Responsable del proyecto.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de talleres grupales realizados entre septiembre y diciembre de 2022

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de talleres grupales realizados entre septiembre y diciembre de 2022

Denominador .....: -

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro propio de los grupos.

Est.Mín.1ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 12.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 12.00

2. Asistencia a los talleres.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de personas apuntadas que acude a los talleres grupales.

Denominador .....: Número de participantes apuntados para acudir a los talleres grupales.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio de los grupos.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Valoración por los asistentes sobre la utilidad del taller para mejorar su autonomía.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Asistentes que clasifican el taller como "útil" o "muy útil"

Denominador .....: Total de respuestas obtenidas a la encuesta administrada al finalizar el taller.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de elaboración propia.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#392

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO CALIDAD MEJORA EN LA GESTION DE RECETA ELECTRONICA A TRAVES DE UN PROGRAMA DE COLABORACION CON LAS OFICINAS DE FARMACIA DEL AREA DE SALUD DEL CDS DE LA JOTA

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#392 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CLEMENTE JIMENEZ LOURDES

Título  
PROYECTO CALIDAD MEJORA EN LA GESTION DE RECETA ELECTRONICA A TRAVES DE UN PROGRAMA DE COLABORACION CON LAS OFICINAS DE FARMACIA DEL AREA DE SALUD DEL CDS DE LA JOTA

Colaboradores/as:  
SAEZ-BENITO SUESCUN LORETO  
SAEZ-BENITO SUESCUN ANA  
CASILLAS FERRANDIZ LUIS ALBERTO  
DE JUAN SANCHEZ MARIA JESUS  
FRANCISCO HERRERO CARMEN ASCENSION  
MAHULEA LILIANA  
SAZ SAZ JOSEFINA

Ubicación principal del proyecto.: CS AVDA CATALUÑA (LA JOTA)

Servicio/Unidad principal .....: EAP LA JOTA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La atención primaria es la primera toma de contacto de la ciudadanía con el sistema sanitario. Los y las profesionales de un centro de salud (CdS) atienden las necesidades sanitarias de las personas, proporcionando atención a los problemas de salud colectivos e individuales y prestan servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver estos problemas, mediante acciones integrales y coordinadas con otros niveles de atención como los hospitales o los centros de especialidades. Según la Guía Práctica de Servicios Sanitarios elaborada por INFORMACU ARAGON, "Los equipos de atención primaria que deben estar compuestos por los profesionales de atención primaria y el número de personas asignadas a cada equipo no puede ser superior a 25.000 personas, salvo situaciones excepcionales, considerándose como intervalo óptimo la asignación entre 10.000 y 15.000 personas".

La pandemia COVID-19 ha puesto de manifiesto que los farmacéuticos y las farmacias son parte inseparable del Sistema Sanitario. Ante los problemas de accesibilidad a los centros de salud, la farmacia comunitaria constituye en muchas ocasiones, la primera puerta de acceso al Sistema, siendo considerada en la actualidad como un activo en salud esencial para fortalecer los determinantes en salud de la población.

La incorporación del modelo de activos para la salud en las intervenciones de salud comunitaria/promoción de la salud puede reforzar aspectos relacionados con la equidad, la orientación a los determinantes sociales, la intersectorialidad y la participación en dichas intervenciones.

En el área asistencial correspondiente al CdS de la Jota se planteó la colaboración entre las farmacias comunitarias de la zona básica y el CdS debido en primer lugar, a la sobresaturación de las consultas de Atención Primaria con una demanda de entre 60 y 70 pacientes al día por facultativo, y en segundo lugar, a la necesidad sentida por los profesionales de farmacia de encontrar medios de comunicación efectivos con los facultativos del CdS.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora de la gestión de la Receta electrónica.

Importante lista de espera para obtener consulta con el médico de Atención Primaria.

Comunicación con las farmacias comunitarias de la zona

#### ANALISIS DE CAUSAS

Muchos pacientes piden cita al médico solo para activar la receta electrónica, problema meramente administrativo que no precisaría una cita ni presencial ni telefónica.

Sobrecarga de las agendas por citas urgentes únicamente por temas administrativos.

La mejora en la comunicación con las farmacias comunitarias de la zona, evitará citas innecesarias en las agendas de los médicos del cds.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Crear e implantar un proyecto de colaboración entre centro de salud y farmacias comunitarias para:

Reducir las citas de los pacientes relacionadas con la gestión de prescripciones.

Crear medios de comunicación efectivos entre los farmacéuticos comunitarios y los facultativos del CdS.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Establecer un sistema cifrado de comunicación entre la farmacia comunitaria y el centro de salud.

Fecha inicio: 29/06/2022

Fecha final.: 28/06/2023



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#392

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO CALIDAD MEJORA EN LA GESTION DE RECETA ELECTRONICA A TRAVES DE UN PROGRAMA DE COLABORACION CON LAS OFICINAS DE FARMACIA DEL AREA DE SALUD DEL CDS DE LA JOTA

Responsable.: M<sup>a</sup> Lourdes Clemente Jiménez

**\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto**

Se establecer un sistema, en función del cual, cuando en la farmacia comunitaria se detecte un problema con la medicación (caducidad de receta electrónica, caducidad de visados, no concordancia de dosificación...) el farmacéutico se comunique con el Cds para notificarlo a través de un correo electrónico codificado, de tal forma que se guarde totalmente la confidencialidad del paciente, desde admisión se citará al paciente a su facultativo, y este a través del programa Receta Electrónica, leerá el mensaje que enviado por el farmacéutico.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de comunicaciones recibidas por parte de la farmacia para gestionar la Receta Electrónica

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes con tratamientos crónicos que han solicitado actualización de receta electrónica a través de mensaje enviado por las oficinas de farmacia

Denominador .....: Número con tratamientos crónicos registrados en Receta electrónica

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Receta electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5000.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1000.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10000.00

**\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación**

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Cualquier tipo de patología

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#491

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL DECALOGO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA, DE LA TRANSICION AL ATA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Fecha de entrada: 06/07/2022

Nº de registro: 2022#491 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SALAZAR GONZALEZ ELISA PILAR

Título  
IMPLEMENTACION DEL DECALOGO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA, DE LA TRANSICION AL ATA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Colaboradores/as:  
CARMINA  
BIERGE VALERO DAVID  
LLORO LANCHO PATRICIA  
MARTIN SERRANO LAURA  
MARTINEZ LAVILLA M. JOSEFA  
SANZ BESCOS CARLOS

Ubicación principal del proyecto.: CS AVDA CATALUÑA (LA JOTA)

Servicio/Unidad principal .....: EAP LA JOTA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Implementar el decálogo de recomendaciones prácticas para guiar el proceso de transición al alta en pacientes con insuficiencia cardíaca

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1- Programar una cita con enfermería de atención primaria a los 7 días del alta tras ingreso por descompensación de insuficiencia cardíaca
- 2- Programar cita con médico de familia a los 7-14 días del alta hospitalaria
- 3- Programar cita con unidad de insuficiencia cardíaca del HRV a las 4 semanas del alta hospitalaria con control analítico

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- 1- Valorar signos y síntomas de descompensación, toma de TA, FC, peso. Revisar adherencia terapéutica. Reforzar educación del paciente y familiares en dieta, ejercicio y autodetección de sg de descompensación
- 2- Revisar y ajustar dosis de diurético si precisa. Optimización de tratamiento con fármacos que reducen la mortalidad en IC
- 3- Asegurar la continuidad asistencial del paciente en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca, optimización del tratamiento.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Implementar un protocolo de atención a los pacientes del CS La Jota que han tenido un ingreso reciente por insuficiencia cardíaca.  
Coordinar la unidad de Insuficiencia cardíaca del HRV con enfermería / médico de atención primaria del CS La Jota  
Evitar reingresos < 30 días tras alta hospitalaria y detección precoz de descompensaciones en pacientes con ingreso reciente por IC  
Mejorar la supervivencia en estos pacientes.  
Aplicar el decálogo de la Sociedad Española de Cardiología de "Transición al Alta"

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Emitir hoja adjunta al alta hospitalaria con recomendaciones para enfermería de atención primaria en los pacientes con ingreso reciente por insuficiencia cardíaca  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: DAVID BIERGE
2. Citación con enfermería de cupo a los 7 días tras el alta hospitalaria en ingreso por IC de pacientes del CS La Jota  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: MARIA JOSE MARTINEZ
3. Citación con médico de familia a los 14 días tras el alta hospitalaria en ingreso por IC de pacientes del CS La Jota para ajuste y optimización de tratamiento si procede  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: ELISA SALAZAR GONZÁLEZ

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#491

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL DECALOGO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA, DE LA TRANSICION AL ATA EN INSUFICIENCIA CARDIACA

4. Citación con Unidad de IC HRV a las 4 sem tras el alta hospitalaria en ingreso por IC de pacientes del CS La jota para ajuste y optimización de tratamiento.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: DAVID BIERGE

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Numero de pacientes del CS La Jota dados de alta con IC con hoja de recomendaciones de enfermería

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: NUMERICO

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Número de pacientes del CS La jota dados de alta con IC citados en consulta de enfermería a 7 días

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: NUMERICO

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Número de pacientes del CS La jota dados de alta con IC citados en consulta de MAP a 14 días

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: NUMERICO

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Número de pacientes del CS La jota dados de alta con IC citados en Unidad IC HRV a 4 semanas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: NUMERICO

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#591

### 1. TÍTULO

# PROYECTO DE CALIDAD PARA LA MEJORA DEL REGISTRO DE LOS PRINCIPALES INDICADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LAS PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 DEL CENTRO DE SALUD LA JOTA DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#591 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MAHULEA LILIANA

Título  
PROYECTO DE CALIDAD PARA LA MEJORA DEL REGISTRO DE LOS PRINCIPALES INDICADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LAS PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 DEL CENTRO DE SALUD LA JOTA DE ZARAGOZA

Colaboradores/as:  
BLASCO BLANCO DAVID  
BLASCO MARCO VIRGINIA  
CLEMENTE JIMENEZ LOURDES  
GOMEZ MARCOS FRANCISCO JAVIER  
MONTEAGUDO CASAS MARIA ESTIBALIZ  
RODRIGUEZ CURIESES PETRA  
SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO

Ubicación principal del proyecto.: CS AVDA CATALUÑA (LA JOTA)

Servicio/Unidad principal .....: EAP LA JOTA

Línea estratégica: Diabetes

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una patología crónica compleja debido a sus múltiples etiologías y mecanismos fisiopatológicos implicados. En los próximos años se estima un incremento progresivo del número de personas con diabetes a nivel mundial del 48 %, y del 16 % en Europa, para el año 2045. Nuestra labor fundamental como médicos de familia es prevenir la aparición de la enfermedad (actuando sobre los factores de riesgo modificables) y, una vez diagnosticada la diabetes, realizar un control óptimo de los factores de riesgo de las complicaciones de la diabetes (control glucémico, de las dislipemias, realización periódica de retinografías, etc.). Para cuantificar esta labor tenemos a nuestra disposición y ayuda, entre otras cosas, el cuadro de mandos de diabetes del programa OMI-AP y el Atlas de Diabetes de Aragón.

**ÁREAS DE MEJORA**  
Hemos detectado datos muy diferentes entre los que están registrados en el Atlas de Diabetes de Aragón y el cuadro de mandos de la diabetes del programa OMI-AP, en cuanto a la prevalencia de la enfermedad y a la detección y control de los factores de riesgo.

**ANÁLISIS DE CAUSAS**  
Consideramos que es muy probable que haya personas con DM2 que aparentemente no reciben ningún tipo de seguimiento, pero que están siendo valoradas y tratadas en otros ámbitos (Endocrinología, consultas privadas). Al mismo tiempo, es posible que no se esté realizando el registro correcto de los pacientes con DM2 en seguimiento en el Centro de Salud.

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
Objetivo principal: Optimizar el registro de los pacientes con DM2 a los que se le está realizando el seguimiento en otros ámbitos (Endocrinología, consultas privadas, etc.)  
Objetivos secundarios: Optimizar el seguimiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2, realizando un correcto registro del plan personal.

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Durante el primer mes, se realizará un corte transversal de datos del Cuadro de mandos de diabetes de todos los pacientes del centro de salud.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 05/10/2022

Responsable.: Liliana Mahulea, Javier Gomez Marcos

2. En paralelo, se prepararán infografías/vídeos cortos (5 minutos) específicos para cada apartado del cuadro de mandos.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 05/10/2022

Responsable.: Lourdes Clemente Jimenez, Virginia Blasco Marco

3. A partir del segundo mes, difusión: infografías (documento único al inicio, para cada equipo básico asistencial) + vídeos (semanalmente)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#591

### 1. TÍTULO

# PROYECTO DE CALIDAD PARA LA MEJORA DEL REGISTRO DE LOS PRINCIPALES INDICADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LAS PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 DEL CENTRO DE SALUD LA JOTA DE ZARAGOZA

Fecha inicio: 05/10/2022

Fecha final.: 14/10/2022

Responsable.: Petra Rodríguez Curieses, Liliana Mahulea

4. Primera semana. Segundo mes. Registro de pacientes con diabetes e inclusión en la cartera de servicios. Si no están incluidos, formación para su inclusión.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 21/10/2022

Responsable.: Rosario Sanjuan Cortés, Lourdes Clemente Jimenez

5. Segunda semana. Segundo mes. Cuadro de mandos. Acceso. Solicitud y registro de la HbA1C.

Fecha inicio: 24/10/2022

Fecha final.: 28/10/2022

Responsable.: Estibaliz Monteagudo, David Blasco Blanco

6. Tercera semana. Segundo mes. Cuadro de mandos. Solicitud y registro del perfil lipídico.

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 04/11/2022

Responsable.: Rosario Sanjuan Cortés, Liliana Mahulea

7. Cuarta semana. Segundo mes. Revisión retinografías. Solicitud y registro.

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final.: 11/11/2022

Responsable.: Petra Rodriguez Curieses, Liliana Mahulea

8. Semanas 5,6,7: revisión de los pacientes con diabetes 2 de cada cupo, controlados habitualmente por Endocrinología, de los que los resultados analíticos y de hemogloblina glicosilada no constan en OMI

Fecha inicio: 14/11/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: Liliana Mahulea, Virginia Blasco Marco, Estibaliz Monteagudo, Lourdes Clemente

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Al mismo tiempo que se revisan las historias se pasarán los datos a OMI/HCE.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Registro de Hb A1C

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes con HbA1C registrada

Denominador .....: Número total de pacientes con diabetes tipo 2

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-Ap

HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 39.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Registro de Colesterol total

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con Colesterol total registrado

Denominador .....: Número total de pacientes con diabetes tipo 2

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-Ap

HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 39.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Registro de LDL- Colesterol

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con Colesterol LDL registrado

Denominador .....: Número total de pacientes con diabetes tipo 2

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-Ap

HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 26.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#591

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE CALIDAD PARA LA MEJORA DEL REGISTRO DE LOS PRINCIPALES INDICADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LAS PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 DEL CENTRO DE SALUD LA JOTA DE ZARAGOZA

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 4. Registro de retinografías

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con retinografías registradas

Denominador .....: Número total de pacientes con diabetes tipo 2

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-Ap

HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 45.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 45.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 5. Registro de pacientes con diabetes cuyos datos no estan registrados en OMI

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con diabetes no registrados

Denominador .....: Número total de pacientes con diabetes tipo 2

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-Ap

HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#660

### 1. TÍTULO

#### CREACION DEL GRUPO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA O ¿COMO EMPEZAMOS A SEGUIR CON LA ATENCION COMUNITARIA EN EL BARRIO?

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#660 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PARDO PARDO CONSUELO

Título  
CREACION DEL GRUPO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA O ¿COMO EMPEZAMOS A SEGUIR CON LA ATENCION COMUNITARIA EN EL BARRIO?

Colaboradores/as:  
ALONSO SOBREVIELA MARIA TERESA  
ANSO DE MIGUEL BELEN  
ASSO OTAL MARIA ELENA  
GARCIA OSES IRENE AMALIA  
IGUAZ MARCO IRAMA  
SORA USON OLGA  
SUAREZ BONEL MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS AVDA CATALUÑA (LA JOTA)

Servicio/Unidad principal .....: EAP LA JOTA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Uno de los objetivos de nuestra Organización es dar cumplimiento a las Estrategias de Salud predefinidas por la misma. Este proyecto nace para cumplir con el mandato de la Estrategia de Salud Comunitaria de Aragón, con deriva en el Contrato Programa del Centro de Salud. Podría encuadrarse dentro de un marco más amplio que es el Desarrollo Comunitario y pretendemos seguir los pasos del Ciclo de la Acción Comunitaria. Creemos que es útil porque:

- . Se crea un grupo de profesionales que de forma voluntaria y organizada asumen el trabajar en lo comunitario. Antes no existía un grupo formado.
- . Recogiendo las intervenciones hasta ahora aisladas o individualizadas
- . Mejorando la implicación de todo el Equipo de A Primaria en el conocimiento y trabajo con y en la comunidad
- . Con visión de continuidad y resultados globales a largo plazo, evitando la parcialización de las intervenciones

#### ÁREAS DE MEJORA

- Activar la Atención comunitaria en salud del barrio
- Trabajo en común: pensar e intervenir conjuntamente
- Coordinación entre los profesionales, vecinos y responsables institucionales locales
- Dar visibilidad práctica al teórico concepto de salud global

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Dificultad de trabajo grupal intra e inter institucional
- Visión centrada en lo biológico, con escasa atención a lo contextual
- Falta de tiempo para pensar acciones y cambiar hábitos instaurados
- Falta de interés y apoyo de la organización hasta la fecha

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

GENERAL: Mejorar la salud y el bienestar de los vecinos y su entorno

#### ESPECÍFICOS:

- 1- Formar grupo: conocerse-reconocerse-hacer equipo y red
- 2- Conocer la comunidad: 2-1- Datos geográficos-poblacionales-sociológicos. 2-2- Necesidades, problemas, fortalezas y activos sentidos por la población
- 3- Compartir análisis y diagnóstico con la población
- 4- Plantear posibles acciones de mejora

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Ofertar opción de inclusión en el grupo y formado éste, establecer metodología y programación  
Debatir y decidir objetivos y acciones  
Consulta documental, experiencias previas, bibliografía  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 15/07/2022  
Responsable.: grupo

2. - Análisis geográfico, sociológico: recopilación fuentes documentales

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#660

### 1. TÍTULO

#### CREACION DEL GRUPO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA O ¿COMO EMPEZAMOS A SEGUIR CON LA ATENCION COMUNITARIA EN EL BARRIO?

Responsable.: grupo

3. - recabar opinión de los vecinos: ..elaboración de una encuesta conjunta con los miembros del grupo y del Consejo de Salud. .. Solicitar contestación en redes, centro, farmacias, entidades, grupos

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: grupo

4. - Recopilación de todos los datos y análisis de los mismos

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: grupo

5. programar y celebrar Jornada comunitaria

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 21/12/2022

Responsable.: grupo

6. Análisis de los problemas destacados por áreas y consensuar y priorizar las acciones a realizar en función del riesgo, oportunidad, posibilidades y equidad.

Fecha inicio: 21/12/2022

Fecha final.: 21/12/2023

Responsable.: grupo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La evaluación se irá realizando durante la realización de todo el proyecto, con análisis grupal de las intervenciones que se van realizando y en su caso modificando lo necesario.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. número de reuniones realizadas/número de reuniones planificadas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: numero de reuniones realizadas 90%

Denominador .....: numero de reuniones planificadas 100%

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: visionado

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Número de participantes por reunión/número total de integrantes de los grupos

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de participantes por reunión 80%

Denominador .....: número total integrantes grupos 100%

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: visionado

Est.Mín.1ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Numero de encuestas rellenas/número de encuestas impresas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: numero de encuestas rellenas 60 %

Denominador .....: número de encuestas impresas 100%

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuestas recibidas

Est.Mín.1ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. numero de encuestas rellenas por redes sociales/número de encuestas rellenas totales

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de encuestas rellenas por redes sociales 50%

Denominador .....: número de encuestas rellenas totales 100%

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuestas rellenas

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#660

### 1. TÍTULO

#### CREACION DEL GRUPO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE LA JOTA O ¿COMO EMPEZAMOS A SEGUIR CON LA ATENCION COMUNITARIA EN EL BARRIO?

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

5. Numero de participantes en alguna actividad/ número total de la población diana

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de participantes en alguna actividad 20%

Denominador .....: número total de la población diana 100%

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: visionado-contaje

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

6. número de acciones decididas/número de acciones posibles

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de acciones decididas 15%

Denominador .....: número de acciones posibles 100%

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: contaje

Est.Mín.1ª Mem ..: -3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> promoción y protección de la salud

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#744

### 1. TÍTULO

#### PRESCRIPCION RESPONSABLE DE BENZODIACEPINAS DE USO CRONICO EN EL CENTRO DE SALUD LA JOTA

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#744 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GOMEZ MARCOS FRANCISCO JAVIER

Título  
PRESCRIPCION RESPONSABLE DE BENZODIACEPINAS DE USO CRONICO EN EL CENTRO DE SALUD LA JOTA

Colaboradores/as:  
ANSO DE MIGUEL BELEN  
BLASCO MARCO VIRGINIA  
GRACIA SOGUERO ESTHER  
IGUAZ MARCO IRAMA  
MARGOLLES GARETA SILVIA  
MONTEAGUDO ROMERO ANGEL  
MURCIANO PASCUAL PAULA

Ubicación principal del proyecto.: CS AVDA CATALUÑA (LA JOTA)

Servicio/Unidad principal .....: EAP LA JOTA

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Detectamos un alto consumo crónico de benzodiazepinas en la práctica clínica diaria. Según datos de 2021 de AEMPS se ha pasado de 54 DHD(Dosis diarias definidas por cada 1000 habitantes y día) a 59,6 en 2021. Estamos en el punto más alto de los últimos 12 años. Diversos estudios apuntan a un aumento de su prescripción secundarios a la evolución de la pandemia COVID. A esta realidad, se suma que resulta difícil proponer un tratamiento alternativo a las peticiones con la presión asistencial actual cuando los pacientes solicitan "la pastilla para dormir" o "la de la ansiedad".

#### ÁREAS DE MEJORA

Estas medicaciones, si bien son prácticas para determinadas situaciones clínicas agudas, pueden desencadenar numerosos efectos secundarios de su uso crónico principalmente. El DSM -V contempla su adicción cuando se cumplen durante doce meses un poderoso deseo o necesidad de consumir BZD y un consumo continuado, a pesar de sufrir problemas causados o exacerbados por las BZD. Cuando ya se ha desarrollado una adicción, resulta muy difícil su reducción o retirada. Por ello se debe evitar su prescripción en ansiedad o insomnio de forma inicial valorando otras alternativas y en caso de prescribirse no debería ser por más de cuatro semanas según indican los criterios STOPP- START

#### ANALISIS DE CAUSAS

Para ayudar en esta prescripción adecuada y deprescripción, se necesita formación del personal que gane habilidades para su manejo y recursos comunitarios informativos para su abordaje y disminución de consumo

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal es disminuir la prescripción crónica de benzodiazepinas en ansiedad e insomnio en los pacientes del CS La Jota.

#### Objetivos Secundarios:

Formación del personal en prescripción y deprescripción de benzodiazepinas  
Creación de material didáctico para su difusión en RRSS, colegios, farmacias y demás asociaciones que quieran colaborar con fines educativos y de concienciación.  
Mejora de la colaboración entre el CS y la unidad de Salud Mental.  
Creación de modelo de Consentimiento Informado para el inicio de la toma de BZD

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

##### 1. Acciones formativas e informativas del personal

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Francisco Javier Gómez/Silvia Margolles/Ángel Monteagudo

##### 2. Realización de material didáctico de programa

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Esther Gracia/Virginia Blasco

##### 3. Creación consentimiento Informado inicio de tratamiento BZD

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#744

### 1. TÍTULO

#### PRESCRIPCIÓN RESPONSABLE DE BENZODIAZEPINAS DE USO CRÓNICO EN EL CENTRO DE SALUD LA JOTA

Responsable.: Virginia Blasco/Silvia Margolles/Paula Murciano

4. Difusión en RRSS, Consejo de Salud, Asociaciones, colegios

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Irama Iguaz/Belen Anso/Esther Gracia

5. Sesión Comunitaria gestión autocontrol Ansiedad

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Belen Anso/Ángel Monteagudo/Silvia Margolles

6. Sesión comunitaria automanejo Insomnio

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Irama Iguaz/Francisco Javier Gómez/Paula Murciano

7. Encuesta valoración percepción personal implicado

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Irama Iguaz/Belen Anso/Virginia Blasco

8. Análisis de datos de consecución de objetivos

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Francisco Javier Gómez/Esther Gracia/Silvia Margolles

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Disminución de DHD para Benzodiazepinas en CS La Jota

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... DHD Benzodiazepinas Marzo 2023

Denominador ..... DHD Benzodiazepinas Junio 2022

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: DATA de farmacia E-receta

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

2. Realización de Sesiones Clínicas de equipo

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Número de sesiones realizadas

Denominador ..... Número de sesiones propuestas

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Registro de sesiones de CS

Est.Mín.1ª Mem .. 100.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 100.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

3. Creación de Consentimiento Informado

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Número de Consentimientos informados creados

Denominador ..... Número de Consentimientos informados propuestos

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Documento pasado por registro

Est.Mín.1ª Mem .. 1.00

Est.Máx.1ª Mem .. 1.00

Est.Mín.2ª Mem .. 1.00

Est.Máx.2ª Mem .. 1.00

4. Realización de Sesiones Comunitarias

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Número de sesiones realizadas

Denominador ..... Número de sesiones propuestas

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Registro de sesión

Est.Mín.1ª Mem .. 1.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#744

### 1. TÍTULO

#### PRESCRIPCION RESPONSABLE DE BENZODIACEPINAS DE USO CRONICO EN EL CENTRO DE SALUD LA JOTA

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#847

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE MATERIAL DE CONSULTA MULTILENGUAJE PARA MATRONAS

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#847 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAFUENTE PARDOS MARIA SUSANA

Título  
ELABORACION DE MATERIAL DE CONSULTA MULTILENGUAJE PARA MATRONAS

Colaboradores/as:  
FRANCO NAVARRO MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS AVDA CATALUÑA (LA JOTA)

Servicio/Unidad principal .....: EAP LA JOTA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 1\*CENTRO DE SALUD ZUERA\*EAP ZUERA\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Cargas de trabajo.  
Barrera idiomática.  
Implementación de nuevos protocolos de cuidados.  
Optimización de las ventajas de nuevas tecnologías y medios audiovisuales.

ÁREAS DE MEJORA  
Cargas de trabajo.  
Barrera idiomática.  
Implementación de nuevos protocolos de cuidados.

ANÁLISIS DE CAUSAS  
Hay escasez actual de matronas en los equipos de Atención Primaria.  
Multiculturalidad en pacientes.  
Los cuidados actuales no están actualizados, unificados ni informatizados.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Mejorar el autocuidado y el cumplimiento de las recomendaciones indicadas por la matrona.  
Ahorro en papel.  
Superación de barrera idiomática.  
Optimización del tiempo de asistencia.  
Implementación de la evidencia actual.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recuperación de material utilizado en otros departamentos y servicios de salud (pictogramas, escuela de salud, documentos de consenso, etc).

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/9/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Pilar Franco Navarro.

2. Elaboración de vídeos para la consulta

Fecha inicio: 1/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Susana Lafuente Pardos.

3. Contacto con servicio de traducción.

Fecha inicio: 1/1/2023

Fecha final.: 1/2/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Pilar Franco Navarro.

4. Elaboración de consentimientos informados, direcciones de mail, nubes.

Fecha inicio: 1/3/2023

Fecha final.: 1/5/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Susana Lafuente Pardos.

5. Elaboración de plantillas e implementación para corrección. Contacto con servicios de apoyo (servicios comunitarios, informática).

Fecha inicio: 1/9/2022

Fecha final.: 1/6/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Susana Lafuente Pardos.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#847

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE MATERIAL DE CONSULTA MULTILENGUAJE PARA MATRONAS

6. Traducción del material.

Fecha inicio: 1/11/2022

Fecha final.: 1/3/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Pilar Franco Navarro

7. Evaluación del proyecto

Fecha inicio: 1/5/2023

Fecha final.: 1/12/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Pilar Franco Navarro.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Durante la pandemia se empezaron a elaborar materiales de consulta y medios audiovisuales que hemos utilizado tanto en consulta como en apoyo de las indicaciones domiciliarias por mail. Muchas de estas novedades son muy útiles y creemos que se pueden ampliar y de esta manera mejorar e innovar en los cuidados de la consulta de la matrona. El seguimiento en algunos ámbitos (embarazo y suelo pélvico especialmente) es excelente y pensamos que podría facilitar la labor en otras áreas y en población inmigrante.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Se cancela

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Se cancela

Denominador .....: Se cancela

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recogida de datos en consulta/mail.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Pacientes que solicitaron información adicional vía telemática.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes que solicitaron información adicional vía telemática.

Denominador .....: Pacientes que solicitaron información adicional

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recogida de datos en consulta/mail.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Pacientes que fueron atendidas en consulta en su lengua materna.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes atendidas en consulta en su lengua materna.

Denominador .....: Pacientes que fueron atendidas en consulta.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recogida de datos en consulta/mail.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Pacientes atendidas con audiovisuales en consulta (embarazo, puerperio, menopausia, suelo pélvico).

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....:

Pacientes cuyos cuidados fueron explicados con apoyo de medios audiovisuales en consulta.

Denominador .....: Pacientes en seguimiento de la consulta de la matrona

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recogida de datos en consulta/mail.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. Pacientes que expresaron satisfacción con el material ofrecido en consulta o vía telemática.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....:

Pacientes que expresaron satisfacción con el material ofrecido en consulta o vía telemática.

Denominador .....: Pacientes que recibieron material del proyecto.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recogida de datos en consulta/mail.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#847

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE MATERIAL DE CONSULTA MULTILENGUAJE PARA MATRONAS

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

6. Pacientes que recibieron el consentimiento informado.  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....:  
Pacientes que recibieron el consentimiento informado.  
Denominador .....: Pacientes que devolvieron firmado el consentimiento firmado.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Recogida de datos en consulta/mail.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Los indicadores serían a nivel de zona básica de salud en un primer momento.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1059

### 1. TÍTULO

#### SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION/RETIRADA DE FARMACOS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1059 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SORA USON OLGA

Título  
SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION/RETIRADA DE FARMACOS EN ATENCION PRIMARIA

Colaboradores/as:  
ALONSO SOBREVIELA MARIA TERESA  
BELLIDO PEREZ PABLO  
HUERGA IBAÑEZ IRENE ANGELA  
LABADIA ROCHE ANA  
RODRIGUEZ CURIESES PETRA  
VALERO ESCUDERO CRISTINA DE LAS NIEVES  
VAQUERO SEBASTIAN CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: CS AVDA CATALUÑA (LA JOTA)

Servicio/Unidad principal .....: EAP LA JOTA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En los últimos años se está haciendo una reflexión y esfuerzo para adoptar medidas eficaces para reducir los efectos adversos derivados de la atención sanitaria y sus repercusiones en la vida de los pacientes. La Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la necesidad de promover la seguridad del paciente como principio fundamental de todos los sistemas sanitarios. Crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el fin de prestar una mayor atención a los eventos adversos (la cual plantea dos retos "Atención limpia es atención segura" 2005-2006 y "La cirugía segura salva vidas" 2007-2008). La OMS recomienda trabajar de forma prioritaria sobre la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología. Ha habido otras iniciativas internacionales. En Inglaterra el Instituto Nacional de Salud por medio de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA) definió siete pasos claves para conseguir una organización sanitaria más segura. El Comité Europeo de Sanidad (CDESP) en su 56ª reunión (2004) recomendó a los gobiernos de los Estados Miembros del Consejo de Europa una serie de metas en materia de seguridad y reconoció distintos elementos dentro de un enfoque sistémico de la prevención de riesgos en la asistencia sanitaria. A nivel nacional la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad es el órgano que estudia y analiza situaciones en torno a seguridad del paciente y la gestión de riesgos sanitarios y, asimismo, pone en marcha estrategias de intervención, asegurando que esta atención sea de la máxima calidad. El Ministerio de Sanidad y los órganos competentes de las Comunidades Autónomas elaboran periódicamente, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud planes de calidad. El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud pone en relevancia, en su estrategia 8, la seguridad del paciente como un elemento de calidad. Valorando todo este marco institucional y teniendo en consideración que según estudios realizados los errores relacionados con la medicación son los eventos adversos que más frecuentemente ocurren en la práctica diaria, se hace imprescindible la implantación de medidas en todas las fases del proceso: prescripción, transmisión y administración. Por la consulta de enfermería de Atención Primaria pasan pacientes derivados por diferentes especialistas para la administración de múltiples fármacos. Para que la atención no conlleve riesgos es necesario que toda la información necesaria nos llegue de forma adecuada para facilitar y permitir que podamos hacer nuestro trabajo con seguridad y sin demora.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Prácticas clínicas seguras. Potenciar seguridad ante una tarea delegada como es la administración/retirada de un fármaco.
- Identificación de medicamentos de alto riesgo por requerimiento de precauciones especiales.
- Fomentar la comunicación entre profesionales.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Dificultad para realizar una práctica clínica de forma segura por una comunicación deficiente entre profesionales.
- Incorporación de nuevos fármacos con preparación, administración y eliminación especial y nuevos dispositivos que no se han presentado en A. Primaria.
- Mayor inversión de tiempo de la demanda.
- Deterioro de la comunicación profesional-paciente

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Fomentar una forma de trabajo unificada y segura tanto hacia el paciente, como hacia el profesional y la institución, minimizando riesgo y optimizando tiempos. Estos son requisitos indispensables para llegar a una asistencia de calidad.

- 1.- Hacer un análisis de las derivaciones que llegan a enfermería para administrar/retirar fármacos, cuantificando el porcentaje que llega con orden médica completa o incompleta y valorando que ítems se reflejan y cuales no.
- 2.- Cuantificar si la enfermera conoce el fármaco a administrar, si requiere preparación o medidas de



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1059

### 1. TÍTULO

#### SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION/RETIRADA DE FARMACOS EN ATENCION PRIMARIA

protección especial para la manipulación, todo ello de forma previa a la atención del paciente en la consulta.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Preparación de sesiones.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/05/2023

Responsable.: grupo de proyecto

2. Elaboración de infografías para el personal de enfermería del centro, con los 5 correctos previos a la administración de un fármaco.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 14/09/2022

Responsable.: grupo de proyecto

3. Presentación, justificación e información del proyecto mediante sesión al equipo de enfermería del C.S. LA JOTA.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: grupo de proyecto

4. Recopilación de datos en las consulta de enfermería de pacientes que han sido derivados para inyectarles un fármaco o retirarles algún dispositivo para administración fármaco...

Fecha inicio: 16/09/2022

Fecha final.: 16/01/2023

Responsable.: grupo de proyecto

5. Recogida y sistematización de datos de pacientes que han sido derivados para administrarles un fármaco o retirarles algún dispositivo de administración con carácter retroactivo. ( a través OMI-AP)

Fecha inicio: 16/09/2022

Fecha final.: 16/01/2023

Responsable.: grupo de proyecto

6. Unificación de datos, registro y valoración.

Fecha inicio: 16/01/2023

Fecha final.: 15/03/2023

Responsable.: grupo de proyecto

7. Conclusión, propuesta de mejora y sesión informativa al equipo

Fecha inicio: 16/03/2023

Fecha final.: 15/05/2023

Responsable.: grupo de proyecto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de fármacos que requieren administración especial

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de fármacos que requieren administración especial

Denominador .....: Número total de fármacos administrados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Consulta de enfermería y OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

2. % de respuesta positiva para un determinado item

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de respuestas positivas para un item determinado

Denominador .....: Número total de pacientes derivados con prescripción

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Consulta de enfermería

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

3. % de prescripciones completas

Tipo de indicador: impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1059

### 1. TÍTULO

#### SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACION/RETIRADA DE FARMACOS EN ATENCION PRIMARIA

Numerador .....: Número de prescripciones completas  
Denominador .....: Número total de prescripciones

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Consulta de enfermería y OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

4. % de profesionales de enfermería que participan  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de profesionales de enfermería que participan  
Denominador .....: Número de profesionales de enfermería totales

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Centro de Salud  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

5. % de sesiones realizadas  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de sesiones realizadas  
Denominador .....: Número de sesiones planteadas

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Centro de Salud  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. % de incidencias realizadas  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de incidencias realizadas  
Denominador .....: Número de prescripciones incompletas

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Plataforma incidencias y admisión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1097

### 1. TÍTULO

#### CAMINANDO JUNTOS EN LA MEJORA DE LA SALUD MENTAL DE NUESTRA POBLACION

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1097 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANJUAN CORTES MARIA ROSARIO

Título  
CAMINANDO JUNTOS EN LA MEJORA DE LA SALUD MENTAL DE NUESTRA POBLACION

Colaboradores/as:  
GRACIA SOGUERO ESTHER  
LEON LATRE MONTSERRAT  
MARTINEZ ROIG MIGUEL  
MARTINEZ-COSTA MONTERO MARIA CELIA  
SALVADOR TELLO MARIO

Ubicación principal del proyecto.: CS AVDA CATALUÑA (LA JOTA)

Servicio/Unidad principal .....: EAP LA JOTA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 1\*HOSPITAL ROYO VILLANOVA\*UNIDAD DE SALUD MENTAL AP\*SM (Salud Mental)

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Este proyecto pretende lograr una mejora en la atención del paciente psiquiátrico de nuestra zona básica de salud poniendo en marcha medidas que establezcan vías de comunicación y de transferencia de conocimientos entre los profesionales de Salud Mental del sector y los profesionales del centro de salud de La Jota que después repercutan en el cuidado y la calidad asistencial de la población con esta patología.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora en el nivel de formación en salud mental de los médicos de familia del centro de salud de La Jota.  
Variación en el número de derivaciones a la USM del sector Zaragoza 1. Cambios en la prescripción farmacológica.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En las últimas décadas se ha producido en la población, un aumento de la prevalencia en patología mental. Esto se ve reflejado en el aumento de la demanda en las consultas de Atención Primaria y en las derivaciones a salud mental tanto en adultos como en la población infanto-juvenil. La pandemia por COVID-19 ha incrementado todavía más si cabe esta demanda. La coordinación entre niveles asistenciales es necesaria para el buen funcionamiento y sostenibilidad del sistema sanitario público.

Se ha demostrado que facilitar la continuidad en la atención sanitaria por parte de los médicos de los diferentes niveles asistenciales se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad más bajas. Con una buena coordinación entre la Atención Primaria y la Hospitalaria, los pacientes se benefician de una continuidad asistencial y una atención de mayor calidad.

Sin embargo, son frecuentes los problemas en esta relación entre niveles. Unos dependientes de los propios médicos como la falta de tiempo y las deficiencias formativas, otros vinculados a los pacientes como el desconocimiento de los recursos más eficientes y por último los relacionados con la organización de nuestro propio sistema sanitario.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la formación a través de la organización de sesiones conjuntas médicos de familia, psiquiatras y psicólogos tanto de revisión de patologías de salud mental como de revisión de casos clínicos a través de la creación de un grupo de trabajo.
- Mejorar las habilidades de los médicos de familia tanto en la anamnesis psiquiátrica como en el diagnóstico y el tratamiento de la patología mental.
- Fomentar el conocimiento y respeto entre los profesionales.
- Facilitar la formación de residentes de las especialidades de psiquiatría y psicología.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. crear un equipo de trabajo con 2 médicos de familia del centro de salud, 1 médico psiquiatra de la USM, 1 residente de Medicina de Familia, 1 residente de psiquiatría y 1 residente de psicología

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Montserrat León Latre

2. calendario de sesiones clínicas conjuntas con una periodicidad mensual

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Rosario Sanjuán Cortés

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1097

### 1. TÍTULO

#### CAMINANDO JUNTOS EN LA MEJORA DE LA SALUD MENTAL DE NUESTRA POBLACION

3. organización de las rotaciones de los residentes de psiquiatría y psicología en el centro de salud y establecer plan de continuidad de estos residentes con el centro de salud

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Miguel Martinez Roig

4. revisión de patologías psiquiátricas mas frecuentes y/o urgentes estableciendo rutas asistenciales para definir las actuaciones más apropiadas en cada nivel y creando un protocolo consensuado

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Mario Salvador Tello

5. dinamizar la comunicación entre niveles asistenciales a través de la interconsulta virtual valorando poder establecer rutas de comunicación aun mas ágiles

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Esther Gracia Soguero

6. consensuar entre los dos niveles asistenciales, un conjunto mínimo de datos a recoger en las derivaciones realizadas a través de la interconsulta virtual

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: María Celia Martinez-Costa Montero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Estas medidas van a permitir aumentar la colaboración entre los profesionales de salud mental y los médicos de familia de nuestro centro de salud

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % médicos del EAP del C S La Jota que reciben formación en salud mental promovida desde el proyecto

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesiones médicos que reciben formación

Denominador .....: Numero total de profesionales médicos del centro de salud de La Jota

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: DAP Zaragoza 1

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.70

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.70

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.90

2. % pacientes del C S La Jota incluidos en rutas asistenciales de salud mental definidas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes del centro de salud de La Jota, con diagnostico de trastorno mental, incluidos en rutas asistenciales de salud mental, definidas.

Denominador .....: Número total de pacientes del CS La Jota con diagnostico de trastorno mental (CIE)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de derivaciones del EAP de La Jota a la unidad de salud mental, al inicio y final del proyecto

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de derivaciones a la unidad de salud mental del sector en un periodo de tiempo

Denominador .....: Número total de derivaciones realizadas desde el centro de salud de La Jota en dicho periodo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

4. % uso de benzodiacepinas al inicio y final del proyecto

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de recetas de benzodiacepinas prescritas por el EAP de La Jota en un periodo de tiempo

Denominador .....: Número total de recetas prescritas desde el Centro de Salud en ese mismo periodo

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1097

### 1. TÍTULO

#### CAMINANDO JUNTOS EN LA MEJORA DE LA SALUD MENTAL DE NUESTRA POBLACION

Fuentes de datos.: DAP Zaragoza 1 Farmacia

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

La información referente a prescripción farmacéutica se hará con farmacia de Atención Primaria del sector 1

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#376

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SOBRE SEXUALIDAD, ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS) Y METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA ADOLESCENTES DEL IES BUJARALUZ

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#376 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
JUAN JOVEN IRENE

Título  
EDUCACION SOBRE SEXUALIDAD, ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS) Y METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA ADOLESCENTES DEL IES BUJARALUZ

Colaboradores/as:  
ABAD ROYO MERCEDES  
ABANCENS IBARRA MARIA TERESA  
AMORES GONZALEZ ANA BELEN  
LLANOS CASADO MARGARITA  
OCHOA ZARZUELA DIEGO  
SALVADOR MONTEJANO RAQUEL  
VILLAGRASA VILLUENDAS MARIA ARANTZAZU

Ubicación principal del proyecto.: CS BUJARALUZ

Servicio/Unidad principal .....: EAP BUJARALUZ

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde hace años, el tema de la sexualidad se ha presentado como un tema tabú en la población. Actualmente, se ha producido un cambio en las costumbres y conductas llevadas a cabo por la sociedad y un cambio en el pensamiento y el modo de vivir de los individuos. Según un estudio en el Hospital Clínico San Carlos, los niños suelen tener sus primeras relaciones sexuales con poco más de 13 años y las niñas dos años más tarde, con poco más de 15 años.

#### ÁREAS DE MEJORA

Estos adolescentes, en la mayoría de las ocasiones, mantienen sus primeras relaciones sin tener información dada por un adulto y fijándose en lo que les cuentan sus compañeros o amigos ya que les resulta muy complicado o vergonzoso preguntar a los adultos más cercanos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Esta conducta conlleva a relaciones sexuales insatisfactorias, embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual por lo que es necesario fomentar la educación sexual real en los institutos, para que el adolescente conozca, en primer lugar, la estructura y función de los órganos sexuales, las relaciones sexuales, las enfermedades de transmisión sexual, los métodos anticonceptivos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La población diana a la que va dirigido el proyecto son los adolescentes del instituto de la población de Bujaraloz.

El objetivo principal es ampliar, mejorar y resolver las dudas que tiene los adolescentes acerca de la sexualidad, las enfermedades de transmisión sexual y los diferentes métodos anticonceptivos que existen en el mercado para así evitar situaciones de riesgo como puede ser un embarazo no deseado o alguna enfermedad de transmisión sexual.

#### Como objetivos específicos:

- Que los adolescentes conozcan el significado de sexualidad, los aparatos genitales y sus funciones.
- Que conozcan las diferentes ETS que pueden surgir por una práctica inadecuada de las relaciones sexuales, así como sus síntomas y su tratamiento.
- Que conozcan los diferentes tipos de métodos anticonceptivos y sepan a quién recurrir para poder obtenerlo.
- Que sean capaces de decidir en cuanto a cómo, cuándo y con quién desean mantener relaciones sexuales y puedan expresarse con libertad.
- Evitar embarazos no deseados o ETS por desconocimiento.
- Aumentar el grado de satisfacción en la población diana.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones entre el personal sanitario que participa en el proyecto para decidir los contenidos y distribución de la sesión formativa que se desean impartir.

Fecha inicio: 22/08/2022

Fecha final.: 02/09/2022

Responsable.: IRENE JUAN JOVEN

2. Realización de power point para la exposición de los contenidos teóricos.

Fecha inicio: 05/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#376

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SOBRE SEXUALIDAD, ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS) Y METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA ADOLESCENTES DEL IES BUJARALAZ

Fecha final.: 16/09/2022

Responsable.: IRENE JUAN JOVEN

3. Realizar una reunión con el personal docente del instituto, así como con los representantes del AMPA para concretar la fecha de realización de la sesión formativa.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: IRENE JUAN JOVEN

4. Sesión de dos horas de duración, con realización de cuestionario previo y posterior a la exposición teórica y resolución de dudas.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 28/10/2022

Responsable.: IRENE JUAN JOVEN

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

En todas las actividades colaboraran todos los miembros descritos anteriormente.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cuestionario previo de conocimientos previos sobre sexualidad, ETS y métodos anticonceptivos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Preguntas acerca sexualidad, ETS y métodos anticonceptivos

Denominador ..... Respuesta si o no

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Fuente propia

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 20.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 20.00

2. Mismo cuestionario posterior a la sesión teórica

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Preguntas acerca sexualidad, ETS y métodos anticonceptivos

Denominador ..... Respuesta si o no

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Fuente propia

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 20.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 20.00

3. Encuesta de satisfacción

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Satisfacción sobre la exposición, la explicación, la resolución de dudas y el contenido de la sesión

Denominador ..... 0 nada satisfecho

5 muy satisfecho

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Fuente propia

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 5.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Las reuniones con profesores y AMPA se llevarán a cabo durante el mes de septiembre de 2022.

Durante los meses de septiembre y octubre se realizarán las reuniones con los participantes del proyecto para concretar contenidos y realizar power point, así como la elaboración del material escrito que se entregará a los asistentes.

Las sesión teórica está prevista impartirla durante el mes de octubre de 2022.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#578

### 1. TÍTULO

#### VIOLENCIA, CONTROL Y REDES SOCIALES

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#578 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SALVADOR MONTEJANO RAQUEL

Título  
VIOLENCIA, CONTROL Y REDES SOCIALES

Colaboradores/as:  
ABAD ROYO MERCEDES  
ABANCENS IBARRA MARIA TERESA  
AMORES GONZALEZ ANA BELEN  
JUAN JOVEN IRENE  
LLANOS CASADO MARGARITA  
OCHOA ZARZUELA DIEGO  
VILLAGRASA VILLUENDAS MARIA ARANTZAZU

Ubicación principal del proyecto.: CS BUJARALUZ

Servicio/Unidad principal .....: EAP BUJARALUZ

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El uso masivo y generalizado de conexiones de datos, la posibilidad de comunicarnos a través de mensajes, llamadas gratis y chats permanentes en nuestro móvil, nos permite vivir online suponiendo, a veces, dificultades para desconectar.

El "estado sentimental" de nuestro perfil sería el primer elemento que mezcla red social con relaciones, permitiendo conocer en todo momento donde, con quién, que está haciendo mi pareja... provocando celos exagerados, control, dominio, acoso, humillación pública...

Entre esa explosión romántica que a veces suponen las redes sociales y el "no puedo vivir sin ti", al "quién es ese con el que hablas", a veces solo hay una página. Una red poco protegida puede suponer desprotección emocional frente al control de la pareja. La relación de pareja se transforma en las redes sociales en cibercontrol, celos y chantaje, y en ocasiones se pasa de un comportamiento controlador, a ejecutar violencia virtual, con humillaciones públicas y amenazas, que cuando la relación termina se manifiesta mediante la publicación de fotos/vídeos íntimos en su red social.

#### ÁREAS DE MEJORA

La violencia en las relaciones afectivas de adolescentes y jóvenes nos enfrenta con una realidad preocupante por su elevada frecuencia y el coste emocional y de salud que esta conlleva.

La violencia verbal y emocional es el subtipo de agresión más frecuente entre las parejas adolescentes, independientemente del sexo. Las chicas son más ejecutoras de violencia física y verbal-emocional, mientras que los chicos cometen más violencia de tipo relacional y sexual.

La utilización del lenguaje y la comunicación juega un papel central en las relaciones afectivo-sexuales de jóvenes y adolescentes: las etiquetas a determinadas personas, el tipo de comunicación que mantienen estos a través de las redes virtuales y sus consecuencias.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La PERTINENCIA del proyecto vendría dada por su repercusión mediática actual ya que un 95% de los jóvenes utiliza internet y un 83% las redes sociales, mientras que uno de cada tres jóvenes considera aceptable que su pareja le controle aunque rechazan en mayor medida las agresiones físicas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El OBJETIVO PRINCIPAL es reducir la incidencia de la violencia de pareja sobre todo psicológica en los adolescentes del instituto, concienciándoles de las consecuencias sobre la salud que reporta dicha violencia sobre la pareja.

#### Como OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estudiar las conductas de riesgo y los factores que predisponen a los adolescentes de Bujaraloz a ejercer acciones de control sobre su pareja.
- Que sean capaces de comprender los riesgos que tiene el uso incorrecto de las redes sociales, así como la difusión de imágenes e información de carácter privado.
- Que los participantes sean capaces de comprender cuando se hacen las cosas por "amor" y cuando se convierten los actos en una actitud de control.
- Que sean capaces de relatar sus experiencias vividas sin sentir vergüenza o temor por ello.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Facilitar folletos a los adolescentes acerca de actitudes que pueden llevar a pensar que hay indicios de violencia y control, así como pautas para saber como actuar en esos casos.

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final.: 11/11/2022

Responsable.: Margarita Llanos



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#578

### 1. TÍTULO

#### VIOLENCIA, CONTROL Y REDES SOCIALES

2. Realizar charlas informativas, con testimonios reales de adolescentes sobre los problemas que conlleva el mal uso de las redes sociales.

Fecha inicio: 16/01/2023

Fecha final.: 20/01/2023

Responsable.: Irene Juan Joven - Mercedes Abad Royo

3. Realizar un power point para la exposición de los contenidos teóricos

Fecha inicio: 14/11/2022

Fecha final.: 02/12/2022

Responsable.: Teresa Abances Ibarra

4. Reuniones entre el personal sanitario que participa en el proyecto para decidir los contenidos y distribuciones de las sesiones formativas que se desean impartir.

Fecha inicio: 10/10/2022

Fecha final.: 21/10/2022

Responsable.: Raquel Salvador Montejano

5. Realizar reuniones tanto con el personal docente como con los representantes del AMPA para concretar la fecha de realización de las sesiones formativas

Fecha inicio: 24/10/2022

Fecha final.: 28/10/2022

Responsable.: Diego Ochoa Zarzuela

6. Se pretende realizar dos sesiones de dos horas en las que se una exposición teórica sobre el tema tratado, charlas con testimonios reales seguidas de resolución de dudas y tiempo para poder participar

Fecha inicio: 16/01/2023

Fecha final.: 20/01/2023

Responsable.: Arantzazu Villagrera Villuendas y Ana Belen Amores Gonzalez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Realización por parte de los asistentes de un cuestionario para evaluar los conocimientos previos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: El número de personas con conocimientos previos del tema a tratar en las sesiones

Denominador .....: El número de participantes totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionario

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

2. Se realizará un cuestionario posterior a las sesiones para evidenciar un mayor índice de aciertos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: El número de personas que tras las sesiones conocen mejor los riesgos que conlleva el uso inadecuado de las RS

Denominador .....: El número de participantes totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionario

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

3. Una encuesta de satisfacción para valorar el proceso, así como la recogida de sugerencias

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Participantes satisfechos con el resultado y ejecución de las sesiones

Denominador .....: Todos los participantes en dichas sesiones, incluyendo padres/tutores y profesores.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#578

### 1. TÍTULO

#### **VIOLENCIA, CONTROL Y REDES SOCIALES**

---

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#89

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA PARA LA MEJORA PSICOSOCIAL DEL PACIENTE DIABETICO Y SU ENTORNO

Fecha de entrada: 12/06/2022

Nº de registro: 2022#89 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MANJON DOMINGUEZ MARIA ANGELES

Título  
PROGRAMA PARA LA MEJORA PSICOSOCIAL DEL PACIENTE DIABETICO Y SU ENTORNO

Colaboradores/as:  
ABADIA PARDO MARIA PILAR  
ARANAZ DE MOTTA MARTA  
ASENJO COBOS MONICA CLAUDIA  
GIMENEZ BESCOS ANA SILVIA  
HERNANDEZ ABADIAS ISABEL  
LAZARO AYETE MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CS LUNA

Servicio/Unidad principal .....: EAP LUNA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la mayoría de los pacientes que han sido diagnosticados como diabéticos se observa un impacto emocional y conductual por dos razones, primero por tener que asumir una enfermedad que durará toda la vida y segundo por tener que modificar su repertorio comportamental con el propósito de sobrellevarsaludablemente todas las situaciones que se le presentan. Los profesionales de la salud nos centramos en el buen control de los aspectos físicos (dieta, ejercicio, adherencia al tratamiento...) y nos olvidamos del bienestar psicológico del paciente y familiares. Hay una frase que lo puede resumir: "Se podrá ver las curvas de glucemia pero no existe un dispositivo médico que mida las continuas y variantes emociones". Desde AP queremos centrarnos en el control de las emociones, incidiendo sobre la enfermedad en sus esferas emocional, conductual y cognitiva, y por tanto, disminuir los componentes estresantes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disminuir el estrés y la ansiedad en pacientes diabéticos y familiares, adaptando la diabetes a su vida y no su vida a la diabetes.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Cambios de hábitos higiénico dietéticos y adherencia óptima del tratamiento farmacológico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

+Detectar factores estresantes mediante procesos de intervención, teniendo en cuenta la previa observación y evaluación de las esferas emocional, conductual y cognitiva.  
+Incrementar el conocimiento y habilidades de autocuidado en pacientes, familiares y/o cuidadores que conviven con ellos en un 10%.  
+Mejorar el cumplimiento terapéutico y evitar riesgos y reacciones adversas, aumentando así la calidad de vida en un 10%.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. +CAPTACIÓN: A través de la consulta de enfermería y medicina programada, a partir del listado de diabéticos de la zona (excluyendo a todos aquellos con deterioro cognitivo).

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/07/2022  
Responsable.: Componentes del proyecto

2. +PREPARACION DE LA CONSULTA: Recuperar de la historia clínica el plan terapéutico con posología incluida (pegatinas en cajas).  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Componentes del proyecto

3. +ENTREVISTA CON EL PACIENTE: A nivel individual donde se les pasará una encuesta de conocimiento y calidad de vida elaborada por los integrantes del proyecto.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Componentes del proyecto

4. +ANÁLISIS DE RESULTADOS: Con las encuestas realizadas se reunirá el equipo integrante del proyecto donde se analizarán los problemas más relevantes sacados de los resultados de las encuestas.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#89

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA PARA LA MEJORA PSICOSOCIAL DEL PACIENTE DIABETICO Y SU ENTORNO

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 28/10/2022

Responsable.: Componentes del proyecto

5. +CHARLA EDUCATIVA: Según estos resultados se realizara una charla educativa posterior (si fuera necesario reforzarlo de forma individual).

Fecha inicio: 29/10/2022

Fecha final.: 14/11/2022

Responsable.: Componentes del proyecto

6. +ENTREGA DE TRÍPTICO: Se entregará un tríptico para reforzar sus conocimientos, elaborado por los componentes del proyecto.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Componentes del proyecto

7. +EVALUACIÓN: REALIZACIÓN DE ENCUESTAS POSTERIORES PARA VALORAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.:

Responsable.: Componentes del proyecto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. COBERTURA:

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes incluidos en el programa

Denominador .....: número total de diabeticos existentes en el mismo periodo de intervención.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listados de diabeticos de la zona y consultas programadas de AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

#### 2. ACTIVIDAD

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes diabéticos incluidos en el programa a los que se ha realizado la entrevista y entregado las encuestas

Denominador .....: Número total de pacientes diabéticos incluidos en el programa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listado de diabeticos entrevistados

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

#### 3. EVALUACIÓN

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes diabeticos que han incrementado sus habilidades de autocuidado

Denominador .....: Número de pacientes sobre los que se ha realizado la intervención.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas realizadas antes y después de la intervención

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#136

### 1. TÍTULO

#### MOJATE CON EL ALCOHOL

Fecha de entrada: 15/06/2022

Nº de registro: 2022#136 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HERNANDEZ ABADIAS ISABEL

Título  
MOJATE CON EL ALCOHOL

Colaboradores/as:  
ABADIA PARDO MARIA PILAR  
ARANAZ DE MOTTA MARTA  
ASENJO COBOS MONICA CLAUDIA  
GIMENEZ BESCOS ANA SILVIA  
GONZALEZ VICENTE ROBERTO  
LAZARO AYETE MARIA TERESA  
MANJON DOMINGUEZ MARIA ANGELES

Ubicación principal del proyecto.: CS LUNA

Servicio/Unidad principal .....: EAP LUNA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 1\*CENTRO DE SALUD LUNA\*EAP LUNA\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El consumo de riesgo y nocivo de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad y un factor de riesgo de problemas sociales. Entre las intervenciones que la evidencia científica ha demostrado ser más costo-efectivas para prevenir este tipo de consumos, está la implantación de programas de identificación temprana del consumo de riesgo y nocivo de alcohol y la intervención breve en consultas de Atención Primaria, debido a que es en Atención Primaria donde se tiene un contacto más directo con la persona a lo largo de todo su ciclo vital. En los últimos años ha descendido el consumo medio y se ha producido un cambio en los patrones de consumo; se bebe en menos ocasiones, pero más intensamente, lo que puede ocasionar consecuencias incluso más graves.

#### ÁREAS DE MEJORA

Proponemos la utilización del test AUDIT en las consultas de Atención Primaria para la identificación de posibles bebedores de riesgo y la cuantificación del consumo basado en UBE (unidades básicas estándar).

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La falta de sistematización en este tema en las consultas hace que esta actividad se perciba como "complicada", "incómoda" ó "poco prioritaria". Si sólo cribamos el consumo promedio en consulta mediante la encuesta estructurada del OMI (el consumo semanal), se quedarán sin detectar consumidores de riesgo que tienen un patrón de consumo intensivo (atracción, botellón, binge drinking).

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Sensibilizar sobre los daños asociados al consumo de riesgo y nocivo de alcohol.  
Integrar en la práctica clínica diaria:  
La detección del consumo de riesgo y nocivo de alcohol a través del test AUDIT.  
La intervención breve sobre el mismo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. CRIBADO: se realizará tanto en consulta de enfermería como de medicina preguntando por el el consumo de alcohol (SI/NO) en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: COMPONENTES DEL PROYECTO

2. Pasar test AUDIT (versión corta) a toda persona que haya dado una respuesta afirmativa en el cribado para identificar posibles bebedores de riesgo.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: COMPONENTES DEL PROYECTO

3. Si ha dado como resultado en la versión corta (hombres > ó = 5 y en mujeres > ó = 4) se considerará posible bebedor de riesgo y se cuantificará el consumo en UBEs.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: COMPONENTES DEL PROYECTO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#136

### 1. TÍTULO

#### MOJATE CON EL ALCOHOL

4. Intervención breve (acompañado de material de refuerzo) para intentar modificar hábitos en todas las personas que se han catalogado como posibles bebedores de riesgo.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final: 31/10/2022

Responsable.: COMPONENTES DEL PROYECTO

5. Pasar nuevamente test AUDIT (versión corta) a todas las personas que se les detectó como posibles bebedores de riesgo para comprobar cambios en el consumo.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final: 31/01/2023

Responsable.: COMPONENTES DEL PROYECTO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

1

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. COBERTURA

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº pacientes incluidos en el programa a los que se les ha realizado el cribado

Denominador .....: Nº de pacientes > 14 años existentes en el período de intervención

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listados de OMI de población mayor de 14 años

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

#### 2. ACTIVIDAD

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes a los que se les ha pasado el test AUDIT

Denominador .....: Nº de pacientes que respondieron positivamente a la pregunta del consumo de alcohol

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listado de pacientes que se les ha realizado el cribado.

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

#### 3. ACTIVIDAD

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes a los que se les realiza intervención breve (cuantificación en UBEs) y entregado material de refuerzo.

Denominador .....: Nº de pacientes que tras pasar el test AUDIT durante los primeros 3 meses se consideraron posibles bebedores de riesgo.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listado de pacientes que se consideraron posibles bebedores de riesgo durante los primeros 3 meses.

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

#### 4. ACTIVIDAD

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes a los que se les realiza intervención breve (cuantificación en UBEs) y entregado material de refuerzo.

Denominador .....: Nº de pacientes que tras pasar test AUDIT durante los primeros 3 meses se consideraron posibles bebedores de riesgo.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listado de pacientes que se consideraron posibles bebedores de riesgo durante los primeros 3 meses.

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 45.00

#### 5. ACTIVIDAD

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes que se consideraron posibles bebedores de riesgo durante los

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#136

### 1. TÍTULO

#### MOJATE CON EL ALCOHOL

primeros 3 meses y se les vuelve a pasar el test AUDIT.  
Denominador .....: N° de pacientes que se consideraron posibles bebedores de riesgo durante los primeros 3 meses tras pasar test AUDIT.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Listado de pacientes que se consideraron posibles bebedores de riesgo durante los primeros 3 meses.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 35.00

#### 6. EVALUACIÓN

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes que se consideraron posibles bebedores de riesgo durante los primeros 3 meses que han disminuido su consumo al final de la intervención (a los 6 meses).  
Denominador .....: N° de pacientes que se consideraron posibles bebedores de riesgo durante los primeros 3 meses tras pasar test AUDIT.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Listado de pacientes que se consideraron posibles bebedores de riesgo durante los primeros 3 meses tras pasar test AUDIT.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

La información la recogeremos por cupos (miniequipos de medicina y enfermería). Luego la pondremos en común en una reunión.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> AFECTACIÓN FISIOLÓGICA, PSICOLÓGICA Y SOCIAL.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#391

### 1. TÍTULO

#### UN NUEVO MODELO DE CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA: "HACER LO DE HOY, HOY"

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#391 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BARTOLOME MORENO CRUZ BELEN

Título  
UN NUEVO MODELO DE CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA: "HACER LO DE HOY, HOY"

Colaboradores/as:  
BONET CALAFELL SONIA  
GUERRI BALLARIN MARIA INMACULADA  
GUTIERREZ SANCHEZ MARIA CARMEN  
JIN KIM JUNG EUN  
OSES SORIA AMALIA  
SALAZAR GARCIA PATRICIA  
VILLARROYA VILLAGRASA ENRIQUE

Ubicación principal del proyecto.: CS PARQUE GOYA

Servicio/Unidad principal .....: EAP PARQUE GOYA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dado el aumento continuado de las listas de espera para Atención Primaria en nuestro sector, sumado al descontento de profesionales y sanitarios con un modelo de atención que no funciona y tiene graves riesgos de seguridad para el paciente, desde su llegada a admisión hasta la solución del problema, se realiza este trabajo de investigación para valorar la efectividad de un modelo de Atención Primaria diferente. Además el reto es conseguir hacer un modelo de atención de hacer el trabajo de hoy, hoy que permita integrar los cuidados y la prevención y promoción de la salud.

ÁREAS DE MEJORA  
demora asistencial

ANÁLISIS DE CAUSAS  
multicausal (salud informa, falta de gestión por parte del servicio de admisión, agendas no flexibles, falta información pacientes)

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal de este proyecto es analizar un modelo de consulta de atención primaria denominado "hacer el trabajo de hoy, hoy", un estudio piloto en un centro de salud de Atención Primaria, mediante la comparación de los indicadores asistenciales antes y después de iniciar este proyecto.

Objetivo principal:

Analizar un modelo de atención de consulta de atención primaria denominado "hacer el trabajo de hoy, hoy" en un estudio piloto en un centro de salud de Atención Primaria mediante la comparación de los indicadores asistenciales antes y después de iniciar este proyecto.

Objetivos secundarios:

Conocer la satisfacción de medicina y pediatría con este modelo.  
Conocer la satisfacción de enfermería y matrona con este modelo.  
Conocer la satisfacción del personal del servicio de admisión con este modelo.  
Conocer la satisfacción de los pacientes con este modelo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se presentó el proyecto a la Dirección de Atención Primaria, que lo ha autorizado y firmado

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2022

Responsable.: Patricia, Jung, Cruz

2. Se presentó el proyecto a una representación de la población (en el Consejo de Salud del Centro de Salud de Parque Goya)

Fecha inicio: 08/06/2022

Fecha final.: 08/06/2022

Responsable.: Cruz, Enrique

3. SE modifican agendas de todos

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Cruz, Inma

4. Se envía proyecto al Comité de Ética. Tras su autorización se iniciará el trabajo de campo en el centro de salud de Parque Goya



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#391

### 1. TÍTULO

#### UN NUEVO MODELO DE CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA: "HACER LO DE HOY, HOY"

Fecha inicio: 29/06/2022

Fecha final.: 29/06/2022

Responsable.: Patricia, Jung,

5. El equipo investigador mantendrá reuniones al menos una vez a la semana durante el primer mes para poder hacer los ajustes necesarios y posteriormente con una periodicidad de una vez al mes.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: todos

6. entrevista semi-estructurada, grupales (se realizarán cuatro grupos separando: medicina-pediatría, enfermería-matrona, personal de admisión y pacientes) en periodos de tiempo de hasta 60 minutos

Fecha inicio: 19/12/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: Patricia, Jung

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Para analizar el modelo diseñado de atención se usarán los indicadores asistenciales (a fecha 1 de enero de 2023, tras medio año de implementación del modelo) y se compararán con los previos (a fecha 1 de enero de 2020 para poder comparar con un modelo de atención antes de la pandemia) presentados en los informes generados por el Servicio de Evaluación y Acreditación de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Departamento de Sanidad de Aragón (actividad asistencial, presión asistencial y demora) correspondientes a Centro de Salud Parque Goya.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. actividad asistencial

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: actividad asistencial antes de la intervencion

Denominador .....: actividad asistencial despues de la intervencion

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: acuerdo de gestion

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

#### 2. presión asistencial

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: presión asistencial antes de la intervencion

Denominador .....: presión asistencial despues de la intervencion

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: acuerdo de gestion

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

#### 3. demora

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: numero de dias de demora antes de la intervencion

Denominador .....: numero de dias despues de la intervencion

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: acuerdo de gestion

Est.Mín.1ª Mem ..: 7.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Para conocer la satisfacción, posteriormente se procederá a la escucha de las grabaciones y transcripción mediante el programa de investigación cualitativa Atlas-Ti. Se realizará revisión por pares de las transcripciones con el fin de obtener etiquetas que serán la base del análisis cualitativo.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> presión asistencial, demanda y demora

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#526

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD, AL CENTRO, A LA GESTION DE CITAS Y A LA INFORMACION QUE PROPORCIONANA LOS SANITARIOS. INFOGRAFIAS DE LA APP SALUD INFORMA

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#526 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CARREERA HERNANDEZ RAQUEL

Título  
PROYECTO PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD, AL CENTRO, A LA GESTION DE CITAS Y A LA INFORMACION QUE PROPORCIONANA LOS SANITARIOS.  
INFOGRAFIAS DE LA APP SALUD INFORMA

Colaboradores/as:  
ALEGRE BLASCO ENRIQUE  
BARTOLOME MORENO CRUZ BELEN  
BOGHIU CERASELA BIANCA  
BONET CALAFELL SONIA  
MAZA SOLANAS PILAR  
VILLARROYA VILLAGRASA ENRIQUE

Ubicación principal del proyecto.: CS PARQUE GOYA

Servicio/Unidad principal .....: EAP PARQUE GOYA

Línea estratégica: Eficiencia

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
Dada la brecha tecnologica en muchos usuarios hemos pensado que la infografia de la app salud informa seria de gran utilidad, tanto para enseñar a utilizarla en casos de nuevos usuarios a la tecnologia como para guia de uso y utilidades a pacientes ya con conocimiento tecnologicos. Tambien se penso en diseñar una paguina web para poder informar a los pacientes sobre determinados temas del centro de una forma agil y sencilla en la consulta medica.

**ÁREAS DE MEJORA**  
Dada la falta de personal en las admisiones y el volumen de trabajo aumentado por la pandemia se espera mejorar la accesibilidad al centro de salud y a al informacion y a las citas tanto en primaria como en especializada.

**ANALISIS DE CAUSAS**  
Detectamos un gran desconocimiento de las opciones que da la aplicacion por gran parte de la poblacion. Ademas de la existencia de una brecha digital en personas mayores.

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
Se espera mejorar la accesibilidad al centro de salud y a la información que proporcionamos los sanitarios. Poder llegar a toda la población (sobre todo a los mayores) por ello se ha diseñado material en papel y en formato Web que se ha trabajado en Consejo de Salud del Centro para poder difundir a todos.

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se diseña estudio. constitucion del equipo de mejora. consensuar y elegir los temas  
Fecha inicio: 03/01/2022  
Fecha final.: 07/01/2022  
Responsable.: Raquel carrera

2. Presentacion proyecto programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en el servicio aragones de salud  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 10/06/2022  
Responsable.: Cruz bartolome

3. Informar sobre el proyecto a todos los implicados del centro de salud (adm, direccion,enfermeria, pediatria, medicina..)y a los pacientes mediante el consejo de salud.  
Fecha inicio: 01/03/2022  
Fecha final.: 10/03/2022  
Responsable.: Pilar Maza

4. Se continua ademas por parte del grupo de trabajo creado trabajando para seguir actualizando material y adaptandolo a las necesidades de los pacientes. se traducen al ucraniano dado que tenemos muchos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#526

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD, AL CENTRO, A LA GESTION DE CITAS Y A LA INFORMACION QUE PROPORCIONA LOS SANITARIOS. INFOGRAFIAS DE LA APP SALUD INFORMA

Fecha inicio: 30/03/2022  
Fecha final.: 15/04/2022  
Responsable.: Raquel carrera

5. Analisis resultados a los 3 meses  
Fecha inicio: 11/08/2022  
Fecha final.: 16/08/2022  
Responsable.: ...

6. Se presenta a proyecto de calidad  
Fecha inicio: 21/03/2022  
Fecha final.: 01/06/2022  
Responsable.: Raquel carrera

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. pacientes que se citan para problemas administrativos  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: pacientes que se citan para problemas administrativos  
Denominador .....: los que vienen al centro  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: adm  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

2. pacientes que consultan la pag web  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: pacientes que consultan la pag web  
Denominador .....: de los que vienen al centro  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: web  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

3. pacientes consultan la app  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: pacientes consultan la app  
Denominador .....: todos los pacientes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: app  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> TODO TIPO DE PATOLOGIAS DADO QUE ES PARA TODOS LOS PACIENTES

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#614

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL CARRO DE PARADAS PEDIATRICO Y CAPACITACION DEL EAP PARQUE GOYA PARA LA ATENCION AL NIÑO GRAVE

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#614 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ROYO PEREZ NIEVES DELIA

Título  
IMPLEMENTACION DEL CARRO DE PARADAS PEDIATRICO Y CAPACITACION DEL EAP PARQUE GOYA PARA LA ATENCION AL NIÑO GRAVE

Colaboradores/as:  
ASARTA PEÑUELAS DAVID  
CAUSAPE ARNEDILLO CRISTINA  
GOMEZ GIL MARIA PILAR  
PUEYO LAFUENTE VALENTINA  
SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL

Ubicación principal del proyecto.: CS PARQUE GOYA

Servicio/Unidad principal .....: EAP PARQUE GOYA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
Según las últimas guías de la European Resuscitation Council 2021 todo profesional sanitario debe estar actualizado en soporte vital básico y avanzado, siendo necesario la actualización teórico-práctica de los protocolos adaptados a los recursos disponibles de cada centro sanitario. En el manejo del niño grave cada segundo cuenta por lo que tener el material bien preparado y el carro de apuradas preparado como el personal entrenado mediante roles bien definidos son de vital importancia

**ÁREAS DE MEJORA**  
Mejora en el manejo del niño grave o en parada cardiorrespiratoria  
Actualización del carro de paradas y disposición de apoyo audiovisual en la sala de urgencias

**ANÁLISIS DE CAUSAS**  
La importancia de la formación continuada teórico-práctico de los profesionales sanitarios. La necesidad de la actualización de la emdicación del carro de apuradas y revisión del mismo.

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
1. Poner a punto del carro de paradas pediátrico y organizar revisiones periódicas del mismo.  
2. Realizar documentos gráficos con algoritmos para colocar a la cabecera del paciente y de esta manera ayudar a su aplicación en situaciones de estrés.  
3. Mejorar las habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios del EAP para afrontar el manejo del paciente pediátrico grave.  
4. Protocolizar la actuación de los profesionales sanitarios del EAP con roles establecidos y ensayados ante el manejo del niño grave.

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Puesta a punto de la sala de urgencias pediátricas para la atención del niño grave. Adecuación del maletín y carro de paradas con disposición de medicación por patologías  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Todos los miembros del equipo de mejora

2. Elaboración y actualización de documentos gráficos con algoritmos más usados en situaciones de urgencia pediátrica  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Todos los miembros del equipo de mejora

3. Realización de sesiones formativas teórico-prácticas en relación con el tratamiento del niño grave. Participación de los profesionales del EAP mediante simulacros  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Todos los miembros del equipo de mejora

4. Elaboración de un listado con los roles que debe adoptar cada profesional que participe en la atención al niño grave  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Nieves Delia Royo Pérez

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#614

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL CARRO DE PARADAS PEDIATRICO Y CAPACITACION DEL EAP PARQUE GOYA PARA LA ATENCION AL NIÑO GRAVE

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Porcentaje de asistentes a las sesiones formativas

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de asistentes a las sesiones  
Denominador .....: Número total de profesionales sanitarios del EAp  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Lista de registro de asistencia de cada sesión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Grado de satisfacción de los participantes a las sesiones mediante una encuesta

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: puntuación obtenida en la encuesta  
Denominador .....: puntuación máxima posible  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Encuesta a cumplimentar al finalizar la sesión teórico-práctica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

##### 3. Revisión mensual del carro de paradas y maletín por parte del equipo

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Meses en los que se firma haber revisado el carro/maletín  
Denominador .....: Total de meses del año  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Listado a cumplimentar con firma de uno de los profesionales del equipo que revisa el carro/maletín  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 12.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 9.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 12.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#114

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA PARA IMPLEMENTAR/MEJORAR LOS HABITOS ALIMENTARIOS SEGUN EL PATRON DIETETICO DE DIETA MEDITERRANEA EN PACIENTES OBESOS

Fecha de entrada: 14/06/2022

Nº de registro: 2022#114 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALQUEZAR SERRANO LAURA

Título  
DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA PARA IMPLEMENTAR/MEJORAR LOS HABITOS ALIMENTARIOS SEGUN EL PATRON DIETETICO DE DIETA MEDITERRANEA EN PACIENTES OBESOS

Colaboradores/as:  
GONZALEZ GRACIA MARIA LUISA  
VALLES PINTO MARIA DOLORES

Ubicación principal del proyecto.: CS SANTA ISABEL

Servicio/Unidad principal .....: EAP SANTA ISABEL

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Enfermería en Atención Primaria tiene un papel esencial de prevención y promoción de la salud en la población. Son cada vez más los pacientes que acuden a las consultas del centro de salud por presentar enfermedades crónicas no transmisibles; estas son la principal causa de muerte en nuestro país. En los últimos años se está observando que el inicio de estas patologías se da en pacientes de edad más temprana; si a esto se le suma el factor del aumento de esperanza de vida en personas mayores, nos encontramos ante un sistema de salud en el que los gastos han incrementado y los recursos se ven cada vez más agotados.

Por otra parte, es importante hacer mención a las modificaciones producidas en los estilos de vida en las últimas décadas, estamos ante un mayor número de personas sedentarias, con más tasa de estrés y de alimentación desordenada. Esto hace que la población esté desarrollando de forma prematura enfermedades no correspondientes para su edad.

En cuanto a la alimentación, existe un exceso de consumo de alimentos ultraprocesados e insanos para la salud. La gente busca comer rápido y sin apenas tiempo para preparar su plato, por lo que la decisión que toman para elegir la comida que ingieren es errónea.

Además se ha establecido como habitual el comer fuera de casa, lo que dificulta a la persona el llevar un ritmo controlado de alimentación. Por otro lado, ir a hacer la compra a los supermercados tiene sus aspectos negativos, ya que la mayoría de productos ofertados no contienen ingredientes óptimos para la salud, son ricos en grasas saturadas, azúcares simples y grasas trans. Se caracterizan por contener una alta densidad calórica y poca densidad nutricional. Esto es el resultado de la gran globalización e industrialización que se ha llevado a cabo en los últimos años. Lo ideal es que todas las personas tuviéramos el conocimiento y la educación nutricional necesaria para saber reconocer los alimentos que se pueden añadir en la cesta de la compra y cuales deberían de ser evitados. El problema está ahí, ya que la mayoría de la sociedad no tiene esta capacidad desarrollada y es engañada por el marketing creado por la industria alimentaria.

Así pues, nos encontramos con una población sobrealimentada y poco nutrida; donde la incidencia y prevalencia del sobrepeso y obesidad aumenta, siendo sobre todo impactante en la población infantil.

#### ÁREAS DE MEJORA

proporcionar información, estrategias y herramientas sobre educación nutricional actualizada, que ayuden al paciente a ser consciente de su propia salud y a saber discernir de forma correcta entre lo nocivo y lo óptimo. Aumentar la concienciación sobre la obesidad en el paciente para conseguir la predisposición necesaria para cambiar los hábitos alimentarios.

Mejorar el estado nutricional del paciente obeso.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de actualización en información en la consulta de enfermería y en los protocolos grabados en los planes personales del programa obesidad. aparición de las nuevas tecnologías y su impacto en nuestras vidas, siendo capaces de brindarnos la posibilidad de tener acceso a múltiples fuentes de información. De todo lo que queramos saber, seguramente exista una respuesta en la red. Esto puede ser peligroso, ya que en el caso de la alimentación podemos creernos como ciertas, afirmaciones que no tienen el rigor científico necesario. De esta manera se van creando mitos incorrectos que traen graves repercusiones a nuestra salud.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Valorar conocimientos actuales del paciente.  
Proporcionar al paciente estrategias útiles sobre consejos nutricionales para instaurar en su día a día.  
Mejorar parámetros relacionados con obesidad

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se proporcionará un cuestionario, para valorar el tipo de dieta que siguen los pacientes, junto con los conocimientos que poseen.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#114

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA PARA IMPLEMENTAR/MEJORAR LOS HABITOS ALIMENTARIOS SEGUN EL PATRON DIETETICO DE DIETA MEDITERRANEA EN PACIENTES OBESOS

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: María Dolores Valles Pinto

2. Evaluar junto con el paciente los resultados del cuestionario. Trabajar los mitos o creencias en alimentación estipuladas por el paciente, una vez se haya analizado en el cuestionario.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/11/2022

Responsable.: María Luisa González Gracia

3. Mostrar el plato Harvard como herramienta fundamental para conocer las proporciones adecuadas a ingerir en una comida. Motivar al paciente para que realice fotos de sus platos en casa y nos lo enseñe

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: Laura Alquézar Serrano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes obesos del centro de salud Santa Isabel captados para el programa

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes obesos del centro de salud Santa Isabel captados para el programa

Denominador .....: Número total de pacientes obesos del centro de salud de Santa Isabel

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cartera de servicios del programa de obesidad (OMI-AP 308).

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. % de pacientes obesos que tras la realización del programa, disminuyen IMC

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes obesos que tras la realización del programa, disminuyen IMC

Denominador .....: Número total de pacientes obesos captados en el programa de intervención.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de datos en OMI-AP de pacientes incluidos en el programa de obesidad.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de pacientes que consiguen instaurar hábitos en su día a día basados en alimentación saludable

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes que consiguen instaurar hábitos en su día a día basados en alimentación saludable

Denominador .....: Número total de pacientes captados en el programa de intervención basado en obesidad.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta final

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#252

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO LA INFORMACION AL PACIENTE PEDIATRICO EN EL CENTRO DE SALUD MEDIANTE LA ENTREGA DE FORMA ESCRITA Y EL ACCESO UNIVERSAL VIA WEB

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#252 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
COLLADO HERNANDEZ MARIA PILAR

Título  
MEJORANDO LA INFORMACION AL PACIENTE PEDIATRICO EN EL CENTRO DE SALUD MEDIANTE LA ENTREGA DE FORMA ESCRITA Y EL ACCESO UNIVERSAL VIA WEB

Colaboradores/as:  
BAYONA DE PABLO MARIA VICTORIA  
BUENO IBAÑEZ CARMEN  
BUÑUEL ALVAREZ JOSE CRISTOBAL  
MARIN GRACIA MARIA VICTORIA  
SANCHEZ TELLO MARIA PILAR  
SANJUAN CASAMAYOR MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS SANTA ISABEL

Servicio/Unidad principal .....: EAP SANTA ISABEL

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La información al paciente y familiares es un componente esencial en la calidad asistencial; sin embargo, por la limitación del tiempo en la consulta, esta información queda en ocasiones minimizada. La información escrita complementa la verbal y contribuye a un mejor conocimiento de la situación del paciente, en nuestro caso del niño, que puede optimizar el uso de los recursos del sistema sanitario así como evitar que las carencias informativas busquen respuestas en otros medios de origen incierto. El presente proyecto pretende ser un instrumento que de respuesta a las necesidades de conseguir un mayor nivel de satisfacción de nuestros pacientes y familiares a través de mejora en la información verbal, plasmándola de forma escrita para que sea homogénea, accesible y universal entre los facultativos del centro que asisten a la población pediátrica

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar nivel de satisfacción de pacientes y familias  
Información verbal limitada por el tiempo en determinadas situaciones

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Tiempo limitado en las consultas del niño sano  
Familias sin experiencia de crianza

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Codificar el formato de Hoja de Información al Paciente para que sea uniforme a todos los profesionales del centro y entregada de forma escrita  
Codificar el formato de Hoja de Información al Paciente para que sea uniforme a todos los profesionales del centro y accesible a través del blog del Centro de Salud de Santa Isabel.  
Asegurar la información en materia de seguridad del paciente pediátrico menor de 2 años.  
Asegurar la información en materia de seguridad del paciente pediátrico de entre 2 y 6 años.

Población diana: población pediátrica atendida en en Centro de Salud Santa Isabel de ambos sexos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. El coordinador del proyecto recopilará las diferentes recomendaciones/información en colaboración con los diferentes facultativos para diseñar hojas informativas que se entregaran a las familias

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: PILAR COLLADO HERNANDEZ

2. Los profesionales implicados en la atención pediátrica entregarán a mano las recomendaciones en materia de seguridad en los niños menores de 2 años

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: PILAR COLLADO HERNANDEZ

3. Los profesionales implicados en la atención pediátrica entregarán a mano las recomendaciones en materia de seguridad en los niños de entre 2-6 años

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: PILAR COLLADO HERNANDEZ



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#252

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO LA INFORMACION AL PACIENTE PEDIATRICO EN EL CENTRO DE SALUD MEDIANTE LA ENTREGA DE FORMA ESCRITA Y EL ACCESO UNIVERSAL VIA WEB

4. Las diferentes hojas informativas se colgarán en la página web del centro de salud Santa Isabel

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 01/07/2023

Responsable.: PILAR COLLADO HERNANDEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Estandarización y unificación de las recomendaciones en materia de prevención en menores de 6 años

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Hojas codificadas en materia de prevención en menores de 6 años

Denominador .....: Hojas no codificadas en materia de prevención en menores de 6 años

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Páginas web ampliamente avaladas reconocidas por profesionales sanitarios (arapap, familiaysalud, enfamilia...)

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Nivel de entrega escrita de hojas de información al paciente pediátrico menor de 2 años

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Hojas entregadas en materia de prevención accidentes en edad pediátrica de menor de 2 años

Denominador .....: Población pediátrica menor de 2 años atendida en CS Santa Isabel

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Páginas web ampliamente avaladas reconocidas por profesionales sanitarios (arapap, familiaysalud, enfamilia...)

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Nivel de entrega escrita de hojas de información al paciente pediátrico de entre 2-6 años

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Hojas entregadas en materia de prevención accidentes en edad pediátrica de 2-6 años

Denominador .....: Población pediátrica comprendida entre los 2-6 años atendida en CS Santa Isabel

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Páginas web ampliamente avaladas reconocidas por profesionales sanitarios (arapap, familiaysalud, enfamilia...)

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Nivel de acceso a las recomendaciones en formato web a través del blog del centro de salud

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Recomendaciones en materia de prevención subidas al blog del centro de salud Santa Isabel

Denominador .....: Recomendaciones en materia de prevención de accidentes en edad pediátrica de 0-6 años

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Páginas web ampliamente avaladas reconocidas por profesionales sanitarios (arapap, familiaysalud, enfamilia...)

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#252

### 1. TÍTULO

**MEJORANDO LA INFORMACION AL PACIENTE PEDIATRICO EN EL CENTRO DE SALUD MEDIANTE LA ENTREGA DE FORMA ESCRITA Y EL ACCESO UNIVERSAL VIA WEB**

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#418

### 1. TÍTULO

#### SALUD BUCODENTAL ESCOLARES MOVERA-PASTRIZ

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#418 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GONZALVO HERNANDO PILAR

Título  
SALUD BUCODENTAL ESCOLARES MOVERA-PASTRIZ

Colaboradores/as:  
DILOY CASAMAYOR LUISA  
SANCHEZ VAZQUEZ ANGELES

Ubicación principal del proyecto.: CS SANTA ISABEL

Servicio/Unidad principal .....: EAP SANTA ISABEL

Línea estratégica: Atención Comunitaria

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Educación para la salud, en el cepillado de dientes en escolares.

ÁREAS DE MEJORA  
Disminución número caries. Disminuir problemas bucodentales.

ANALISIS DE CAUSAS  
Cepillado deficiente. Malos hábitos higiene y alimentación.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Concienciar de la importancia del cepillado dental y de la salud bucodental. Escolares de 6-8 años.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Contacto con Direccion Colegio Movera-Pastriz.  
Preparar material para guiñol y presentación didactica.  
Encuesta sobre conocimientos de salud bucodental al inicio y final.  
Encuesta satisfacción.  
Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Maria Pilar Gonzalvo Hernando

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de escolares a los que hemos llegado.  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de niños a los que se realiza la actividad  
Denominador .....: Número niños escolarizados en Movera- Pastriz.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Direccion Colegio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Porcentaje de alumnos que han mejorado conocimientos el tema salud bucodental.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Numero alumnos han mejorado conocimientos.  
Denominador .....: Numero total de alumnos que han asistido a la actividad.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de valoracion  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#418

### 1. TÍTULO

#### SALUD BUCODENTAL ESCOLARES MOVERA-PASTRIZ

---

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Sanos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#388

### 1. TÍTULO

#### USO CORRECTO DE INHALADORES EN PACIENTES CRONICOS ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#388 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MORILLO MORILLAS NOELIA

Título  
USO CORRECTO DE INHALADORES EN PACIENTES CRONICOS ATENCION PRIMARIA

Colaboradores/as:  
ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO  
CUCALON ARENAL JOSE MANUEL  
LABARTA GIL LUCIA  
LACAMBRA DEITO MARIA PILAR  
PONCE SALCEDA DOMINGO VICTOR  
SANCHEZ-CELAYA DEL POZO MARIA CARMEN  
SOLER ABADIAS ROSA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS VILLAMAYOR

Servicio/Unidad principal .....: EAP VILLAMAYOR

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Más de la mitad de los pacientes afectados de asma, bronquitis crónica, EPOC utilizarán inhaladores de forma continua. Gran porcentaje lo hará de forma incorrecta, lo que conlleva a un fracaso terapéutico y por lo tanto a un aumento de reagudizaciones de estas enfermedades, aumentando así también las consultas por estos motivos además de un derroche farmacéutico. Del equipo sanitario depende la educación del paciente en la correcta técnica inhalatoria evitando así desplazamientos a urgencias por desajustes o reagudizaciones debidos al mal uso de los mismos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Adherencia al tratamiento  
Uso correcto de inhaladores

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de habilidades y conocimientos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Asegurar un uso correcto de los inhaladores por los pacientes autónomos y de los cuidadores principales en los pacientes dependientes realizando una búsqueda activa de los casos. Tras el largo periodo de la pandemia se han podido suceder cambios en la situación clínica de los pacientes y en su poder de autonomía siendo necesaria la revisión individual en cada caso llevando a cabo las actividades de formación para conseguir el manejo adecuado de los diferentes tipos de inhaladores.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión de los tratamientos para identificar a la población diana

Fecha inicio: 22/08/2022

Fecha final.: 04/09/2022

Responsable.: LUCIA LABARTA GIL

2. Evaluar los conocimientos de los cuidadores principales

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 18/09/2022

Responsable.: ROSA MARIA SOLER ABADIAS

3. Evaluar los conocimientos de los pacientes y valorar su nivel de autonomía

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 18/09/2022

Responsable.: MARIA PILAR LACAMBRA DEITO

4. Formación individual y/ o conjunta con familiar responsable

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 23/10/2022

Responsable.: DOMINGO PONCE SALCEDO

5. Evaluación de la actividad ( satisfacción, gradeo de ejecución y valorción de resultados)

Fecha inicio: 24/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: NOELIA MORILLO MORILLAS

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#388

### 1. TÍTULO

#### USO CORRECTO DE INHALADORES EN PACIENTES CRONICOS ATENCION PRIMARIA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Porcentaje de pacientes autonomos que han recibido la formación

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Pacientes autonomos que reciben formación  
Denominador .....: Pacientes con tratamiento con inhaladores  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. porcentaje de cuidadores principales que han recibido la formación

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Cuidadores principales que administran el tratamiento que reciben formación  
Denominador .....: Cuidadores principales que administras los inhaladores  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Porcentaje de pacientes identificados no autonomos

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Pacientes identificados no autónomos  
Denominador .....: Pacientes calificados como autonomos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 4. Satisfacción con la consulta para ayuda/mejora en el manejo de los inhaladores en pacientes crónicos

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Población incluida en el denominador cuyo resultado en la encuesta de satisfacción es positivo  
Denominador .....: Población atendida en la consulta de uso correcto de inhaladores en el periodo de evaluacion  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#676

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE VILLAMAYOR

Fecha de entrada: 17/07/2022

Nº de registro: 2022#676 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LACAMBRA DEITO MARIA PILAR

Título  
IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE VILLAMAYOR

Colaboradores/as:  
CUCALON ARENAL JOSE MANUEL  
LABARTA GIL LUCIA  
MORILLO MORILLAS NOELIA  
PONCE SALCEDA DOMINGO VICTOR  
SANCHEZ-CELAYA DEL POZO MARIA CARMEN  
UVAROVSKAYA VALENTINA

Ubicación principal del proyecto.: CS VILLAMAYOR

Servicio/Unidad principal .....: EAP VILLAMAYOR

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El tabaquismo es el problema sanitario (factor de riesgo) que mayor mortalidad y morbilidad causan en España, una de cada 7 muertes ocurridas cada año en individuos mayores de 35 años es atribuible al consumo de tabaco. Esta problemática posiciona al tabaquismo como la principal causa de muerte prevenible en nuestro país (1,2). Alrededor del 70% de las personas que fuman refiere el deseo de dejar de fumar, cerca de un 30% lo han intentado en el último año, sin embargo, sólo entre un 3 y 5% lo consigue con éxito sin apoyo de profesionales. Esta baja tasa de éxito puede ser explicada porque se llevan a cabo sin ayuda (3). Desde un punto de vista de ética profesional, todos los profesionales sanitarios, sin distinción, deben implicarse en ayudar a dejar de fumar. Para ello se requiere un mínimo de entrenamiento, formación y recursos, sobre todo tiempo(4).

Si sumamos que la mayoría de los fumadores visitan a su médico de familia al menos una vez al año, la atención primaria se convierte en una excelente oportunidad para realizar prevención secundaria. Además, la suspensión de la consulta monográfica de espirometrías a raíz de la pandemia, y el consabido paréntesis en la atención a pacientes respiratorios donde podíamos hacer captación activa, nos encontramos con una mala cobertura y unos indicadores muy por debajo de lo deseable. Por lo tanto, además de retomar la consulta de espirometrías, sentimos la necesidad de crear en nuestro centro de salud una consulta específica (monográfica) para la deshabituación tabáquica con el fin de obtener mejores resultados que en la consulta tradicional, en donde la saturación del sistema no nos permite dedicar el tiempo suficiente.

#### Bibliografía:

1. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. Med Clin (barc).2011;136(3):97-102.
2. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Med. Clin(barcelona)2005;(20):769-71
3. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. Addiction 2004.99:29-38.
4. Etica clínica y tabaco. Med Clin (Barc)2004;122(7):262-6

#### ÁREAS DE MEJORA

Elevado tabaquismo de nuestros pacientes, muchos de ellos con elevado riesgo cardiovascular, respiratorio y oncológico.  
Falta de recursos (humanos y materiales) en la asistencia habitual a este tipo de pacientes.  
Heterogeneidad en el tratamiento del tabaquismo (individualización en el tratamiento del tabaquismo).

#### ANALISIS DE CAUSAS

Elevada morbimortalidad como causa del tabaquismo.  
Se carecen de los recursos necesarios para atender a este tipo de pacientes de forma integral.  
Ausencia de criterios uniformes en el manejo de este tipo de pacientes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la salud de nuestra población disminuyendo la prevalencia del tabaquismo y de la patología asociada al mismo.  
Unificar criterios del personal sanitario en la atención a este tipo de pacientes, mejorando la seguridad del paciente.  
Dotar de los recursos necesarios para la consulta monográfica del tabaquismo (recursos humanos, materiales, formativos y de tiempo).

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recoger y cuantificar en las historias clínicas el consumo actual y anterior del tabaco.

Fecha inicio: 01/08/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#676

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE VILLAMAYOR

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Pilar Lacambra Deito

2. Formación del equipo de profesionales a través de al menos una sesión clínica y cursos ofrecidos en el portal del empleado, además de la entrega de documentación de apoyo.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Pilar Lacambra Deito

3. Captación activa de fumadores en las consultas y a través de los medios de comunicación habituales de los pueblos de la zona básica de salud: páginas web, redes sociales, bandos, carteles informativos

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Pilar Lacambra Deito

4. Reconversión de huecos en agenda del programa informático OMI AP, para consulta monográfica deshabituación tabáquica.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Pilar Lacambra Deito

5. Creación de una consulta monográfica donde estará implicado todo el personal médico y de enfermería del equipo con los recursos antes mencionados

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Pilar Lacambra Deito

6. Prevención secundaria a través del consejo sanitario, entrevista motivacional y tratamiento farmacológico

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Pilar Lacambra Deito

7. Realizar espirometría para despistaje de epoc

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Pilar Lacambra Deito

8. Medición lesión del organismo con cooxímetro

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Pilar Lacambra Deito

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se dispondrá en la agenda de todos los profesional de 2 horas semanales para atender las consultas de deshabituación tabáquica: de lunes a jueves en el centro de salud de Villamayor, probablemente de 13h a 15h. Instaurar en consulta monográfica protocolo de mínimo 3 visitas de ayuda por paciente: 1º visita con medicina, 2ª y 3ª visita a las 2 semanas y mes de abandono, con enfermería. Seguimiento en consulta demanda no presencial. Incorporamos el uso el cooxímetro para diagnosticar con mayor precisión el grado de tabaquismo que un determinado fumador padece y el consiguiente riesgo de desarrollar futuras enfermedades. Además nos sirve como parámetro motivador para dejar de fumar.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Intervención sobre tabaquismo en consulta monográfica deshabituación tabáquica

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Población incluida en el denominador con algún registro en intervención tabaquismo durante el período a evaluar

Denominador .....: Población > o igual a 15 años con registro de fumador=Si desde un año antes el período a evaluar

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 62.60

Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 64.14

Est.Máx.2ª Mem ..: 76.15

2. Detección tabaco



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#676

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE VILLAMAYOR

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Población > o igual a 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco en el período a evaluar  
Denominador .....: Población > o igual a 15 años con algún registro en el período de evaluación.  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: OMI AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 26.64  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 24.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 42.92

#### 3. Detección EPOC en población fumadora

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Población entre 40 y 79 años con registro de fumador=SI y Espirometría hecha en período evaluación  
Denominador .....: Población entre 40 y 79 años con registro de fumador=SI  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: OMI AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 2.44  
Est.Mín.2ª Mem ..: 2.44  
Est.Máx.2ª Mem ..: 3.26

#### 4. Tratamiento farmacológico en consulta monográfica deshabituación tabáquica

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Población incluida en el denominador que reciben tratamiento farmacológico en consulta

Denominador .....: Población >o igual a 15 años con registro de fumador=Si con algún registro en el período de evaluación.  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: OMI AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

#### 5. Población que ha dejado de fumar en consulta monográfica deshabituación tabáquica

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Población incluida en el denominador que ha conseguido dejar de fumar durante el período de evaluación  
Denominador .....: Población atendida en consulta monográfica durante el período de evaluación  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: OMI AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

#### 6. Satisfacción con la consulta monográfica deshabituación tabáquica

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Población incluida en el denominador cuyo resultado en la encuesta de satisfacción es positivo  
Denominador .....: Población atendida en consulta monográfica durante el período de evaluación  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: OMI AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

#### 7. Cooximetría en pacientes fumadores

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Población incluida en el denominador que se le ha realizado al menos una cooximetría.  
Denominador .....: Población >o igual a 15 años con registro de fumador=Si con algún registro en el período de evaluación.  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: OMI AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#676

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE VILLAMAYOR

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
La población diana será la que pertenece a nuestro zona básica de salud.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1292

### 1. TÍTULO

#### CONOCER Y RECONOCER EL MAPA DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD DE VILLAMAYOR DE GALLEGO MEDIANTE PARTICIPACION COMUNITARIA

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1292 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SOLER ABADIAS ROSA MARIA

Título  
CONOCER Y RECONOCER EL MAPA DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD DE VILLAMAYOR DE GALLEGO MEDIANTE PARTICIPACION COMUNITARIA

Colaboradores/as:  
ALONSO CRUZ MARIA  
ANDRES ESCOLANO ANA CRISTINA  
BARBERO TIENDA M. PILAR  
CANTARERO GARCIA AMELIA  
SAN JUAN SARALEGUI MARIA  
UVAROVSKAYA VALENTINA  
VILLAR YUS MARIA CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: CS VILLAMAYOR

Servicio/Unidad principal .....: EAP VILLAMAYOR

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Podemos definir un activo para la salud, como cualquier factor o recurso que potencia la capacidad de individuos, comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar, ayudando a reducir las desigualdades. Asimismo, podemos considerar el mapeo de activos como la identificación de las riquezas y los recursos de la comunidad que generan salud entre sus integrantes a través de un proceso participativo y centrado en lo que nos hace estar sanos.

El modelo de activos, parte de una visión positiva de salud, centrado en las fortalezas de la comunidad y en soluciones, además de crear menos dependencia y ayudar a las personas a tomar el control de su vida.

Toda ZBS, debería contar con un mapa de activos para la salud, donde desde varios ámbitos se puedan recomendar. En la actualidad, el Centro de Salud de Villamayor de Gállego (Sector Z1), carece de mapa de activos, ante esta situación se plantea la posibilidad de implicar a la población desde el minuto cero para identificar y elaborar su propio mapa de activos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar rendimiento recursos poblacionales  
Aumentar la prescripción social  
Estimar participación y satisfacción de los usuarios

#### ANALISIS DE CAUSAS

Evolución de la actividad comunitaria

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Crear un equipo multidisciplinar, incluyendo a la trabajadora social, personal del centro de salud y figuras del Ayuntamiento y asociaciones.
- Potenciar la prescripción social.
- Conocer las necesidades sentidas y reales de nuestra población.
- Estimar participación y satisfacción de los usuarios con recomendación de activos

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Crear un grupo de trabajo de actividades comunitarias multidisciplinar en el Centro de Salud.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Rosa Soler

2. Creación encuesta telefónica, con unos sencillos items para valorar satisfacción

Fecha inicio: 12/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Todos

3. Los usuarios podrán proponer activos de la zona básica de salud

Fecha inicio: 28/11/2022

Fecha final.: 21/11/2023

Responsable.: Maria Alonso

4. Efectuar las llamadas para rellenar las encuestas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1292

### 1. TÍTULO

#### CONOCER Y RECONOCER EL MAPA DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD DE VILLAMAYOR DE GALLEGO MEDIANTE PARTICIPACION COMUNITARIA

Fecha inicio: 23/10/2023  
Fecha final.: 27/10/2023  
Responsable.: Valentina

5. .  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/11/2022  
Responsable.: Cristina

6. .  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/11/2022  
Responsable.: Rosa Soler

7. .  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/11/2022  
Responsable.: Pilar Barbero

8. .  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/11/2022  
Responsable.: Todos

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Incluir, por parte de los responsables de cada actividad, los activos en el mapa.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Creación equipo trabajo  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° colaboradores que participan en el grupo  
Denominador .....: N° colaboradores propuestos para participar grupo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Reuniones  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. valorar la participación y satisfacción de los usuarios que han participado  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: usuarios satisfechos que han participado  
Denominador .....: usuarios que han participado  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: encuesta telefonica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. .  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: .  
Denominador .....: .  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. .  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: .  
Denominador .....: .  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1292

### 1. TÍTULO

#### CONOCER Y RECONOCER EL MAPA DE ACTIVOS DEL CENTRO DE SALUD DE VILLAMAYOR DE GALLEGO MEDIANTE PARTICIPACION COMUNITARIA

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#112

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION POBLACIONAL SOBRE PRIMEROS AUXILIOS PARA FAMILIAS ANTES DE LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

Fecha de entrada: 14/06/2022

Nº de registro: 2022#112 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
DIESTE MARCIAL MARIANO

Título  
EDUCACION POBLACIONAL SOBRE PRIMEROS AUXILIOS PARA FAMILIAS ANTES DE LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

Colaboradores/as:  
FORCEN BELTRAN MARIA JOSE  
HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL  
MATEO FERRANDO ANA  
PEÑA PORTA MARTA  
RAMON DEL CARMEN MARIA JOSE  
ROLDAN MONTEJO AITANA  
VALLES MARCEN GREGORIO

Ubicación principal del proyecto.: CS ZALFONADA (PICARRAL)

Servicio/Unidad principal .....: EAP PICARRAL-ZALFONADA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde hace ya unos años, ha habido muchas variaciones en la introducción de la alimentación complementaria y sus modalidades.

La introducción precoz de trocitos de alimentos a partir de los 6 meses de vida se conoce como método Baby led weaning, este sistema de alimentación ha demostrado efectos beneficiosos desde el punto de vista del desarrollo psicomotor y por los estudios publicados parece que posteriormente la introducción de la alimentación normal del niño mayor es más sencilla.

Aunque con el BLW no se ha observado un número mayor de atragantamientos ni de obstrucciones de la vía aérea, sí que es verdad que durante su aplicación hay mayor cantidad de náuseas y arcadas.

La aplicación de este método, que ahora gran cantidad de familias realiza, genera en las familias cierto miedo ante la posibilidad de un atragantamiento.

Las recomendaciones actuales insisten que cuando se vaya a realizar este tipo de alimentación, los padres deberían ser conocedores de las técnicas sencillas de reanimación cardiopulmonar básicas y técnicas de desobstrucción de la vía aérea.

Por dicho motivo desde el centro de salud pensamos que es fundamental que nuestras madres conozcan estas técnicas antes de iniciar la alimentación complementaria.

#### ÁREAS DE MEJORA

Educación Sanitaria general.  
Atragantamiento en lactantes.  
Reanimación cardio pulmonar básica en lactantes.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Cambio en la introducción de la alimentación complementaria  
Método Baby Led Weaning

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Que todas los asistentes al curso aprendan las maniobras básicas de Reanimación Cardio Pulmonar y las técnicas de desobstrucción de la vía aérea.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión teórica cuatrimestral de una hora de duración donde explicaremos las maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas y las maniobras de desobstrucción de la vía aérea en caso de atragantamiento

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Mariano Dieste Marcial

2. Taller práctico cuatrimestral (dividiéndolos en pequeños grupos) ya que el nuestro sector tenemos la disponibilidad de Dummies tanto de adultos como de niños para practicar dichas maniobras.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Mariano Dieste Marcial

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#112

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION POBLACIONAL SOBRE PRIMEROS AUXILIOS PARA FAMILIAS ANTES DE LA INTRODUCCION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

3. .  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Mariano Dieste Marcial

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Hemos preguntado a muchas familias la posibilidad de realizar este curso, ha suscitado mucho interés y seguimiento tanto por las familias que van a realizar Baby led weaning como por las familias que van a introducir la alimentación complementaria de una manera clásica

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de mejora de conocimientos de los asistentes al finalizar el proyecto

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Numero de personas que han mejorado test de conocimientos  
Denominador .....: Nº de asistentes a los talleres formativos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: encuesta pre actividad y encuesta post actividad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. .  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: .  
Denominador .....: .  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

3. .  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: .  
Denominador .....: .  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Desde hace ya unos años, existe gracias al interés de la Matrona de nuestro centro como por el servicio de Pediatría, un grupo de apoyo a la lactancia y crianza.  
Gracias a el contacto directo que tenemos con las madres, a través de las visitas prenatales y postnatales nos permite reclutar a las madres para realzar la actividad en cuestión.  
En nuestro centro de salud tenemos aproximadamente 300 niños menores de 2 años.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Lactantes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> atragantamientos

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#166

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVES DE LAS REVISIONES DE LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS, INCIDENCIAS Y SUGERENCIAS DE LOS TRABAJADORES DEL C.S. PICARRAL

Fecha de entrada: 17/06/2022

Nº de registro: 2022#166 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PINA SANZ ARANZAZU

Título  
MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVES DE LAS REVISIONES DE LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS, INCIDENCIAS Y SUGERENCIAS DE LOS TRABAJADORES DEL C.S. PICARRAL

Colaboradores/as:  
GARCIA DOMINGUEZ SUSANA  
GARCIA FERNANDEZ CONCEPCION  
MARCEM GIMENEZ CONCEPCION  
SENA DE LA FUENTE EVA MARIA  
VILLANUEVA MALETA MARIA NIEVES

Ubicación principal del proyecto.: CS ZALFONADA (PICARRAL)

Servicio/Unidad principal .....: EAP PICARRAL-ZALFONADA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

A raíz de la visita realizada sobre seguridad del paciente por parte de la comisión de calidad Sector I, unos de los problemas detectados fueron la gran cantidad de reclamaciones y las pocas ocasiones en las que la respuesta a esa reclamación daba lugar a una acción de mejora a nivel práctico. Lo mismo ocurre con las incidencias presentadas que nunca llegan a materializarse en algún tipo de cambio. Por otro lado, hemos visto que no existe ningún método de recogida de las sugerencias y que escasas veces éstas se realizan por escrito y con una propuesta de mejora.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Estudiar las reclamaciones y sugerencias de los usuarios del C.S. Picarral con el fin de establecer los puntos críticos en los que tengamos que trabajar desde E.A.P para poder mejorar en la seguridad del paciente.
- Estudiar las incidencias que se producen en los profesionales del C.S. Picarral para poder establecer acciones de mejora.
- Establecer un sistema de recogida de sugerencias de los trabajadores del C. Salud para mejorar la actividad diaria.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Existen deficiencias en el Centro Salud que al estudiar las reclamaciones podrían mejorar esta situación. Existen incidencias en el Centro Salud tanto con los profesionales y usuarios que habría que prevenir o gestionar. La mayoría de las sugerencias se realizan de manera "informal" sin quedar constancia ni dar lugar a ningún tipo de cambio.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la seguridad del usuario y de los profesionales estableciendo acciones de cambio a partir del estudio de las reclamaciones presentadas, incidencias y sugerencias. Darnos cuenta de problemas que los usuarios o compañeros detectan y poderlo solucionar.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Crear un grupo de profesionales que se encargarán de la recogida y estudio de las reclamaciones, incidencias y sugerencias.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2022

Responsable.: Aránzazu Pina Sanz

2. Reunión de E.A.P para informar de las actividades que se van a realizar e informar quién va a recoger las sugerencias de los trabajadores y de qué forma.

Fecha inicio: 04/07/2022

Fecha final.: 04/07/2022

Responsable.: Aránzazu Pina Sanz

3. Reunión mensual de los integrantes del grupo de mejora para estudiar las reclamaciones, incidencias y sugerencias recogidas para búsqueda de soluciones.

Fecha inicio: 29/07/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: Aránzazu Pina Sanz

4. Establecer el plan de mejora y ponerlo en práctica.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#166

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVES DE LAS REVISIONES DE LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS, INCIDENCIAS Y SUGERENCIAS DE LOS TRABAJADORES DEL C.S. PICARRAL

Fecha inicio: 29/07/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: Aránzazu Pina Sanz

5. Agrupación de la temática de las reclamaciones, incidencias, sugerencias recogidas a lo largo del año y análisis de las actuaciones desarrolladas.

Fecha inicio: 29/07/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: Aránzazu Pina Sanz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. 1. Número de reclamaciones analizadas sobre las reclamaciones recogidas.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Reclamaciones analizadas

Denominador .....: Reclamaciones recogidas

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Libro de reclamaciones del Centro de Salud.

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. 2. Número de sugerencias analizadas sobre sugerencias recogidas.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Sugerencias analizadas

Denominador .....: Sugerencias recogidas

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Buzón de sugerencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. 3. Número de incidencias analizadas sobre incidencias recogidas.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Incidencias analizadas

Denominador .....: Incidencias recogidas

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Incidencias recogidas en el sobre del coordinador.

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. 4. Número de reuniones realizadas por parte del equipo de mejora.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de reuniones realizadas

Denominador .....: Número de reuniones previstas

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Actas reuniones

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

5. 5. Número de temas identificados en las recogida de los datos.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número temas detectados

Denominador .....: Número de reclamaciones, incidencias y sugerencias recogidas.

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Del libro de reclamaciones, buzón de sugerencias y sobre del coordinador.

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

6. 6. Número de acciones de mejora realizadas.

Tipo de indicador: impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#166

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVES DE LAS REVISIONES DE LAS RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS, INCIDENCIAS Y SUGERENCIAS DE LOS TRABAJADORES DEL C.S. PICARRAL

Numerador .....: Número de acciones de mejora.  
Denominador .....: Número de reclamaciones, incidencias y sugerencias recogidas.  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Actas reuniones  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Datos de los usuarios es independiente de la patología del paciente.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#215

### 1. TÍTULO

#### USO CORRECTO DE INHALADORES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#215 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ALVAREZ ARTAL JUAN ANTONIO

Título  
USO CORRECTO DE INHALADORES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

Colaboradores/as:  
BARBED GARCIA AITANA  
BARBERO TIENDA M. PILAR  
BRETON PEREZ ROSANA  
FORCEN BELTRAN MARIA JOSE  
GUERRERO MARTINEZ CRISTINA  
HOYOS JIMENEZ ANA ISABEL  
LUMBREERAS MARTINEZ MARIA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: CS ZALFONADA (PICARRAL)

Servicio/Unidad principal .....: EAP PICARRAL-ZALFONADA

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Un gran número de pacientes hace mal uso de sus inhaladores , el los centros sociosanitarios es más fácil encontrar este problema por las características de sus residentes y las propias del centro ( cambios de personal , carga de trabajo...).

Hay que valorar los efectos que la pandemia ha producido en los pacientes más vulnerables , entre ellos los residentes de estos centros en los que ha podido cambiar su situación clínica, de autonomía , cambios de cuidadores ... y un seguimiento diferente que ahora debemos corregir actuando sobre aquellos aspectos que podemos identificar.

#### ÁREAS DE MEJORA

Adherencia al tratamiento

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de habilidades y conocimientos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Asegurar un uso correcto de los inhaladores por parte de los residentes y de los cuidadores que colaboren en la administración del medicamento en pacientes no autónomos .

Identificar pacientes que han perdido su autonomía para esta técnica .

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión de los tratamientos para identificar la población ,

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Juan Antonio Alvarez

2. Evaluar conocimientos del personal

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Juan Antonio Alvarez

3. Evaluar conocimientos y autonomía de los residentes

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Maria Jose Forcen

4. Formación individual (autónomos ) y en grupo para los trabajadores.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: Ana ISAbel Hoyos

5. Evaluación de la actividad ( satisfacción , grado de ejecución y resultados )

Fecha inicio: 15/10/2022

Fecha final.: 30/10/2022

Responsable.: Juan Antonio Alvare

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#215

### 1. TÍTULO

#### USO CORRECTO DE INHALADORES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de residentes que han recibido la formación

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: residentes autonomos que reciben formación

Denominador .....: residentes con tratamiento

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos de la Residencia

HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de cuidadores que han recibido la formación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: cuidadoras que administran tratamiento y han recibido la formación

Denominador .....: cuidadoras que administran tratamiento

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos de la Residencia

HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de residentes identificados como no autonomos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Residentes identificados no autonomos

Denominador .....: residentes calificados como autonomos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos de la Residencia

HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#426

### 1. TÍTULO

#### **PLAN DE DEPRESCRIPCION Y OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS EN EL CS ZALFONADA-PICARRAL: FARMACOS "TRIPLE WHAMMY", MEDICAMENTOS CON RIESGO ANTICOLINEGICO Y SELECCION EFICIENTE DE IBPS**

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#426 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GONZALEZ LILLO JOSE IGNACIO

Título  
PLAN DE DEPRESCRIPCION Y OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS EN EL CS ZALFONADA-PICARRAL:  
FARMACOS "TRIPLE WHAMMY", MEDICAMENTOS CON RIESGO ANTICOLINEGICO Y SELECCION EFICIENTE DE IBPS

Colaboradores/as:  
ASIN MARTIN VICTORIA  
CARO DUARTE ANGEL VICENTE  
CUARTERO BERNAL JAVIER  
GOMBAU AZNAR EMMA BEATRIZ  
HERRANZ CORTES FRANCISCA  
RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ

Ubicación principal del proyecto.: CS ZALFONADA (PICARRAL)

Servicio/Unidad principal .....: EAP PICARRAL-ZALFONADA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Nuestros pacientes reciben cada día más medicación. Este aumento es aún mayor en los pacientes mayores, que reciben un mayor número de medicamentos en comparación con los más jóvenes y por tanto están más expuestos a diversas reacciones adversas a medicamentos (RAM) Estas reacciones adversas son una causa importante de ingresos hospitalarios y de comorbilidad, sobre todo en pacientes de más de 75 años. Las causas principales de estas reacciones adversas son la prescripción inadecuada de fármacos y la insuficiente monitorización de su prescripción. Por otro lado, la utilización inapropiada de los medicamentos plantea consecuencias sanitarias que se expresan a través de aumento en la morbimortalidad y consumo de recursos sanitarios, por lo que es considerado un problema de salud pública. En nuestras consultas de Atención Primaria tenemos a nuestra disposición el cuadro de mandos de farmacia, que aunque insuficiente y mejorable en muchos aspectos, nos da información muy valiosa de qué fármacos estamos empleando mal. En nuestro centro hemos detectado una importante casuística en 3 aspectos que creemos que podemos mejorar:

#### ÁREAS DE MEJORA

Prescripción de combinación triple whammy  
Prescripción de combinación de anticolinérgicos con inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACEs)  
Selección poco eficiente de IBPs.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

prescripción poco adecuada

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Describir la cantidad de pacientes incluidos en alguno de los tres grupos descritos: triple whammy, combinación de anticolinérgicos con IACEs o selección poco eficiente de IBPs
2. Reducir en un 80% la población incluida en el grupo de pacientes con tratamiento triple whammy
3. Reducir en un 60% la población con tratamiento anticolinérgico + IACEs
4. Mejorar la prescripción de IBPs en un 60%

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Fase de selección: con ayuda del cuadro de mandos de farmacia, localizaremos aquellos pacientes a incluir en alguno de los 3 grupos.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/01/2023

Responsable.: JOSE IGNACIO GONZALEZ LILLO

2. Fase de ejecución:

Corrección de la prescripción de cada uno de los tres grupos

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 01/05/2023

Responsable.: JOSE IGNACIO GONZALEZ LILLO

3. Fase de resultados: se estudiará cuantos de estos han podido continuar con el tratamiento cambiado y cuales de ellos han vuelto.

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 31/08/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#426

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE DEPRESCRIPCIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE TRATAMIENTOS EN EL CS ZALFONADA-PICARRAL: FARMACOS "TRIPLE WHAMMY", MEDICAMENTOS CON RIESGO ANTICOLINEGICO Y SELECCION EFICIENTE DE IBPS

Responsable.: JOSE IGNACIO GONZALEZ LILLO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

1. Fase de selección: con ayuda del cuadro de mandos de farmacia, localizaremos aquellos pacientes a incluir en alguno de los 3 grupos. Incluiremos un FLASH médico advirtiendo para que en la próxima consulta médica o renovación de recetas se elimine o se modifique el plan terapéutico.

2. Fase de ejecución:

para los pacientes con terapia triple whammy, se valorará la pertinencia del tratamiento, estudiando o bien la sustitución del AINE por otro analgésico o bien la sustitución del diurético por otro fármaco, por ejemplo un calcio-antagonista con el fin de evitar la triple asociación.

Para los pacientes con riesgo colinérgico, se valorará la pertinencia del tratamiento con ICAEs en caso de demencia avanzada (GDS>5) o la retirada/sustitución de los fármacos con elevada carga anticolinérgica por otras alternativas.

Para los pacientes con selección inadecuada de IBPs se valorará la pertinencia del tratamiento, si está asociado o no a un episodio que lo justifique y si la elección del IBP es pertinaz. No existe un consenso entre los distintos organismos oficiales respecto a la recomendación de sustituir Omeprazol por otro IBPs en caso de tratamiento con Clopidogrel (3, 4) o Acenocumarol (5,6), por este motivo, no se cambiará a Omeprazol ningún tratamiento con otro IBPs en este grupo de pacientes, haciendo indicar el motivo.

3. Fase de resultados: se estudiará cuantos de estos han podido continuar con el tratamiento cambiado y cuales de ellos han vuelto. En función del éxito de este plan de calidad, se valorará como continuidad estudiar los motivos que han provocado la vuelta al tratamiento inicial.

LAS 3 FASES SE PUEDEN REALIZAR SIMULTANEAMENTE, estipulándose evaluaciones intermedias cada 3 meses: diciembre 2022, marzo 2023, junio 2023

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Pacientes tratamiento triple whammy

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... combinación de IECAS/ARA II + diuréticos + AINES

Denominador ..... número total de pacientes del cupo

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: cuadro de mandos de farmacia, o

Est.Mín.1ª Mem .. 1.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 1.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

#### 2. Combinación de anticolinérgicos con inhibidores de la acetilcolineseterasa (IACEs)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... pacientes de más de 75 años con prescripción de un IACE (donezepilo, rivastigmina o galantamina) y al menos un medicamento de elevado riesgo anticolinérgico

Denominador ..... todos los pacientes de más de 75 años con prescripción activa del IACE

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: cuadro de mandos de farmacia

Est.Mín.1ª Mem .. 1.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 1.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

#### 3. Selección poco eficiente de IBPs

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... prescripciones activas de OMEPRAZOL

Denominador ..... prescripciones activas de IBPs.

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: cuadro de mandos de farmacia

Est.Mín.1ª Mem .. 1.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 1.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

#### 4. Proporción entre pacientes tripe whammy antes y despues del estudio

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... (combinación de IECAS/ARA II, diuréticos y AINES) al principio del estudio MENOS (combinación de IECAS/ARA II, diuréticos y AINES) al final del estudio

Denominador ..... número total de pacientes del cupo

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: cuadro de mandos de farmacia

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#426

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE DEPRESCRIPCIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE TRATAMIENTOS EN EL CS ZALFONADA-PICARRAL: FARMACOS "TRIPLE WHAMMY", MEDICAMENTOS CON RIESGO ANTICOLINEGICO Y SELECCIÓN EFICIENTE DE IBPS

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Proporción de combinación de anticolinérgicos con ICAEs antes y después del estudio  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: pacientes de más de 75 años con IACE y un anticolinérgico al principio del estudio MENOS pacientes de más de 75 años con IACE y un anticolinérgico al final  
Denominador .....: todos los pacientes de más de 75 años con prescripción activa del IACE  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: cuadro de mandos de farmacia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. Proporción de pacientes poco eficiente de IBPS  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: prescripciones activas de OMEPRAZOL al inicio MENOS prescripciones activas de OMEPRAZOL al final del estudio  
Denominador .....: prescripciones activas de IBPs.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: cuadro de mandos de farmacia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Cada uno de los participantes/colaboradores del proyecto lo realizará en su propio cupo  
Los indicadores de imp

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todo tipo de patologías en los que los fármacos a estudio forman parte de su aplicación.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#537

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA SALUD DEL PACIENTE FRAGIL. IDENTIFICACION Y PRESCRIPCION DE ACTIVOS EN CENTRO DE SALUD PICARRAL

Fecha de entrada: 09/07/2022

Nº de registro: 2022#537 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO

Título  
PROMOCION DE LA SALUD DEL PACIENTE FRAGIL. IDENTIFICACION Y PRESCRIPCION DE ACTIVOS EN CENTRO DE SALUD PICARRAL

Colaboradores/as:  
BORRAZ VIVER MARIA DEL PORTAL  
DEZA PEREZ MARIA DEL CARMEN  
GARCIA SANDIN LUCIA  
GONZALEZ LILLO JOSE IGNACIO  
GUERRERO MARTINEZ CRISTINA  
LATORRE MARTIN YOLANDA MARIA  
PASCUAL PEÑARANDA SARA

Ubicación principal del proyecto.: CS ZALFONADA (PICARRAL)

Servicio/Unidad principal .....: EAP PICARRAL-ZALFONADA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Nuestro país ha alcanzado una de las esperanzas de vida más alta del mundo. Sin embargo el verdadero reto es mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece. Este concepto engloba el de envejecimiento saludable, que comprende el mantenimiento de una buena capacidad funcional, tanto física como cognitiva. En el actual contexto socioeconómico, con las tensiones a que está sometida la sociedad y los sistemas sanitario y social, se hace imperativo un giro hacia la promoción y la prevención, que proporcionará un doble beneficio, aumentar el bienestar y la cohesión social y trabajar en la sostenibilidad del sistema a medio y largo plazo.

La situación funcional previa al desarrollo de discapacidad y dependencia es uno de los mejores indicadores del estado de salud y resulta mejor predictor de discapacidad incidente que la morbilidad. Mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece es el objetivo del envejecimiento activo, término acuñado por la OMS a finales de los años 90 que puede ayudar a afrontar muchos de los retos del envejecimiento.

La situación funcional previa al desarrollo de discapacidad y dependencia es uno de los mejores indicadores del estado de salud y resulta mejor predictor de discapacidad incidente que la morbilidad. Un acercamiento a ello es el concepto de fragilidad. Prevenir la discapacidad actuando sobre la fragilidad es posible, dado que esta última se puede detectar y es susceptible de intervención.

ÁREAS DE MEJORA  
ATENCIÓN COMUNITARIA. RECOMEDACIÓN DE ACTIVOS

ANÁLISIS DE CAUSAS  
MEJORAR ATENCIÓN COMUNITARIA POR DÉFICIT POR LA ESCASEZ DE TIEMPO Y PRESIÓN ASISTENCIAL, FALTA DE CONOCIMIENTO RECURSOS DISPONIBLES EN ÁREA DE SALUD.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La población diana son pacientes mayores de 65 años con índice de Barthel mayor o igual a 90 y cumplan criterio de fragilidad con la obtención en la prueba de ejecución Short Physical Performance Battery (SPPB<10 puntos).

#### Objetivos:

- Detectar e intervenir sobre la fragilidad como medio para evitar y/o retrasar el deterioro funcional, así como promover la salud en la población mayor de 65 años mediante la recomendación de activos.
- Identificar 3 activos realizados en nuestra comunidad que cumplan criterios de prescripción para nuestra población diana.
- Implicación al EAP: Trabajo Social, Enfermería y Medicina en la identificación de estos pacientes y en la recomendación de activos identificados en nuestra comunidad mediante sesiones informativas del proyecto.
- Establecer contacto y posteriormente implicar a otros servicios y/o instituciones del barrio: Asociación de Vecinos, Consejo de Salud del barrio, Hogar del Jubilado, Centro del IASS, Servicios sociales del ayuntamiento y Centro de salud del proyecto de recomendación.
- Asociar cada recomendación de activos a un episodio del programa OMI que recoja el código de fragilidad.
- Registrar la satisfacción percibido por los pacientes y las instituciones que participan en el proyecto.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación del grupo motor interdisciplinar del proyecto (Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Admisión) y realizar reunión del Grupo de Atención Comunitaria del C.S. para planificar los pasos a dar.

Fecha inicio: 01/09/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#537

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA SALUD DEL PACIENTE FRAGIL. IDENTIFICACION Y PRESCRIPCION DE ACTIVOS EN CENTRO DE SALUD PICARRAL

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: LUIS MARIANO DOMÍNGUEZ BARCELONA

2. Realizar mapeo de activos del barrio que cumplan criterios de selección. Establecer contacto con las instituciones y servicios del Barrio. Establecer reunión inicial para explicación proyecto con EAP

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: LUCIA GARCÍA SANDÍN

3. Contacto- reunión con las instituciones -servicios encargados de administrar los activos en el barrio. Reunión con EAP para implementación, explicación escalas y dudas.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: MARI CARMEN DEZA PÉREZ

4. Inicio de captación de los pacientes y prescripción de activos con el informe de derivación.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: SARA PASCUAL PEÑARANDA

5. Reuniones bimensuales EAP y grupo motor para ver posibles dificultades- problemas . Contacto instituciones y servicios dispensadores de activos. Seguimiento pacientes derivados.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: CRISTINA GUERRERO MARTINEZ

6. Evaluación final

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: LUIS MARIANO DOMINGUEZ BARCELONA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. ANULADO

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: ANULADO

Denominador .....: ANULADO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ANULADO

Est.Mín.1ª Mem ..: -0.01

Est.Máx.1ª Mem ..: -0.01

Est.Mín.2ª Mem ..: -0.01

Est.Máx.2ª Mem ..: -0.01

2. NÚMERO DE PACIENTES QUE HAN RECIBIDO ACTIVO

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° pacientes que acudieron y realizaron actividad-activo

Denominador .....: N° total pacientes derivados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. ANULADO

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: ANULADO

Denominador .....: ANULADO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ANULADO

Est.Mín.1ª Mem ..: -0.01

Est.Máx.1ª Mem ..: -0.01

Est.Mín.2ª Mem ..: -0.01

Est.Máx.2ª Mem ..: -0.01

4. ANULADO

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: ANULADO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#537

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA SALUD DEL PACIENTE FRAGIL. IDENTIFICACION Y PRESCRIPCION DE ACTIVOS EN CENTRO DE SALUD PICARRAL

Denominador .....: ANULADO  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: ANULADO  
Est.Mín.1ª Mem ..: -0.01  
Est.Máx.1ª Mem ..: -0.01  
Est.Mín.2ª Mem ..: -0.01  
Est.Máx.2ª Mem ..: -0.01

#### 5. GRADO DE SATISFACCION DE LAS INSTITUCIONES-DISPENSADORES DE ACTIVOS UTILIZADOS

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de instituciones satisfechas  
Denominador .....: total de instituciones implicadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HOJA ENCUESTA RELIZADA PARA ESTA FINALIDAD  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 6. PACIENTES REGISTRADOS EN OMI CON EPISODIOS DE FRAGILIDAD A LOS QUE SE LE RECOMENDA UN ACTIVO

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de pacientes en los que se realiza recomendación de activos dentro de episodio de fragilidad registrados en OMI  
Denominador .....: N° total de episodios de fragilidad generados en los pacientes captados %  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 7. GRADO DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES QUE HAN SIDO DERIVADOS Y HAN RECIBIDO ACTIVO

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° pacientes satisfechos  
Denominador .....: N° total de pacientes derivados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HOJA ENCUESTA REALIZADA PARA ESTA FINALIDAD  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 8. ANULADO

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: ANULADO  
Denominador .....: ANULADO  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: ANULADO  
Est.Mín.1ª Mem ..: -0.01  
Est.Máx.1ª Mem ..: -0.01  
Est.Mín.2ª Mem ..: -0.01  
Est.Máx.2ª Mem ..: -0.01

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> FRAGILIDAD, CIAP2 P05

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#570

### 1. TÍTULO

#### APOYO AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#570 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DEZA PEREZ MARIA DEL CARMEN

Título  
APOYO AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO EN EL CENTRO DE SALUD

Colaboradores/as:  
ADAN BEGUE M. CRISTINA  
ASIN MARTIN VICTORIA  
CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN  
CASCANTE MARTINEZ ALICIA  
DOMINGUEZ BARCELONA LUIS MARIANO  
LABARI SANZ GENOVEVA  
LATORRE MARTIN YOLANDA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ZALFONADA (PICARRAL)

Servicio/Unidad principal .....: EAP PICARRAL-ZALFONADA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El cuidador principal en domicilio del paciente geriátrico con deterioro funcional y en especial de aquellos con demencia, está expuesto a una gran carga diaria de trabajo físico y estrés emocional que se prolonga en el tiempo. En muchos casos es un cuidador con escasa formación en la atención a las tareas diarias que los pacientes necesitan.

En el marco de la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional del Salud, el objetivo 6 nos habla del "Apoyo a los cuidadores", de la importancia de ofrecer una capacitación e información accesibles y adaptadas a las necesidades de quienes cuidan de personas con demencia. En este marco se ha elaborado "El Manual de Cuidadores para personas con Demencia", una herramienta para cuidadores y personal implicado en la formación de los mismos, con el objetivo de mejorar los conocimientos acerca de la demencia, los cuidados del paciente y ocuparse del autocuidado.

Consideramos de gran importancia poder ayudar a la persona cuidadora a afrontar el reto diario de cuidar al paciente geriátrico, así como cuidarse a sí mismo, asesorándole y proporcionándole formación, brindando así un abanico de habilidades que puedan ser útiles para abordar las distintas circunstancias del cuidado.

#### ÁREAS DE MEJORA

Atención comunitaria. Bienestar y salud del cuidador del paciente geriátrico en domicilio.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El trabajo que supone el cuidado de los pacientes geriátricos y en especial con demencia, es tanto físico como emocional y duradero en el tiempo. Son pacientes susceptibles de frecuentes complicaciones y muchos cuidados en domicilio.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Mejorar los conocimientos y/o aptitudes del cuidador del paciente geriátrico mediante talleres formativos, sobre aspectos prácticos del cuidado del paciente, para disminuir la carga de trabajo del cuidador y mejorar su calidad de vida.
2. Identificar y conocer el perfil actual del cuidador del paciente geriátrico en domicilio.
3. Analizar el grado de sobrecarga del cuidador así como su percepción de calidad de vida.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación, reunión y organización de un grupo de trabajo interdisciplinar centrado en el Cuidador (enfermera AP, médicos AP, médico geriatra, enfermera de enlace hospitalaria y fisioterapeuta).

Fecha inicio: 29/08/2022

Fecha final: 01/09/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> CARMEN DEZA PEREZ

2. Realización de sesión con el EAP para dar a conocer el proyecto e implicar en el mismo a los distintos profesionales del centro.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final: 06/09/2022

Responsable.: LUIS MARIANO DOMINGUEZ BARCELONA

3. Captación y registro en episodio OMI-AP, en consulta de Atención Primaria, de cuidadores de pacientes geriátricos que manifiestan déficit en algún área de cuidado.

Fecha inicio: 06/09/2022

Fecha final: 16/12/2022

Responsable.: VICTORIA ASIN MARTIN

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#570

### 1. TÍTULO

#### APOYO AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO EN EL CENTRO DE SALUD

4. 4. Realización y registro en episodio OMI-AP del cuestionario de calidad de vida (EuroQol-5D) y escala de sobrecarga del cuidador (Escala de Zarit) a los cuidadores.

Fecha inicio: 06/09/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: YOLANDA LATORRE MARTIN

5. 5. Talleres formativos:

- Cuidando de mí. Manual del cuidador.

- Disfagia. Nutrición.

- Manejo de trastornos conductuales del paci

- Movilidad del paciente.

Fecha inicio: 15/11/2022

Fecha final.: 03/04/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> CARMEN DEZA Y GENOVEVA LABARI

6. Talleres formativos:

- Manejo de trastornos conductuales del paciente con demencia.

- Movilidad del paciente.

Fecha inicio: 15/11/2022

Fecha final.: 03/04/2023

Responsable.: CARMEN CANOVAS Y ALICIA CASCANTE

7. 7. Seguimiento y revaloración a los 3 meses de la sobrecarga del cuidador y percepción de calidad de vida, mediante llamada telefónica.

Fecha inicio: 03/04/2023

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: CRISTINA ADAN BEGUE

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de cuidadores captados con episodio creado en OMI-AP

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de cuidadores captados con episodio creado en OMI-AP

Denominador .....: Nº total de cuidadores captados en consulta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de cuidadores con registro en episodio en OMI-AP de la escala Zarit

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de cuidadores con registro en episodio en OMI-AP de la escala Zarit

Denominador .....: Nº total de cuidadores captados en consulta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de cuidadores con registro en episodio en OMI-AP del cuestionario EuroQol-5

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de cuidadores con registro en episodio en OMI-AP del cuestionario EuroQol-5

Denominador .....: Nº total de cuidadores captados en consulta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % de cuidadores que acuden a uno de los talleres formativos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de cuidadores que acuden a uno de los talleres formativos

Denominador .....: Nº total de cuidadores captados en consulta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#570

### 1. TÍTULO

#### APOYO AL CUIDADOR DEL PACIENTE GERIATRICO EN EL CENTRO DE SALUD

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. % cuidadores que mejora su registro de sobrecarga en la escala Zarit a los 3 meses de la formación  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° cuidadores que mejora su registro de sobrecarga en la escala Zarit a los 3 meses de la realización del taller  
Denominador .....: N° total de cuidadores con registro en episodio en OMI-AP de la escala Zarit  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

6. % cuidadores que mejora su puntuación en el cuestionario EuroQol-5 a los 3 meses de la formación  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° cuidadores que mejora su puntuación en el cuestionario EuroQol-5 a los 3 meses de la realización del taller  
Denominador .....: N° de cuidadores con registro en episodio en OMI-AP del cuestionario EuroQol-5  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Z63.6 Problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en casa.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#174

### 1. TÍTULO

#### RCP BASICA EN EL COLE

Fecha de entrada: 18/06/2022

Nº de registro: 2022#174 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA SALAVERA ARANZAZU

Título  
RCP BASICA EN EL COLE

Colaboradores/as:  
BARRANCO OBIS PATRICIA  
CALAVIA SOS BELEN  
LOPEZ PEIRONA BARBARA  
LOPEZ PEIRONA NEREA  
NUÑEZ CASANOVA NATALIA  
POSTIGO RELAÑO MANUEL ALEJANDRO  
TEJADA MARILUZ WILDER FERNANDO

Ubicación principal del proyecto.: CS ZUERA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ZUERA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

- La mayoría de las situaciones que requieren reanimación cardiopulmonar suceden fuera del ámbito sanitario, siendo presenciados por legos.

- Nuestro proyecto consistiría en acudir al colegio público de Ontinar de Salz para enseñar a los escolares de educación primaria a reconocer una parada cardiorespiratoria, y enseñar los pasos a seguir de la RCP y saber activar los servicios de emergencias.

#### ÁREAS DE MEJORA

- El Real Decreto 116/2014 del 28 de Febrero indica a los colegios incluir la enseñanza de primeros auxilios en el currículum básico de la educación primaria. A días de hoy todavía no está extendido en toda la red escolar. No hay mucha formación dirigida a la población entre 6 y 12 años pese a que pueden colaborar de una manera activa en este tipo de situaciones. La importancia de realizar este proyecto en el medio rural radica en que la asistencia sanitaria ante una parada cardiorespiratoria (PCR) suele tener mayor tiempo de respuesta con respecto a zonas urbanas y cobra una mayor relevancia la primera atención por parte de personal no sanitario, incluyendo población infantil.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- La mayoría de las situaciones que requieren reanimación cardiopulmonar suceden fuera del ámbito sanitario, siendo presenciados por legos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Reconocer una parada cardiorespiratoria.
- Saber activar el sistema de emergencias 112/061.
- Enseñar las maniobras básicas de RCP.
- Que los niños conozcan la actuación básica ante las emergencias más comunes: paciente inconsciente, atragantamiento y hemorragias.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se contacta con el AMPA para ofrecer el proyecto, con una buena disposición por parte del colegio.

Fecha inicio: 13/06/2022

Fecha final.: 24/06/2022

Responsable.: MARIA ARANZAZU GARCIA SALAVERA

2. Se presentará al equipo de atención primaria de Zuera el proyecto de RCP básica en el colegio de Ontinar de Salz.

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: BARBARA LOPEZ PEIRONA

3. Se realizará un test previo a las charlas y otro posterior a la formación para evaluar los conocimientos adquiridos.

Fecha inicio: 08/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: MARIA ARANZAZU GARCIA SALAVERA

4. También se distribuirá a los profesores asistentes a la charla una encuesta de satisfacción.

Fecha inicio: 08/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#174

### 1. TÍTULO

#### RCP BASICA EN EL COLE

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: BARBARA LOPEZ PEIRONA

5. Las sesiones se impartiran en 2 dias. el 1er dia estará dirigido a niños de 4º, 5º y 6º de Primaria

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: MARIA ARANZAZU GARCIA SALAVERA

6. 2º día, para los alumnos de 1º, 2º y 3º de Primaria. Cada charla constará de una parte teórica y una práctica con maniquies de entrenamiento, con una duración aproximada de 20 min cada una de ellas

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: BARBARA LOPEZ PEIRONA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % niños asistentes al curso

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: numero de niños que participan en el taller

Denominador .....: número de niños escolarizados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. Mejora de los resultados obtenidos en los test

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: resultados test previos al taller

Denominador .....: resultados test posteriores al taller

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

3. Encuesta de satisfacción

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: .

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> PARADA CARDIORESPIRATORIA

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1100

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTAR EL USO DEL DERMATOSCOPIO EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1100 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VILLANUA BONET MARIA TERESA

Título  
IMPLANTAR EL USO DEL DERMATOSCOPIO EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

Colaboradores/as:  
ARILLA HERRERA GUADALUPE DEL PILAR  
BAILLO VINUES LORENA  
DIAZ FLE MARTA  
DOMINGUEZ GARCIA ANA ISABEL  
MARIN MARTINEZ BEGONA  
MARTINEZ ROMERO ROCIO  
NOVELLA ABRIL MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS ZUERA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ZUERA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La valoración visual de las lesiones tiene una importancia capital en dermatología .  
La incorporación de la técnica dermatoscópica en atención primaria es útil para la valoración de forma precoz de lesiones pigmentadas sospechosas de malignidad, para descartar posible melanomas, además de poder usarse para otros tipos de lesiones, distinguiendo entre lesiones benignas o de potencial maligno susceptibles de extirpación.

Los sistemas de fotografía digital permiten una comunicación eficiente entre médicos de familia y dermatólogos, mediante un sistema seguro que permite el registro de la lesión dermatológica previo consentimiento del paciente, entre las muchas ventajas que ofrece esta nueva herramienta podemos destacar las siguientes: Reducir tiempos de espera del usuario, reducir el número de demandas reales, aumentar la eficacia y eficiencia de las consultas de dermatología

#### ÁREAS DE MEJORA

Usar el dermatoscopio en las interconsultas con dermatología.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La devolución de interconsultas realizadas a dermatología por falta de datos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Formación en dermatoscopia, de forma que los Médicos de Familia adquieran conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y puedan identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia.  
-Acceso a la plataforma badycom para la mayoría de profesionales del C.Salud de Zuera

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Realización de sesiones clínicas con talleres prácticos a nivel de EAP por parte del profesional que han formado en el manejo del dermatoscopio. 6 SESIONES.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 27/11/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> TERESA VILLANUA BONET

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % DE SESIONES IMPARTIDAS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° DE SESIONES CLINICAS IMPARTIDAS

Denominador .....: N° DE SESIONES CLINICAS PROYECTADAS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ACTAS

Est.Mín.1ª Mem ..: 6.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1100

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTAR EL USO DEL DERMATOSCOPIO EN EL CENTRO DE SALUD DE ZUERA

Est.Máx.1ª Mem ..: 6.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % DE PROFESIONALES QUE HAN ASISTIDO A 5 SESIONES.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° DE PROFESIONALES QUE HAN ASISTIDO A 5 SESIONES CLINICAS

Denominador .....: TOTAL DE MEDICOS DEL CENTRO DE SALUD

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ACTAS

Est.Mín.1ª Mem ..: 7.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 9.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % DE PACIENTES QUE SE REMITEN A DERMATOLOGIA CON REALIZACIÓN DE DERMATOSCOPIO REFLEJADO EN ICV

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° DE PACIENTES QUE SE REMITEN A DERMATOLOGÍA CON REALIZACIÓN DE DERMATOSCOPIO REFLEJADO EN CURSO CLINICO

Denominador .....: N° TOTAL DE PACIENTES REMITIDOS A DERMATOLOGIA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#688

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SANITARIA GRUPAL EN EL CLIMATERIO

Fecha de entrada: 18/07/2022

Nº de registro: 2022#688 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LUQUE CARRO RAQUEL

Título  
EDUCACION SANITARIA GRUPAL EN EL CLIMATERIO

Colaboradores/as:  
GIMENEZ ALCANTARA BLANCA  
SANTARELLI FRANCESCA  
SEBASTIAN SANZ MARIA ASUNCION  
VALLES PINTO MARIA DOLORES

Ubicación principal del proyecto.: DAP ZARAGOZA 1

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE ATENCION A LA MUJER (MATRONAS)

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 1\*CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL \*EAP SANTA ISABEL\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El cese de la menstruación conlleva un déficit hormonal que puede producir importantes cambios en las mujeres. La menopausia conlleva el aumento de los factores de riesgo cardiovascular, la aparición de síntomas vasomotores y la posible aparición del síndrome genitourinario de la menopausia. También es un momento muy vulnerable psicológicamente y puede ser un punto de inflexión en la vida sexual de las mujeres, donde se une la idea de que al hacerse mayor ya no se es deseable, como la aparición de el síndrome genitourinario, que puede influir en las relaciones.

En las consultas de matrona de atención primaria se evidencia el desconocimiento acerca del proceso y las necesidades de información respecto a los autocuidados de la población afectada, repercutiendo en la calidad de vida de muchas mujeres.

El aumento de conocimiento de los cambios durante este periodo ayuda a las mujeres a tolerar mejor los cambios, la vivencia de síntomas del climaterio, y aumentando la calidad de vida.

Se ha demostrado que la participación de las mujeres en grupos de educación sanitaria mejora los factores de riesgo cardiovascular, fomentando el autocuidado, y estos cambios permanecen en el tiempo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora capacidad autocuidado en la menopausia.  
Mejor calidad de vida  
Mejora factores de riesgo cardiovascular  
Mejora factores de riesgo osteoporosis  
Mejora salud sexual.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Déficit de habilidades e información para afrontar este periodo, lo que disminuye la calidad de vida. La ausencia de información y motivación para el cambio de los factores de riesgo cardiovascular y de la osteoporosis.

La sexualidad esta influida por la percepción y la cultura, influyendo esta en la asociación juventud-sexo, asi como por los cambios físicos sufridos en la menopausia

1

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Creación de un modelo de educación grupal en el climaterio disponible para las matronas del sector 1. Actuar preventivamente para poder mejorar la calidad de vida de las mujeres y disminuir los riesgos asociados a la menopausia.  
Aumentar los conocimientos, y trabajar las actitudes que conlleven un cambio en los comportamientos que mejore los riesgos cardiovasculares.  
Promocionar la salud sexual como derecho y para mejorar la calidad de vida.  
Mejorar la vivencia de los síntomas del climaterio.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Desarrollo y planificación del contenido y actividades a realizar en el grupo de educación sanitaria.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Raquel Luque. Realizado por todas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#688

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SANITARIA GRUPAL EN EL CLIMATERIO

2. Información al resto del equipo de atención primaria

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final: 31/01/2023

Responsable.: Blanca Gimenez, Mariola Valles. Raquel Luque.

3. Realización grupos de educación sanitaria piloto en Santa Isabel y Villamayor de Gállego

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final: 01/05/2023

Responsable.: Asunción Sebastian.

4. Realización encuesta de satisfacción y entrevista aspectos de mejora a cumplimentar con las mujeres

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final: 30/04/2023

Responsable.: Blanca Gimenez

5. Revisión del contenido y corrección de las actividades del grupo de trabajo.

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final: 01/06/2023

Responsable.: Mariola Valles

6. Puesta en común con el resto de matronas del sector.

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final: 30/06/2023

Responsable.: Francesca Santarelli

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Además se informará a las mujeres mediante carteles, en consultas y centros de salud, directamente a asociaciones de mujeres, y vecinales y comunitarias.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Programa de educación sanitaria de la menopausia

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Matronas que lo tienen disponible para llevarlo a cabo

Denominador .....: Matronas del sector

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta en la reunión del sector

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Encuesta de satisfacción mujeres con el grupo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Puntuación realizada en la encuesta satisfacción

Denominador .....: Puntuación máxima encuesta satisfacción

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas realizadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Mejora puntuación encuesta calidad de vida

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Puntuación obtenida de la encuesta de calidad de vida anterior a la realización del grupo

Denominador .....: Puntuación encuesta de calidad de vida realizada tras la realización del grupo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Mujeres

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#688

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SANITARIA GRUPAL EN EL CLIMATERIO

---

Tipo de patología: --Otros--> Deficit hormonal menopausia y sus consecuencias.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#558

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE EXITUS EN ARCHIVOS C.M.E. GRANDE COVIAN-CRUCES DE BASES DE DATOS B.D.U./HIS

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#558 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
VALDEZATE GONZALEZ MARIANO

Título  
GESTION DE EXITUS EN ARCHIVOS C.M.E. GRANDE COVIAN-CRUCES DE BASES DE DATOS B.D.U./HIS

Colaboradores/as:  
ACIN ABADIAS ANA BELEN  
CANO GRAU MARIA ROSA  
GORRINDO NAVARRO ANA  
IBAÑEZ ALGAS MARIA LOURDES  
LORENTE GORDO PURIFICACION  
ORTIGOSA NAVIO MARIA ARACELI  
TENA TOMAS MARIA FELISA

Ubicación principal del proyecto.: CME GRANDE COVIAN

Servicio/Unidad principal .....: ADMISION Y DOCUMENTACION

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Situación de partida: los pacientes fallecidos desde consultas externas o citas se derivan al archivo y se les da de baja en HIS.  
No hay contacto en este sentido con Atención Primaria.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualización periódica de la base de datos.  
Anular la actividad pendiente, pudiendo recuperar los huecos que se generen para otros pacientes.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Existencia de dos bases de datos: cruce y comparativa de las bases de datos para solucionar discrepancias.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Establecer una cronología para desarrollar esta tarea varias veces al año y actualizar la base de datos de especializada.  
El objetivo principal es anular toda la actividad pendiente de estos pacientes (citas en consultas externas y Lista de Espera Quirúrgica, en mayor medida) para asignarla a otros pacientes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. CRUCES DE BASES DE DATOS Y PREPARACIÓN DE LISTADOS DE TRABAJO

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final: 17/07/2022  
Responsable.: MIGUEL EDUARDO CALVO NAVALMORAL

#### 2. ACTUALIZACIÓN DE HIS:

CAMBIAR EL ESTADO DEL PACIENTE A EXITUS Y PONER LA FECHA DEL FALLECIMIENTO  
Fecha inicio: 18/07/2022  
Fecha final: 30/09/2022  
Responsable.: MARIANO VALDEZATE GONZÁLEZ

#### 3. LOCALIZACIÓN DE HISTORIA FÍSICAS:

PREPARACIÓN DE CAJAS CON LAS HISTORIAS Y ENVÍO CON SU INVENTARIO A LA EMPRESA QUE NOS CUSTODIA EL PASIVO  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final: 31/12/2022  
Responsable.: MARIANO VALDEZATE GONZÁLEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. MODIFICACIÓN DE DATOS EN HIS

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: 100  
Denominador .....: 100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: LISTADOS PREPARADOS POR INFORMÁTICA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#558

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE EXITUS EN ARCHIVOS C.M.E. GRANDE COVIAN-CRUCÉ DE BASES DE DATOS B.D.U./HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. LOCALIZACIÓN E INVENTARIO HISTORIAS FÍSICAS

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: 100  
Denominador .....: 100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: LISTADOS PREPARADOS POR INFORMÁTICA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#708

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE DIAGNOSTICO AMBULATORIO DE TAQUIARRITMIAS MEDIANTE DISPOSITIVOS REGISTRADORES DE EVENTOS

Fecha de entrada: 20/07/2022

Nº de registro: 2022#708 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHEZ INSA ESTHER

Título  
PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE DIAGNOSTICO AMBULATORIO DE TAQUIARRITMIAS MEDIANTE DISPOSITIVOS REGISTRADORES DE EVENTOS

Colaboradores/as:  
ALIAGA RIVAS O'NEILL VERONICA  
ARAGUAS BIESCAS MARIA ASUNCION  
GARCIA SIMON ANA BELEN  
MONTOYA ARENAS JOSE JHONATAN  
MORENO GARCIA MARIA PILAR  
SALAS BAS MARIA PILAR  
SANZ BESCOS CARLOS

Ubicación principal del proyecto.: CME GRANDE COVIAN

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La consulta por clínica de palpitations ocupa un porcentaje elevado de las visitas a Cardiología de forma ambulatoria. Para el estudio de las mismas la prueba solicitada suele ser un Holter-ECG que es un electrocardiograma (ECG) continuo durante 24 horas. Esta prueba en aquellos pacientes que presentan episodios sintomáticos ocasionales y no diarios tiene escasa rentabilidad diagnóstica, puesto que en muchas ocasiones el día de la prueba no presentan la clínica, lo que evita llegar a un diagnóstico y obliga en numerosas ocasiones a repetir el Holter- ECG durante el seguimiento.

El registrador de eventos (kardiaMobile 6L) es un aparato que permite realizar un ECG de 6 derivaciones al instante. Es de pequeño tamaño, que cabe perfectamente en el bolsillo. Tiene marcado CE para detección de las bradicardias y taquicardias más importantes como la Fibrilación auricular, así como el ritmo cardiaco normal. Es muy fácil de usar, ya que hay que colocar los dedos en los sensores superiores y presionar el tercer electrodo en la parte inferior de la pierna, sin necesidad de cables, parches o geles. Realiza un ECG de 30 segundos. Así el paciente registrará el ritmo cardiaco siempre que sienta síntomas. El historial del ECG se almacenará automáticamente en una aplicación que previamente se habrá descargado en su smartphone (que no tiene coste).

Así, mediante estos dispositivos mejoraremos el porcentaje de diagnóstico en pacientes con clínica de palpitations. Por un lado, pudiendo descartar origen arritmico de las mismas (taquicardia sinusal en relación a cuadros de ansiedad, hipertirodisimo, etc..), y por otro, efectuando un diagnóstico arritmico correcto que nos permita administrar el tratamiento más adecuado (tanto médico como de técnicas intervencionistas), y evitar futuros eventos cardiovasculares (como es un eventual Ictus en caso de diagnóstico de fibrilación auricular).

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la rentabilidad diagnóstica en pacientes con clínica de palpitations.  
Reducir la lista de espera en el caso de pacientes que sí se benefician de un HolterECG (pacientes con bradicardias sintomáticas para descartar pausas, enfermedad del nodo sinusal para determinar paroxismos de FA, variabilidad de la frecuencia cardiaca).

#### ANALISIS DE CAUSAS

La clínica de palpitations en la mayoría de los pacientes es intermitente y ocasional, sin ocurrir a diario y con aparición espontánea, por lo que tener un dispositivo que registre el ritmo cardiaco en el momento de la clínica, permitirá llegar a un diagnóstico de forma fiable.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Conseguir un diagnóstico exacto cardiológico de la clínica de palpitations.  
Excluir causas cardiológicas patológicas de las mismas.  
Reducir número de visitas a urgencias o a primaria, así como visitas de seguimiento Cardiológico por clínica recurrente no diagnosticada.  
Reducir número de HolterECG por este motivo que tiene escasa rentabilidad diagnóstica en este tipo de pacientes, permitiendo mayor disponibilidad para otro tipo de cardiopátas que sí se benefician de un análisis HolterECG.  
Población diana: jóvenes/adultos -edad media (con capacidad de poder usar el dispositivo y la aplicación en el smartphone), sin cardiopatía estructural, con sospecha de taquiarritmias supraventriculares o para excluir causas cardiológicas patológicas de la clínica.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#708

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE DIAGNOSTICO AMBULATORIO DE TAQUIARRITMIAS MEDIANTE DISPOSITIVOS REGISTRADORES DE EVENTOS

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación personal para explicar el uso del dispositivo.

Fecha inicio: 07/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Esther Sánchez Insa

2. Creación de bolsas de transporte de dispositivo.

Fecha inicio: 07/07/2022

Fecha final.: 12/07/2022

Responsable.: Pilar Salas Bas

3. Traducción de instrucciones a los pacientes, copias y plastificación de las mismas para entregar con el dispositivo

Fecha inicio: 07/07/2022

Fecha final.: 12/07/2022

Responsable.: Pilar Salas Bas

4. Realización de tabla Excel como base de datos para control de pacientes, registrar fecha de entrega y fecha de devolución así como diagnóstico obtenido.

Fecha inicio: 12/07/2022

Fecha final.: 12/07/2022

Responsable.: Esther Sánchez Insa

5. Creación de una carpeta compartida en los ordenadores de Grande Covian de Cardiología para la carpeta del registro.

Fecha inicio: 12/07/2022

Fecha final.: 12/07/2022

Responsable.: Esther Sánchez Insa

6. Rellenar base de datos excel de los registradores - pacientes.

Fecha inicio: 07/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Esther Sánchez Insa

7. Analisis de datos obtenidos en la tabla excel para valorar utilidad de estos dispositivos

Fecha inicio: 07/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Esther Sánchez Insa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La tabla excel- base de datos por un lado pretende tener un registro de los pacientes a los que se les dejan los dispositivos, con el fin de no extraviar ninguno, y por otro ver la rentabilidad que aportan los mismos, para poder matizar aquellos pacientes que más se beneficiarían de estos dispositivos y ajustar el tiempo óptimo de cesión de los registradores (en principio hemos comenzado con un mes).

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes usuarios de este sistema frente al total de pacientes con clínica palpitations.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % de pacientes usuarios de este sistema

Denominador .....: total de pacientes con clínica palpitations

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE. Registro del servicio.

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

2. % de pacientes a los que se llega al diagnóstico frente al total de usuarios de los registradores.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: % de pacientes a los que se llega al diagnóstico

Denominador .....: total de usuarios de los registradores de eventos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Tabla excel- registradores de eventos.

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. % de num de Holter solicitados estos 6 meses frente a los solicitados en 2º semestre de año anterior

Tipo de indicador: alcance



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#708

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE DIAGNOSTICO AMBULATORIO DE TAQUIARRITMIAS MEDIANTE DISPOSITIVOS REGISTRADORES DE EVENTOS

Numerador .....: % de numero de Holter solicitados estos 6 meses  
Denominador .....: % Holteres solicitados en el 2º semestre del año anterior  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE. Registro del servicio de Holter.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. % de usuarios satisfechos con este sistema frente al total de usuarios de estos dispositivos  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: % de usuarios satisfechos  
Denominador .....: total de usuarios de estos dispositivos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Tabla excel- registradores de eventos.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Nivel de agregación de indicadores: estos registradores de eventos van a estar disponibles en todas las consultas de Cardiología de Grande Covián a disposición de todos los cardiólogos que pasan consulta allí y que participan en este proyecto. Todo el personal tanto médico como de enfermería están enormemente implicados con el proyecto, lo que va a favorecer una recogida efectiva, fiable y real de toda la información en la base de datos. Ulteriormente, en diciembre de 2022, se analizará de forma transversal los resultados hasta la fecha con el fin de poder optimizar su uso y dar continuidad de forma más eficiente al proyecto. Paralelamente se reflejará el grado de satisfacción del usuario con este sistema mediante entrevista en la vista médica de resultado: en cuanto a llegar a un diagnóstico y en cuanto a facilidad de uso del dispositivo.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#734

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA PARA OPTIMIZAR EL PROCESO DE CITACIONES GENERALES DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES GRANDE COVIAN

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#734 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VELAZQUEZ ARGUEDAS LIDIA

Título  
PLAN DE MEJORA PARA OPTIMIZAR EL PROCESO DE CITACIONES GENERALES DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES GRANDE COVIAN

Colaboradores/as:  
AINAGA VILLEN DAVID  
DIARTE ESPAÑA TERESA  
GARCIA NAVARRO MARIA MAR  
GIMENO PICAZO MARIA FELICIDAD  
MARTINEZ CHECA MARIA TERESA  
PEREZ ISUERRE ANA ISABEL  
VALLESPI GARCIA M. ROSA

Ubicación principal del proyecto.: CME GRANDE COVIAN

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En servicio de citaciones de Grande Covián se ha detectado que no existe un protocolo único de citaciones a la hora de realizar el trabajo diario. Esta situación genera retraso y errores en la atención sanitaria y, muchas veces supone duplicar el trabajo en la unidad. Queremos promover un protocolo unificado que nos permita seguir un esquema estándar y validado que evite posibles errores y homogenice las tareas diarias, además de reducir tiempos de trabajo.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Crear un manual único
2. Unificar criterios en prestaciones
3. Disminución de tiempos de trabajo
4. Potenciar la capacidad de los trabajadores para abordar determinadas incidencias y necesidades del servicio

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de un sistema guía único validado  
Cada agenda tiene diferentes prestaciones y queremos conseguir unificarlas.  
Al no tener un esquema unificado para los trabajadores, se invierte mucho más tiempo

Mejorar las habilidades de los los trabajadores de la unidad de citaciones

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Proponer un modelo de manual estándar y mejorar, así, los trámites administrativos, del servicio de citaciones de consultas de Grande Covián

-Desarrollar estrategias de formación y capacitación de los trabajadores fomentando su autonomía

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Información al equipo de trabajo incluido en el proyecto

Fecha inicio: 21/07/2022  
Fecha final.: 21/07/2023  
Responsable.: LIDIA VELAZQUEZ ARGUEDAS

2. Realización del manual estandarizado

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: LIDIA VELAZQUEZ, DAVID AINAGA, ROSA VALLESPI, TERESA DIARTE, MAR GARCIA, FELICIDAD GIMENO, ANA PEREZ

3. Entrega del manual con explicaciones pertinentes

Fecha inicio: 02/11/2022  
Fecha final.: 02/11/2022  
Responsable.: LIDIA VELAZQUEZ ARGUEDAS

4. Actualización continua del manual corrigiendo los posibles errores

Fecha inicio: 03/11/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#734

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA PARA OPTIMIZAR EL PROCESO DE CITACIONES GENERALES DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES GRANDE COVIAN

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: LIDIA VELAZQUEZ ARGUEDAS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. MANUAL ESTANDARIZADO  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: 100  
Denominador .....: 100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HIS  
JEFES DE SERVICIO  
SUPERVISORA CONSULTA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#848

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE MELANOMA EN EL SECTOR I

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#848 \*\* Atención a tiempo: cáncer \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FUENTELESAZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA

Título  
IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE MELANOMA EN EL SECTOR I

Colaboradores/as:  
CONEJERO DEL MAZO RAQUEL  
GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER  
SOLANAS TREVIÑO RUTH

Ubicación principal del proyecto.: CME GRANDE COVIAN

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS

Línea estratégica: Atención a tiempo: cáncer

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El melanoma es el 8.º cáncer en frecuencia y supone un 5% de los casos nuevos de cáncer, con un incremento mantenido en la incidencia debido en parte a los hábitos de exposición solar y quizá también a una mayor concienciación por parte de la población que consulta más a sus dermatólogos ante aparición de lesiones en la piel. En la población española el melanoma cutáneo tiene una tasa de incidencia de 8,7 por cada 100.00 habitante; y se diagnostican al año unos 6.200 casos nuevos al año.

Los factores de riesgo estudiados son: antecedentes familiares de melanoma, fototipo cutáneo ( 20 veces más frecuente en población de raza caucásica que en raza negra), número de nevos atípicos (Síndrome del nevus displásico) y exposición solar crónica (sobre todo en relación con el número de quemaduras solares durante la infancia) . Afecta tanto a hombres como a mujeres siendo la edad de aparición media unos 65 años, aunque en edades jóvenes parece que las tasas son más altas en mujeres.

Gracias al uso de la dermatoscopia se diagnostican cada vez más melanomas en estadios más precoces. El uso de esta técnica en los centros de salud y el envío de imágenes pigmentadas sospechosas a través de Teledermatología supone un avance del diagnóstico precoz y celeridad del proceso asistencial.

La tasa de supervivencia en los estadios iniciales es superior al 95%, sin embargo, en las formas diseminadas el pronóstico empeora considerablemente, con una supervivencia inferior al 20% a los 5 años.

En torno a un 90% de melanomas aparecen en la piel, y de ellos aproximadamente en un 75-80% de los casos el melanoma aparece sin que haya habido un nevus previo.

Hasta la fecha no existían tratamientos exitosos para los casos de Melanoma avanzado. La introducción de la inmunoterapia y terapias diana en el tratamiento del melanoma ha supuesto una revolución, consiguiéndose cifras de supervivencia superiores a las que se alcanzaban con los tratamientos previos.

Dada la importante mortalidad del Melanoma, su incidencia creciente, su impacto social sobre todo entre gente joven y las nuevas terapias aprobadas en los últimos años, consideramos necesario desde el Servicio de Dermatología crear una consulta en la que se citen los pacientes diagnosticados de Melanoma del Sector I de Zaragoza y establecer un protocolo de seguimiento.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Establecer un circuito interno de todos los casos diagnosticados de Melanoma en el Sector I para derivar los pacientes a la consulta denominada NEODERM.
2. Colaboración conjunta con la Unidad de Melanoma y Comité de Melanoma del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Hasta ahora no había ninguna consulta denominada NEODERM en la que se reclutasen los pacientes diagnosticados de Melanoma de nuestro Sector.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

En la primera visita se procede a tomar los siguientes datos de cada paciente y trasladarlos a un EXCEL. El registro de todos los datos será evaluado al final del periodo. Se tomarán los siguientes datos: nombre y apellidos del paciente, Número de historia del Hospital Royo Villanova, Edad, Fototipo cutáneo, Edad al diagnóstico del Melanoma, fecha de diagnóstico del Melanoma, características tumorales (Breslow y localización), fecha de ampliación de la cicatriz del Melanoma (realización sí o no de ganglio centinela), positividad o no de ganglio centinela, linfadenectomía o no locorregional, estadiaje según la octava edición de la American Joint Committee on Cancer (8ª AJCC), tratamiento adyuvante o tratamiento de Melanoma avanzado por parte de Oncología y seguimiento de ambos servicios.

Los objetivos del proyecto son:

1. Registro del número total de pacientes diagnosticados de Melanoma visitados en el año 2020, 2021 y 2022 en el Sector I de Zaragoza.
2. Registro de los pacientes diagnosticados de Melanoma que solo seguirán visitas en Dermatología (MELANOMA IN SITU y MELANOMA pT1a).
3. Registro de los pacientes diagnosticados de Melanoma que siguen controles oncológicos (% del total visitados en el año 2020, 2021 y 2022)
4. Registro del número de pacientes en tratamientos con Inmunoterapia y terapia diana (% del total visitados)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#848

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE MELANOMA EN EL SECTOR I

para cada uno de los tratamientos)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Establecer un circuito interno de todos los casos diagnosticados de Melanoma en el Sector 1 para derivar los pacientes a la consulta denominada NEODERM (una vez al mes)

Fecha inicio: 01/01/2020

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dra. Fuentelsaz del Barrio

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de visitas atendidas en la consulta de NEODERM a lo largo de un año.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de visitas atendidas en la consulta de NEODERM a lo largo de un año

Denominador .....: Número de visitas atendidas en la consulta de NEODERM a lo largo de un año

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Agendas de consultas

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

2. Número de pacientes diagnosticados en estadio precoz que no precisan seguimiento oncológico.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes diagnosticados en estadio precoz ( Malanoma in situ + pT1a) que no precisan seguimiento oncológico

Denominador .....: Número total de pacientes diagnosticados de Melanoma del sector I

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#857

### 1. TÍTULO

#### DOCUMENTOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES SOBRE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS ENDOCRINOLÓGICAS Y METABÓLICAS EN UN VOCABULARIO COMPRENSIBLE PARA LA POBLACION GENERAL

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#857 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AGUDO TABUENCA ANA

Título  
DOCUMENTOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES SOBRE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS ENDOCRINOLÓGICAS Y METABÓLICAS EN UN VOCABULARIO COMPRENSIBLE PARA LA POBLACION GENERAL

Colaboradores/as:  
ALLO COMAS MARIA DOLORES  
FUERTES AGUSTIN MARIA PILAR  
GARCIA LABORDA ANGELA  
GRACIA GIMENO PAULA  
LOPEZ ALCUTEN EVA MARIA  
MARTINEZ GARCIA MARIA  
MELCHOR LACLETA MARIA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: CME GRANDE COVIAN

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Nuestra actividad diaria es predominantemente en consultas externas. Son múltiples las ocasiones en las que los pacientes se quedan con dudas, o el estrés del momento de la consulta les hace no estar seguros acerca de su patología. Es por ello que se van a realizar documentos informativos sobre las patologías más prevalentes en Endocrinología y Nutrición, con la finalidad de entregarlos al paciente al finalizar la consulta y así, tener una información veraz y fiable sobre su patología, minimizando el riesgo de que consulte fuentes menos fiables. Se realizarán en un vocabulario que resulte asequible y comprensible para cualquier paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Búsqueda de información sobre enfermedades endocrinas en fuentes poco fiables y seguras
2. Minimizar el riesgo de que el paciente se vaya de la consulta con dudas acerca de su patología

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Insuficiente tiempo en consulta para explicar ampliamente y responder a todas las dudas. Estrés del momento de la consulta
2. El estrés del momento de la consulta generalmente hace que los pacientes comprendan menos lo que se les está explicando.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Minimizar el riesgo de que el paciente malinterprete o quede con dudas sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su patología
2. Minimizar el riesgo de que recurra a fuentes de información menos seguras y poco fiables.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Documentos informativos sobre las principales patologías endocrinas y metabólicas en un lenguaje comprensible por todos los pacientes.  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2024  
Responsable.: Ana Agudo Tabuenca

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

En dichos documentos se pretende ser breve y conciso con el objetivo de no generar más dudas a los pacientes. Se entregarán al finalizar la consulta, una vez que se les ha explicado de forma verbal el diagnóstico, las pruebas complementarias a realizar, el tratamiento si fuera necesario y el seguimiento que se va a hacer, y una vez resueltas las dudas generadas por el paciente. La idea es que consulten el documento entregado tantas veces como haga falta, sin tener que recurrir a fuentes de información sobre salud menos fiables, y que nos planteen las cuestiones generadas en la siguiente consulta.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de realización y porcentaje de pacientes de primera visita a los que se los hemos dado  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de documentos entregados

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#857

### 1. TÍTULO

#### DOCUMENTOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES SOBRE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS ENDOCRINOLOGICAS Y METABOLICAS EN UN VOCABULARIO COMPRENSIBLE PARA LA POBLACION GENERAL

Denominador .....: Número de primeras visitas realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: CME Grande Covián  
Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Satisfacción de los pacientes, a valorar en las sucesivas consultas  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes satisfechos con la documentación entregada  
Denominador .....: Número de pacientes de sucesivas visitas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: CME Grande Covián  
Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#728

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA PARA LA CREACION DE UN MANUAL INTEGRADO PARA CITACIONES DE RADIOLOGÍA EN CENTRO DE ESPECIALIDADES GRANDE COVIAN

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#728 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GIL DE GOMEZ MUÑOZ MARIA JOSE

Título  
PLAN DE MEJORA PARA LA CREACION DE UN MANUAL INTEGRADO PARA CITACIONES DE RADIOLOGÍA EN CENTRO DE ESPECIALIDADES GRANDE COVIAN

Colaboradores/as:  
ARNALDOS CASTRO ELENA  
SABATER ALEJO JORGE  
SERRANO CASTILLO M. DEL MAR  
TORRES ANDRES ANA

Ubicación principal del proyecto.: CME GRANDE COVIAN

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se ha detectado que en el servicio de citaciones de radiología de Grande Covian no existe un protocolo único de citaciones. Esta situación genera retraso y errores en atención al usuario. Queremos promover la realización de un protocolo de guía que nos permita seguir un esquema estándar y validado para el servicio de citaciones de radiología que evite errores y homogenice el resultado además de reducir tiempos de trabajo.

#### ÁREAS DE MEJORA

QUE LOS NUEVOS TRABAJADORES DEL SERVICIO DISPONGAN DE UN MANUAL QUE LES PERMITA REALIZAR EL TRABAJO CORRECTAMENTE

#### ANALISIS DE CAUSAS

NECESIDAD DE UNA GUIA ESTANDARIZADA DE TRABAJO PARA MEJORAR LAS HABILIDADES DE LOS TRABAJADORES DE UNIDAD DE CITACIONES DE RADIOLOGIA

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Proponer un modelo estándar de trabajo para el servicio de citaciones de radiología de Grande Covián. Desarrollar estrategias de formación de los nuevos trabajadores que se incorporen fomentando así su autonomía.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Información al equipo de trabajo incluido en el proyecto.
2. Realizar manual estandarizado
3. Entrega de manual con explicaciones pertinentes.
4. Autorización continua del manual.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> José Gil de Gómez Muñoz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Manual estandarizado

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: 100

Denominador .....: 100

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HISS Y PERSONAL RADIOLOGIA

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

- Ninguna

POBLACIÓN DIANA



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#728

### 1. TÍTULO

#### **PLAN DE MEJORA PARA LA CREACION DE UN MANUAL INTEGRADO PARA CITACIONES DE RADIOLOGÍA EN CENTRO DE ESPECIALIDADES GRANDE COVIAN**

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Sin población DIANA

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#729

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LOS PROCEDIMIENTOS TECNICOS INMUNOHISTOQUÍMICOS AL CAMBIO DEL SISTEMA DE AUTOMATIZACION

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#729 \*\* Atención a tiempo: cáncer \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RUIZ ROMERO MARIA INMACULADA

Título  
ADECUACION DE LOS PROCEDIMIENTOS TECNICOS INMUNOHISTOQUÍMICOS AL CAMBIO DEL SISTEMA DE AUTOMATIZACION

Colaboradores/as:  
DE LA CASA ARA ADRIAN  
GASPAR OCHOA ROSALIA ESPERANZA  
LAFUENTE DE BLAS ROSANA  
MORELLON BAQUERA RAQUEL  
RINCON GORMEDINO MARIA CRISTINA  
SANJOSE PEREA M. TERESA  
SERRANO GARCIA MIGUEL ANGEL

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: ANATOMÍA PATOLÓGICA

Línea estratégica: Atención a tiempo: cáncer

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Inmunohistoquímica es un paso secundario y complementario que en la mayoría de los casos se convierte en el instrumento de definición del diagnóstico logrando como consecuencia el tratamiento y pronóstico que impacta directamente en los pacientes. Por todo esto, es indispensable adaptar la sistemática de trabajo al nuevo equipo para que el cambio no afecte a puntos tan decisivos como diagnóstico y clínica, organización y flujo de trabajo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Lograr un transición del cambio lo más rápida y eficaz posible mejorando la dinámica de trabajo y los resultados obtenidos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El cambio de equipo que implica un cambio de Anticuerpos, clones y sus protocolos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1- Conseguir una transición completa en todos los aspectos relacionados con las técnicas de tinción inmunohistoquímica en el proceso de cambio de equipo
- 2- Optimizar la nueva automatización de Técnicas inmunohistoquímicas con Anticuerpos de calidad internacional, permitiendo una determinación más segura, en tiempos optimizados, logrando una mayor rapidez en la obtención de resultados y aumentando el ritmo de trabajo con la menor cantidad de recursos y tiempo posible.
- 3- Facilitar una transferencia íntegra y segura de los datos clínicos en términos de trazabilidad.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Puesta en marcha y formación del nuevo equipo instalado

Fecha inicio: 3/5/22

Fecha final: 13/5/22

Responsable.: Roche Diagnósticos junto con el personal técnico

2. Optimización de los protocolos hasta obtener resultados satisfactorios

Fecha inicio: 3/5/22

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Todo el personal

3. Cambio en la dinámica de trabajo

Fecha inicio: 13/5/22

Fecha final.: 13/6/22

Responsable.: El personal técnico

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. .  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: .

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#729

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LOS PROCEDIMIENTOS TECNICOS INMUNOHISTOQUÍMICOS AL CAMBIO DEL SISTEMA DE AUTOMATIZACION

Denominador .....: .  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#732

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE EXITUS EN HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. CRUCE DE BASES DE DATOS B.D.U. / H.I.S

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#732 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
BLASCO JIMENEZ ANTONIO

Título  
GESTION DE EXITUS EN HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. CRUCE DE BASES DE DATOS B.D.U. / H.I.S

Colaboradores/as:  
ANDRES SIERRA ARANTXA  
AZAGRA GALINDO EVA MARIA  
BARREDA YUS ALFONSO JAVIER  
LOPEZ VAZQUEZ FERNANDO  
RUBIO ORGA ELENA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Situación de Partida: la notificación de pacientes fallecidos desde consultas externas, citas y hospitalización se derivan al archivo para darles de baja en H.I.S.  
No tenemos contacto en este sentido con Atención Primaria.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualización periódica de la base de datos.  
Anular la actividad pendiente, pudiendo recuperar los huecos generados para otros pacientes.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Existencia de dos bases de datos: se van a cruzar para actualizar datos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Establecer una cronología para desarrollar esta tarea varias veces al año y actualizar la base de datos de especializada.  
El objetivo principal es anular toda la actividad pendiente de estos pacientes (citas en consultas externas y Lista de Espera Quirúrgica, en mayor medida) para asignarla a otros pacientes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. CRUCES DE BASES DE DATOS Y PREPARACIÓN DE LISTADOS DE TRABAJO

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 17/07/2022  
Responsable.: JOSE LUIS LARREA GIMENO

#### 2. ACTUALIZACIÓN DE HIS: CAMBIAR EL ESTADO DEL PACIENTE A EXITUS Y PONER LA FECHA DEL FALLECIMIENTO

Fecha inicio: 18/07/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: ANTONIO BLASCO JIMÉNEZ

#### 3. LOCALIZACIÓN DE HISTORIAS FÍSICAS: PREPARACIÓN DE CAJAS CON LAS HISTORIAS Y ENVÍO CON SU INVENTARIO A LA EMPRESA QUE NOS CUSTODIA EL PASIVO

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: ANTONIO BLASCO JIMÉNEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. MODIFICACIÓN DE DATOS EN HIS

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: 100  
Denominador .....: 100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: LISTADOS PREPARADOS POR INFORMÁTICA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#732

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE EXITUS EN HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. CRUCE DE BASES DE DATOS B.D.U. / H.I.S

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. LOCALIZACIÓN E INVENTARIO HISTORIAS FÍSICAS

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: 100  
Denominador .....: 100  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: LISTADOS PREPARADOS POR INFORMÁTICA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#149

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD E IMPLANTACION DE MEDIDAS PARA LA MEJORA DE LA HIGIENE BUCODENTAL EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRÍA

Fecha de entrada: 16/06/2022

Nº de registro: 2022#149 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FERRER MAHAVE MARTA

Título  
EDUCACION PARA LA SALUD E IMPLANTACION DE MEDIDAS PARA LA MEJORA DE LA HIGIENE BUCODENTAL EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRÍA

Colaboradores/as:  
ARROYO RAMOS ASCENSION  
DE TERA MUÑOZ MONTSERRAT  
GARROTE BIELSA CRISTINA  
MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES  
SANZ FRANCO MARIA ESTHER

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION GERIATRIA (PL.1)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La higiene y la salud bucal no solo tienen influencia directa sobre la calidad de vida de los adultos, sino que también ejerce un papel importante en la prevención de patologías tanto bucales como sistémicas (xerostomía, mucositis, periodontitis, trastornos en la nutrición por inadecuada masticación, afectaciones respiratorias y cardíacas.)

#### ÁREAS DE MEJORA

Se ha detectado un déficit de higiene bucal: Presencia de micosis/aftas, residuos adheridos a mucosa bucal y dientes; xerostomía y falta de piezas dentarias en la unidad. A su vez se ha detectado un déficit de conocimiento en cuanto a la importancia de la higiene bucal y una falta de participación del cuidador/es en la higiene bucal del paciente.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Un alto porcentaje de los pacientes hospitalizados en la unidad de Ortogeriatria son total o parcialmente dependientes para llevar a cabo su cuidado personal. Siempre que sea posible se debe favorecer la máxima independencia en las técnicas de higiene, haciendo EPS al paciente. Sin embargo, en ciertos casos esto es imposible y la responsabilidad recae sobre el personal de enfermería o los cuidadores y estos últimos en muchos casos requieren educación al respecto.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Realizar seguimiento y mejorar el cuidado bucal del paciente, pudiéndose evaluar de manera continua y más específica su cuidado.
- Disminuir la aparición de micosis bucal, xerostomía.
- Aumentar el bienestar del paciente.
- Disminuir el dolor bucal.
- Implicar al paciente/cuidador en su cuidado bucal.
- Implementar medidas de higiene bucodental y protocolizar la actuación del equipo de enfermería al respecto.
- Aplicación inicial en la Unidad de Ortogeriatria, con implantación posterior al resto del hospital.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación del equipo y redacción de la propuesta del proyecto de calidad.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/05/2022

Responsable.: Marta Ferrer Mahave y Montserrat de Tera Muñoz

2. Reunión con el equipo.

Fecha inicio: 05/05/2022

Fecha final.: 05/05/2022

Responsable.: M Angeles Martinez Marco

3. Elaboración de poster informativo y hoja de valoración de higiene bucodental.

Fecha inicio: 06/05/2022

Fecha final.: 06/06/2022

Responsable.: Marta Ferrer Mahave y Montserrat de Tera Muñoz

4. Reunión con el equipo para consenso en el método y sistema de recogida de datos.

Fecha inicio: 14/06/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#149

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD E IMPLANTACION DE MEDIDAS PARA LA MEJORA DE LA HIGIENE BUCODENTAL EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRÍA

Fecha final.: 14/06/2022

Responsable.: M Angeles Martinez Marco

5. Sesión Clínica para explicación al equipo multidisciplinar del servicio de Ortogeriatria del proyecto.

Fecha inicio: 05/07/2022

Fecha final.: 05/07/2022

Responsable.: Montserrat de Tera Muñoz

6. Implantación del proyecto y supervisión del cumplimiento.

Fecha inicio: 06/07/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Todo el equipo

7. Evaluación de indicadores, análisis y propuesta de mejora.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.:

Responsable.: Todo el equipo

8. Implantación de mejoras y realización de protocolo para implantación del proyecto en el resto de unidades del HNSG

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Todo el equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

\* Memoria final del Proyecto de Calidad (1/06/2023-30/06/2023)

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % pacientes que han mejorado su HBD durante su ingreso en la unidad de Ortogeriatria.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes que han mejorado su HBD según ESCALA OAG

Denominador .....: Total de pacientes que se han valorado su higiene bucodental ingresados en la unidad de Ortogeriatria

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Excel de casos registrados donde se introducen los valores de la escala AOG

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % pacientes que se ha registrado la valoración de su higiene bucodental

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes que ha sido registrada al ingreso y al alta ingresados en la unidad de Ortogeriatria.

Denominador .....: Total de pacientes que se ha valorado su higiene bucodental durante su ingreso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Excel de casos registrados donde se introducen los valores de la escala AOG

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % pacientes no autónomos que han mejorado su higiene bucodental mediante EPS a la familia

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes que han mejorado su HBD según ESCALA OAG tras EPS a la familia

Denominador .....: Total de pacientes no autónomos en los que se ha realizado EPS a la familia o cuidador principal

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Excel de casos registrados donde se introducen los valores de la escala AOG

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % pacientes autónomos que han mejorado su higiene bucodental mediante EPS

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes que han mejorado su HBD según ESCALA OAG tras EPS.

Denominador .....: Total de pacientes autónomos en los que se ha realizado EPS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Excel de casos registrados donde se introducen los valores de la escala AOG

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#149

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD E IMPLANTACION DE MEDIDAS PARA LA MEJORA DE LA HIGIENE BUCODENTAL EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE ORTOGERIATRÍA

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#312

### 1. TÍTULO

#### ENFOQUE GLOBAL E INTEGRAL DE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE GERIATRICO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#312 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FELEZ RODRIGUEZ ESTHER

Título  
ENFOQUE GLOBAL E INTEGRAL DE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE GERIATRICO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Colaboradores/as:  
BUIL SANZ SELINA  
GALLOSO ROJO IVAN ANTONIO  
LACARTA LOBE VERONICA  
LETAMENDI ESCARTIN ESTHER  
MORENO GAMARRA MARIA MERCEDES  
SALDAÑA MILLAN MARTA  
VIRTO CAMPOS NATALIA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION GERIATRIA (PL.2)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El incremento del número de personas mayores en nuestro país, muchas de ellas en situación de dependencia, hace imprescindible la introducción de cambios importantes en la red de servicios de atención a este colectivo. La enfermera especialista en geriatría deberá conocer y entender la problemática del anciano, procurando su pleno desarrollo como persona, así como encaminar sus cuidados a la promoción, recuperación y rehabilitación de su salud.

La finalidad de este proyecto es formativa y organizativa:

Proporcionar al personal de enfermería conocimientos básicos sobre el paciente anciano que determinan la especificidad en la valoración (VGI) y los cuidados.

Dar respuesta a la inquietud de los profesionales de enfermería (Enfermeras y TCAES) por ofrecer unos cuidados continuados y de calidad a los pacientes ingresados en nuestra unidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar los conocimientos del personal de enfermería sobre el paciente anciano. Especificidad del cuidado. Mejorar el trabajo en equipo y la continuidad y calidad de los cuidados: Recoger los cuidados del equipo de enfermería en la unidad de Geriatría, agrupados por Necesidades. Estandarizar actividades concretas (asistenciales y preventivas) e Instrumentos de Valoración (escalas)

#### ANALISIS DE CAUSAS

Las enfermeras que formamos parte de este proyecto nos reunimos durante el curso 2022 en varias sesiones. Partimos de la pregunta ¿Qué está pasando en este momento en mi unidad de trabajo? ¿Qué problemas encontramos? ¿Qué soluciones podemos dar a los problemas planteados? ¿Dónde queremos llegar como Unidad?

Recogimos mediante la técnica de lluvia de ideas un listado:

Trabajar mas en equipo con TCAES: es un proyecto de equipo y por eso deben estar en él.

Recoger los cuidados que se realizaban en la planta de geriatría

Estandarizar algunas actividades asistenciales y de valoración que ya realizamos en la planta (Escala de valoración al ingreso, cartel por colores según Norton, cartel disfagia...)

Dar a conocer al personal de nueva incorporación un poco mas al paciente anciano y la especificidad de sus cuidados

De todo esto surge la idea de hacer una guía concreta sobre la unidad de Geriatría del HNSG para entregar al personal de enfermería y a los profesionales que se incorporen a la unidad.

La guía debe incluir: breve presentación de la unidad, introducción, recoger en que consiste la VGI y los síndromes geriátricos, los cuidados específicos que realizamos en la unidad, actividades que tenemos estandarizadas

Además, dentro de nuestra tarea asistencial nos planteamos 3 aspectos concretos sobre los que queremos incidir:

Higiene de la boca

Monitorización de la ingesta en la Historia Clínica Electrónica

Seguimiento de las UPP en la Historia Clínica Electrónica

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Proporcionar a los nuevos profesionales de enfermería conocimientos básicos relación al paciente anciano y los principales Síndromes Geriátricos.

Conocer la Valoración Geriátrica Integral (VGI) y las principales escalas usadas en Geriatría.

Mejorar la calidad de Vida del paciente durante su ingreso, prestando una asistencia individualizada, Integral e Interdisciplinar

Satisfacer las Necesidades del paciente anciano durante su ingreso.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#312

### 1. TÍTULO

#### ENFOQUE GLOBAL E INTEGRAL DE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE GERIATRICO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Proporcionar las medidas de prevención necesarias.  
Potenciar la autonomía del paciente, si es posible, para mantener la funcionalidad.  
Asegurar la continuidad de los cuidados entre los distintos dispositivos asistenciales mediante el uso de la Historia Clínica Electrónica y enfermera de enlace.  
Proporcionar soporte físico y emocional a las familias del paciente, especialmente al cuidador principal.  
Proporcionar Educación para la salud al paciente y/o cuidadores  
Cuidar y acompañar al paciente en situación terminal. Apoyar a los familiares.  
Población diana:  
Paciente ingresado en la Unidad de Geriatria del HNSG  
Familiar/ cuidador/acompañante del paciente ingresado en la Unidad de Geriatria  
Personal sanitario de nueva incorporación a la unidad

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar unas sesiones informativas al personal del servicio y Pool sobre: El protocolo que se está desarrollando

Fecha inicio: 25/10/2022

Fecha final.: 20/12/2022

Responsable.: FELEZ RODRIGUEZ, ESTHER / CONCEJERO PARDOS, ROSA

2. Realizar unas sesiones formativas al personal del servicio y Pool sobre: UPP (prevención, cuidados y registro en HCE)

Fecha inicio: 25/10/2022

Fecha final.: 20/12/2022

Responsable.: VIRTO CAMPOS, NATALIA / GUARINOS RUBIO, MARINA

3. Realizar unas sesiones formativas al personal de la unidad y al cuidador sobre la dieta la higiene de la boca

Fecha inicio: 25/10/2022

Fecha final.: 20/12/2022

Responsable.: GALLOSO ROJO, IVAN / GOMEZ MARTIN M.JESUS / GARCIA LATORRE VICTORIA

4. Realizar unas sesiones formativas al personal de la unidad y al cuidador sobre la dieta disfagia

Fecha inicio: 25/10/2022

Fecha final.: 20/12/2022

Responsable.: SALDAÑA MILLAN MARTA / GARCIA ALCARAZ, ISABEL

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizaran 2 sesiones formativas de cada apartado para poder abarcar al mayor numero de profesionales

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Control/ auditoria de higiene de boca cada 3 meses

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de pacientes que se encuentran con la higiene correcta de la boca durante el día del corte

Denominador .....: Numero total de pacientes que requiere la higiene de boca ingresados el día del corte

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: corte observacional trimestral

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

2. Control/auditoria de escala Likert de ingesta del paciente cada 3 meses

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes que tienen recogida la escala Likert en la HCE en la ingesta CO-CE durante el día del corte

Denominador .....: Numero total de pacientes ingresados el día del corte

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: corte observacional trimestral

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

3. Seguimiento de las UPP en la Historia Clínica Electrónica cada 3 meses

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes que tienen recogida el seguimiento de las UPP en la HCE impreso y actualizado durante el día del corte

Denominador .....: Numero total de pacientes con UPP ingresados el día del corte

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#312

### 1. TÍTULO

#### ENFOQUE GLOBAL E INTEGRAL DE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE GERIATRICO EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: corte observacional trimestral  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

4. Encuesta al personal de nueva incorporación  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Personal de nueva incorporación que conoce el procedimiento  
Denominador .....: Personal total de nueva incorporación desde que comenzamos la evaluación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: encuesta al profesional  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

5. recogida a través de firmas de presencialidad en la sesión formativa  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Numero de profesionales que a recibido la formación  
Denominador .....: numero total de profesionales de la unidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: control de firmas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> pacientes geriátricos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1066

### 1. TÍTULO

#### PRESCRIPCION POR PRINCIPIO ACTIVO E IMPLANTACION DE CODIGOS-H EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1066 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
REBOLLAR TORRES ELENA

Título  
PRESCRIPCION POR PRINCIPIO ACTIVO E IMPLANTACION DE CODIGOS-H EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Colaboradores/as:  
ALCAZAR RODRIGUEZ MARIA ANGELES  
BERDEJO GUILLEN FRANCISCO JAVIER  
IRIARTE RAMOS SONIA  
LAZAR DANIELA  
PERRINO GARCIA MARIA-JESUS  
QUEIPO GARCIA EVA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La prescripción electrónica asistida (PEA), es una nueva tecnología que permite al médico prescribir el tratamiento directamente en un programa informático a través de un dispositivo electrónico, evitándose así tanto la transcripción del fármaco como la de enfermería. Estos sistemas disponen de una serie de ayudas, orientados hacia un sistema de soporte a la decisión clínica, que en esencia son bases de datos de medicamentos, las cuales son generalmente mantenidas y actualizadas por los farmacéuticos del Servicio de Farmacia (SF). La PEA contribuye a racionalizar la prescripción de los fármacos y a incrementar la seguridad del paciente en relación con los tratamientos farmacológicos prescritos. A este nivel, la prescripción por principio activo supone el empleo de un lenguaje común por todos los profesionales y pacientes, evitando confusiones y problemas de comprensión y localización de los fármacos. También promueve, el uso racional de medicamentos, impulsando la prescripción de genéricos y aumentando la eficiencia en la utilización de los recursos. En relación con la prescripción por principio activo, en Aragón se ha implantado la utilización del denominado código-H. Un código-H es aquel que, asociado a un medicamento en la base de datos, define una forma farmacéutica y dosis de un determinado principio activo, independientemente de la marca y del número de unidades posológicas del medicamento. Se trata de un instrumento de gestión de los medicamentos cuya finalidad es facilitar la intercambiabilidad de las diferentes presentaciones de un mismo medicamento y disponer de un elemento común entre los hospitales de Aragón para designar a los medicamentos. La prescripción por principio activo es una demanda tanto de los facultativos, como del personal de enfermería y del SF, y la utilización del código-H facilita la gestión de los medicamentos y la localización de los mismos. No obstante, previamente es necesario modificar la base de datos de medicamentos del SF sustituyendo uno a uno los códigos nacionales por códigos-H y modificando la descripción de cada medicamento para que sea por principio activo y no por marca comercial. Además, también es necesario ordenar el almacén del SF por orden alfabético de principio activo.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Prescripción por principio activo, permitiendo que todos los facultativos prescriban de manera unificada por principio activo y siguiendo los criterios del resto de hospitales del Servicio Aragonés de Salud.
- Implantación de los códigos-H, mejorando la comunicación con los demás servicios de farmacia de la comunidad.
- Organización del almacén de Farmacia por principio activo.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Necesidad de incorporar la prescripción por principio activo.
- Necesidad de implantar los códigos-H, ya utilizados en la mayoría de los SF de los Hospitales de Aragón
- Organización deficiente del SF al disponer de un maestro de artículos y de una organización del almacén por orden alfabético de la marca comercial.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivos principales: designación de los medicamentos en el Hospital por principio activo. Implantación de códigos-H.  
Objetivos secundarios: actualización del maestro de artículos (base de datos del SF), sustituyendo uno a uno los códigos nacionales por códigos-H y modificando la descripción de cada medicamento para que sea por principio activo y no por marca comercial. Reorganización del almacén del SF y las zonas destinadas a la dosis unitarias por principio activo. Las solicitudes de botiquín, tanto de las supervisoras de las unidades del hospital, como de las coordinadoras de los centros de salud del Sector Zaragoza I, se realizarán por principio activo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1066

### 1. TÍTULO

#### PRESCRIPCION POR PRINCIPIO ACTIVO E IMPLANTACION DE CODIGOS-H EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

1. • Creación, uno a uno, de los códigos-H en el módulo Maestro de Artículos del programa FarmaTools.  
Fecha inicio: 01/04/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: María Jesús Perrino García
  2. • Crear etiquetas con los códigos-H  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Elena Rebollar Torres
  3. • Cambio de la ordenación de los medicamentos en el almacén de farmacia, pasando de orden alfabético por nombre comercial a orden alfabético por principio activo. Colocación de las etiquetas.  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: María Jesús Perrino García
  4. • Cambio de la ordenación de los medicamentos en la zona de unidosis, pasando de orden alfabético por nombre comercial a orden alfabético por principio activo. Colocación de las etiquetas.  
Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: Eva Queipo García
  5. • Seguimiento: se recopilará la información sobre los cambios producidos, confeccionando listados actualizados de los medicamentos.  
Fecha inicio: 01/04/2022  
Fecha final.: 14/10/2022  
Responsable.: Eva Queipo García
  6. Se comunicarán diariamente los cambios de código nacional a código-H a la Dirección Médica, Subdirección de Enfermería, Supervisoras y Jefes de Servicio  
Fecha inicio: 01/04/2022  
Fecha final.: 14/10/2022  
Responsable.: Elena Rebollar Torres
- \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto
- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de medicamentos cambiados a principio activo  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nº de medicamentos cambiados a principio activo  
Denominador .....: Nº total de medicamentos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Maestro de artículos (FarmaTools)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00
2. % de comunicaciones por mail al personal implicado  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nº de comunicaciones por mail al personal implicado  
Denominador .....: Nº total de comunicados necesarios  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Maestro de artículos (FarmaTools)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00
3. % de medicamentos ordenados en el almacén por principio activo  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nº de medicamentos ordenados en el almacén por principio activo  
Denominador .....: Nº total de medicamentos del almacén  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro visual  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1066

### 1. TÍTULO

#### PRESCRIPCION POR PRINCIPIO ACTIVO E IMPLANTACION DE CODIGOS-H EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

4. % de medicamentos ordenados en las zonas de unidosis por principio activo

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de medicamentos ordenados en las zonas de unidosis por principio activo

Denominador .....: N° total de medicamentos en las zonas de unidosis

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro visual

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. % de prescripciones por principio activo en las unidades con PEA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de medicamentos prescritos por principio activo

Denominador .....: N° total de medicamentos prescritos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PEA Farmatools

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1208

### 1. TÍTULO

#### **MEDICAMENTOS PELIGROSOS: ESTRATEGIAS DE ACTUACION E IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA FORMATIVO PARA LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1208 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
QUEIPO GARCIA EVA

Título  
MEDICAMENTOS PELIGROSOS: ESTRATEGIAS DE ACTUACION E IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA FORMATIVO PARA LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Colaboradores/as:  
ANDALUZ FUNCIA MARIA TERESA  
CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO  
IRIARTE RAMOS SONIA  
MESA LAMPRE MARIA PILAR  
ROMERO GARCIA PALOMA  
SAHUN ROYO MARTA  
TARRERO LOZANO MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El término MP (medicamento peligroso) fue utilizado por primera vez en los años noventa por la American Society of Hospital Pharmacists, y adoptado posteriormente por el National Institute of Occupational Safety and Health americano (NIOSH) en 2004, que considera como tales a todos aquellos fármacos que muestran en estudios en animales o humanos una o más de las siguientes características:

- Carcinogenicidad.
- Teratogenicidad u otra toxicidad para el desarrollo.
- Toxicidad reproductiva.
- Toxicidad en órganos a dosis bajas.
- Genotoxicidad.
- Fármacos con estructura o perfiles de toxicidad que sean similares a otros fármacos existentes considerados peligrosos.

En el año 2004 NIOSH publicó una lista de Medicamentos Peligrosos que se ha ido actualizando en los años 2010, 2012, 2014 y 2016 (estando de nuevo actualmente en revisión).

En septiembre de 2016, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) publicó el Documento Técnico: Medicamentos peligrosos. Medidas de Prevención para su preparación y administración. Posteriormente como continuación y actualización de dicho documento el INSST publicó la base de datos INFOMEPE sobre dichos medicamentos en la que consta: nombre del medicamento, código nacional, principio activo, grupo terapéutico y su descripción, laboratorio fabricante, motivo de peligrosidad, referencia según la lista del NIOSH, y recomendaciones para la preparación y administración.

Aunque el grupo más importante de MP lo constituyen los antineoplásicos, actualmente se han incorporado otros medicamentos muy diversos que afectan a un amplio grupo de profesionales sanitarios y áreas clínicas. La manipulación de este tipo medicamentos, de incuestionable efecto terapéutico para los pacientes, puede implicar un riesgo para la salud de los trabajadores y las trabajadoras que los manipulan, preparan o administran. Siguiendo la legislación vigente y el Documento Técnico del INSST se deben adoptar medidas que eviten o minimicen la exposición a MP y garanticen condiciones óptimas de trabajo y seguridad.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Revisar y actualizar las medidas preventivas que se están adoptando en la manipulación de medicamentos peligrosos.
- Formación de los trabajadores del Hospital Nuestra Señora de Gracia en el manejo seguro de los MP.
- Identificación y gestión adecuada de los residuos generados

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Publicación del Documento Técnico y actualización de las Listas NIOSH. Estos documentos extienden la definición de MP a todos aquellos medicamentos, no sólo citostáticos, sobre los que se deben tomar una serie de precauciones, dado que por sus efectos pueden ser peligrosos para los trabajadores que los manipulan.
- Desconocimiento por parte de los trabajadores de las medidas preventivas a adoptar con algunos MP y el diferente riesgo que conllevan según su forma farmacéutica y de administración (formas parenterales, orales, etc.).
- Necesidad de colaboración entre los servicios implicados en el proyecto, la cual no ha sido posible hasta el momento, debido al periodo de inactividad por la pandemia COVID.
- Segregación incorrecta de residuos (residuos farmacéuticos, material de administración, material de protección...) por falta de análisis y formación.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1208

### 1. TÍTULO

#### **MEDICAMENTOS PELIGROSOS: ESTRATEGIAS DE ACTUACION E IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA FORMATIVO PARA LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

Establecer prácticas seguras en la manipulación de MP para preservar la salud del trabajador y el cuidado del medio ambiente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Identificación de los medicamentos considerados peligrosos que se emplean en los diferentes servicios y unidades del hospital.

Fecha inicio: 01/09/22

Fecha final: 31/12/22

Responsable.: Eva Queipo García

2. Elaboración de carteles ilustrativos adaptados a cada planta/unidad con: listado de MP, referencia NIOSH, EPI indicados, recomendaciones para la preparación y administración y gestión de los residuos.

Fecha inicio: 01/09/22

Fecha final: 31/05/23

Responsable.: Paloma Romero García y María Carmen Tarrero Lozano

3. Elaboración de procedimientos e instrucciones específicas para la manipulación de MP por personal de enfermería.

Fecha inicio: 01/09/22

Fecha final: 31/05/23

Responsable.: Sonia Iriarte Ramos y Marta Sahun Royo

4. Actualización de la base de datos de farmacia, de modo que los MP estén señalizados y las recomendaciones para su manipulación queden recogidas en las ordenes de administración de enfermería.

Fecha inicio: 01/09/22

Fecha final: 31/12/22

Responsable.: Eva Queipo García

5. Difusión de la información y favorecer la implantación de las medidas propuestas en los Servicios del Hospital.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: Ignacio Corchero Martin y Pilar Mesa Lampre

6. Formación de los trabajadores del HNSG que, como consecuencia de su actividad laboral tengan que realizar tareas en las que intervengan MP.

Fecha inicio: 01/01/23

Fecha final: 31/12/23

Responsable.: María Carmen Tarrero Lozano y M<sup>a</sup> Teresa Andaluz Funcia

7. Elaboración de un cuestionario para evaluar el conocimiento de los trabajadores sobre la correcta manipulación de los MP.

Fecha inicio: 15/09/22

Fecha final: 31/12/22

Responsable.: Paloma Romero García

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. MP identificados en el HNSG.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de MP identificados.

Denominador .....: Número de MP que se emplean en los diferentes servicios /unidades del HNSG.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Maestro de artículos de Farmacia. Base de datos INFOMEPE.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. Fichas de MP actualizadas en la base de datos de medicamentos.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de MP cuyas fichas han sido actualizadas en la base de datos de medicamentos

(clasificación de MP y transcripción de las medidas preventivas a adoptar para su manipulación).

Denominador .....: Número total de MP con ficha en la base de datos de medicamentos.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Maestro de artículos de Farmacia.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1208

### 1. TÍTULO

#### MEDICAMENTOS PELIGROSOS: ESTRATEGIAS DE ACTUACION E IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA FORMATIVO PARA LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

#### 3. Difusión de la información elaborada.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de servicios/unidades del HNSG en los cuales se han colgado carteles ilustrativos.

Denominador .....: Número de servicios /unidades del HNSG en donde se manipulan o administran MP .

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro visual.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 4. Formación impartida

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Unidades de enfermería/servicios médicos formados.

Denominador .....: Unidades de enfermería/servicios médicos en donde se manipulan o administran MP .

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de asistencia a las sesiones formativas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

#### 5. Impacto de la formación impartida.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de trabajadores que mejoran su puntuación en el cuestionario después de recibir la formación.

Denominador .....: Número total de trabajadores que realizan el cuestionario antes y después de recibir la formación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionarios realizados por los trabajadores que han recibido la formación.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Este proyecto se hace extensivo a todo el personal que pueda estar expuesto a los MP en el centro sanitario.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#375

### 1. TÍTULO

#### RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DEL PACIENTE GERIATRICO HOSPITALIZADO. INTERVENCION CENTRADA EN EL PACIENTE Y CUIDADOR

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#375 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ NAVARRO RAQUEL

Título  
RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DEL PACIENTE GERIATRICO HOSPITALIZADO. INTERVENCION CENTRADA EN EL PACIENTE Y CUIDADOR

Colaboradores/as:  
GASPAR RUZ MARIA LUISA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 1\*HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA\*HOSPITAL DE DIA GERIÁTRICO\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

-Pérdida funcional durante los ingresos hospitalarios de pacientes geriátricos por falta de estímulo para realizar ABVD por parte de los cuidadores, por temor o desinformación.  
-Deterioro de la autoimagen durante el ingreso.  
-Perdida de rutinas y hábitos. Muchos de los pacientes ingresados hacen vida cama-silla, aun cuando pueden realizar actividades, con el consiguiente deterioro funcional.  
-Desconocimiento del uso y manejo de ayudas técnicas y adaptaciones domiciliarias por parte de los pacientes y cuidadores.

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1.- Actividades sencillas como peinarse, comer, lavarse la cara, ir al WC, vestirse o ducharse, dejan de hacerse durante el ingreso, asumiendo un rol de dependencia incluso en áreas no afectadas, por eso es necesario facilitar la realización de estas actividades durante el ingreso hospitalario.
- 2.- Los familiares y el paciente no tienen frecuentemente la perspectiva suficiente para valorar las dificultades de la vuelta al domicilio, lo que provoca, por ejemplo, institucionalizaciones innecesarias por desconocimiento de las ayudas técnicas, los recursos existentes o manejo postural del paciente.
- 3.- Deterioro de la imagen personal.
- 4.- Es habitual ver cómo los pacientes dejan de moverse o caminar durante el ingreso hospitalario, por el no uso, no por incapacidad funcional.
- 5.- Es frecuente encontrar cuidadores que perciben la vuelta al domicilio como algo imposible, o bien al contrario, cuidadores que no anticipan las dificultades que se encontrarán al alta. Tanto en un caso como en el otro, la mejor forma de adquirir conciencia es que ellos mismos realicen estas actividades antes del alta hospitalaria.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- 1.- Es inasumible por parte del personal auxiliar favorecer este tipo de actividades dada la carga de trabajo que soporta. Pero es de gran utilidad proporcionar determinadas pautas al acompañante o al propio paciente y animarles a que las realicen.
- 2.- El cuidador habitual del paciente pasa a ser un mero acompañante y pierde su protagonismo durante el proceso hospitalario, cediendo su rol de cuidadores a los profesionales. El ingreso hospitalario es un "tiempo valioso" para el cuidador para adquirir nuevas destrezas de cuidado con el acompañamiento de profesionales.
- 3.- Durante los ingresos hospitalarios se produce un deterioro importante de la imagen personal de los pacientes ya que no pueden realizar sus hábitos y rutinas de higiene y de cuidado con normalidad.
- 4.- Falta de información a pacientes y cuidadores sobre pautas de actividad y movilidad que pueden realizar en la habitación o en los espacios comunes.
- 5.- Falta de oportunidades para que el cuidador participe en las ABVD, por lo que estas actividades las perciben como extremadamente dificultosas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Favorecer la mínima pérdida de autonomía personal de los pacientes durante los ingresos hospitalarios.
- Implicar al cuidador en los cuidados del paciente para ir facilitando la adquisición del rol de cuidador antes del alta hospitalaria.
- Prevenir caídas.
- Introducir el hábito de la actividad física significativa en pacientes geriátricos.
- Favorecer altas precoces y evitar reingresos.
- Favorecer la vinculación al servicio de HDG de aquellos pacientes susceptibles de beneficiarse del programa de Recuperación Funcional al alta hospitalaria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#375

### 1. TÍTULO

#### RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DEL PACIENTE GERIATRICO HOSPITALIZADO. INTERVENCION CENTRADA EN EL PACIENTE Y CUIDADOR

1. -Valoración de necesidades del paciente y cuidador desde el primer momento del ingreso.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/05/2023

Responsable.: Raquel Martínez Navarro y M<sup>a</sup> Luisa Gaspar Ruz

2. -Entrenamiento de ABVD en la habitación y en la Sala de Terapia Ocupacional maximizando las capacidades del paciente para recuperar el máximo de funcionalidad.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/05/2023

Responsable.: Raquel Martínez Navarro y M<sup>a</sup> Luisa Gaspar Ruz

3. -Adiestramiento de paciente y cuidador en estrategias básicas de manejo del paciente para poder realizar las ABVD con seguridad para ambos.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/05/2023

Responsable.: Raquel Martínez Navarro y M<sup>a</sup> Luisa Gaspar Ruz

4. -Recomendar adaptaciones en el entorno y ayudas técnicas para poder adaptarse a esta nueva situación funcional orientando al paciente y al cuidador sobre los posibles cambios.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/05/2023

Responsable.: Raquel Martínez Navarro y M<sup>a</sup> Luisa Gaspar Ruz

5. -Estimulación de la movilidad dentro de la habitación, indicando a los cuidadores cómo levantar al paciente de la silla, usar las ayudas técnicas para la deambulación y realizar AVD.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/05/2023

Responsable.: Raquel Martínez Navarro y M<sup>a</sup> Luisa Gaspar Ruz

6. -Proporcionar ayuda a los pacientes para que puedan usar sus propios productos de aseo, y realicen su autocuidado en el baño de la habitación (no en la cama), mejorando su autoimagen.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/05/2023

Responsable.: Raquel Martínez Navarro y M<sup>a</sup> Luisa Gaspar Ruz

7. -Reforzar el uso del WC en lugar del pañal, utilizando ropa interior y pantalones propios (chándal o pantalón con cintura elástica), que favorezcan poder ir al baño de forma segura y autónoma.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.:

Responsable.: Raquel Martínez Navarro y M<sup>a</sup> Luisa Gaspar Ruz

8. -Incorporar a las actividades grupales de HDG a aquellos pacientes que se puedan beneficiar de la parte motora, cognitiva y social del programa, creando una futura vinculación al recurso.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/05/2023

Responsable.: Raquel Martínez Navarro, M<sup>a</sup> Luisa Gaspar Ruz y Oscar Pérez Berasategui

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. %Pacientes valorados por T.O. ingresados por fracturas de cadera, ictus y convalecencia-rehab.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes valorados por T.O ingresados por fracturas de cadera, ictus y

convalecencia-rehab.

Denominador .....: Nº Pacientes ingresados por fracturas de cadera, ictus y conva-rehab.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos de Ingresos/hospitalización

Registro T.O. HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. %Cuidadores valorados por T.O. sobre el manejo del paciente.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de cuidadores de pacientes ingresados por fractura de cadera, ictus y conva-reh valorados

por T.O.

Denominador .....: Nº Cuidadores de pacientes ingresados por fractura de cadera, ictus y conva-reh.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos de Ingresos/hospitalización

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#375

### 1. TÍTULO

#### RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DEL PACIENTE GERIATRICO HOSPITALIZADO. INTERVENCION CENTRADA EN EL PACIENTE Y CUIDADOR

Registro T.O. HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. % Pacientes entrenados en ABVD en habitación y Sala de T.O.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de pacientes ingresados por fracturas de cadera, ictus y conva-rehab, entrenados en ABVD en habitación y Sala de T.O.

Denominador .....: N° Pacientes ingresados por fracturas de cadera, ictus y conva-rehab.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro T.O. en HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. % Cuidadores entrenados y asesorados durante el ingreso en el manejo del paciente y AATT.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de cuidadores de pacientes ingresados por fractura de cadera, ictus y conva-reh, entrenados y asesorados durante el ingreso en el manejo del paciente y AATT.

Denominador .....: N° Cuidadores de pacientes ingresados por fractura de cadera, ictus y conva-reh.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro T.O. en HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#457

### 1. TÍTULO

#### IDENTIFICACION DE LOS FACTORES PREDICTORES DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ANCIANOS QUE INGRESAN CON FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 04/07/2022

Nº de registro: 2022#457 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA

Título  
IDENTIFICACION DE LOS FACTORES PREDICTORES DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ANCIANOS QUE INGRESAN CON FRACTURA DE CADERA

Colaboradores/as:  
BORAO LAGUNA BEATRIZ  
CASTILLO GARCIA JULIA  
MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES  
MENEDEZ FERMIN GUILLERMO  
MESA LAMPRE MARIA PILAR  
MORENO MARTINEZ JUAN MILLAN  
ONIEVA ALBAÑIL ROCIO

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Vivimos en un entorno envejecido en el que la esperanza de vida es cada vez mayor, y esta tendencia, lejos de invertirse, se mantiene en todos los países europeos y occidentales. Ahora bien, una vez constatado que el tópico de "añadir años a la vida", es una realidad, tendremos que pensar en abordar la segunda parte del mismo, es decir, la de "añadir vida a los años". Y es ahí, donde la investigación sobre calidad de vida irrumpe de un modo absoluto.

El término calidad de vida es relativamente reciente. Aparece en torno a 1975 (Moreno y Ximénez, 1996), teniendo un gran desarrollo en los años ochenta; se originó principalmente en el campo de la Medicina, extendiéndose rápidamente al campo de la Psicología y la Sociología, desplazando a otros términos más difíciles de operativizar, como felicidad o bienestar. En su origen y desarrollo histórico, el concepto de calidad de vida ha estado muy relacionado con el de estos dos términos afines, y se ha caracterizado por su continua ampliación. Desde la idea inicial que lo vinculaba casi exclusivamente con el cuidado de la salud, hasta el actual centrado en la preocupación por la existencia del sujeto, su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud, pasando por la incorporación progresiva de dimensiones, como por ejemplo, el acceso a los bienes y servicios y los aspectos económicos.

Aunque el concepto de calidad de vida no es nuevo, es evidente que en las últimas décadas se ha popularizado, convirtiéndose en una idea central hacia la que se orientan la investigación, los servicios y los cuidados.

En nuestro centro a todos los pacientes se les realiza una valoración geriátrica integral que incluye valoración de esfera funcional, cognitiva y social. Dado que muchas de las patologías que motivan dicha valoración producen un empeoramiento en la calidad de vida, creemos conveniente valorar dicha pérdida a través de escalas estandarizadas

#### ÁREAS DE MEJORA

En nuestro centro a todos los pacientes se les realiza una valoración geriátrica integral que incluye valoración de esfera funcional, cognitiva y social. Dado que muchas de las patologías que motivan dicha valoración producen un empeoramiento en la calidad de vida, creemos conveniente valorar dicha pérdida a través de escalas estandarizadas

#### ANALISIS DE CAUSAS

En la valoración actual no se incluyen escalas de valoración de calidad de vida. escalas que orientan hacia los servicios y mejora de cuidados que debemos plantear en los pacientes que han sufrido fractura de cadera

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1) Identificar ( OBJETIVO principal) los factores predictores de la calidad de vida en los ancianos que ingresan con fractura de cadera: estado de salud, variables de tipo psicosocial, situación afectiva, pérdida de capacidad funcional, roles y autonomía y aspectos sociales.
- 2) Descubrir los factores que se asocian a puntuaciones bajas de las escalas de calidad de vida.
- 3) Valorar si el estado afectivo, el grado de discapacidad y los aspectos clínicos y sociales de la enfermedad en el anciano, tienen un alto valor predictivo de las puntuaciones obtenidas en dos escalas habitualmente utilizadas para medir la calidad de vida en el anciano (escala de Filadelfia y Cuestionario de Salud SF-36)
- 4) valorar de forma estandarizada si la RHB y la inclusión en el hospital de día geriátrico durante el ingreso y tras el alta hospitalaria mejora la calidad de vida de sus usuarios; analizando si el número de sesiones de

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#457

### 1. TÍTULO

#### IDENTIFICACION DE LOS FACTORES PREDICTORES DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ANCIANOS QUE INGRESAN CON FRACTURA DE CADERA

tratamiento, el índice de ganancia funcional y las consecuencias de la fractura de cadera influyen en la calidad de vida

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Determinación de criterios de inclusión y exclusión

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: todo el equipo

2. Revisión de bibliografía para elaboración del cuestionario

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: todo el equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. 1 .Porcentaje de pacientes con alto grado de satisfacción en la calidad de la comida

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes satisfechos con la calidad de la comida

Denominador .....: Número de pacientes ingresados en el servicio de geriatría

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Estudios servicio de geriatría

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. 2 .Porcentaje del grado de cumplimiento de los protocolos de Disfagia.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes con disfagia en los que se cumple el protocolo del hospital

Denominador .....: Número de pacientes con disfagia en los que se cumple el protocolo de hospital

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Estudios servicio de geriatría

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. 3 .Porcentaje de pacientes con factores de riesgo de desnutrición que precisan abordaje.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes en los que se detectan factores de riesgo nutricional que se abordan durante el ingreso

Denominador .....: Número de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Estudios servicio de geriatría

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. 4 .Porcentaje de pacientes que utilizan suplementos nutricionales y dietas completas en el ingreso

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes que utilizan nutrición enteral/par enteral adecuada durante el ingreso

Denominador .....: Número de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Estudios servicio de geriatría

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. 1. Porcentaje de pacientes ingresados con cribado nutricional por enfermería durante el ingreso

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes ingresados a los que se les realiza cribado de desnutrición

Denominador .....: Número de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Estudios servicio de geriatría

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#457

### 1. TÍTULO

#### IDENTIFICACION DE LOS FACTORES PREDICTORES DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ANCIANOS QUE INGRESAN CON FRACTURA DE CADERA

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

6. 2 .Recomendaciones nutricionales impartidas durante el ingreso

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes ingresados/cuidadores a los que se les han impartido recomendaciones nutricionales durante el ingreso

Denominador .....: Número de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Estudios servicio de geriatría

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> fractura de cadera

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#604

### 1. TÍTULO

#### DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD EN POBLACION MAYOR HOSPITALIZADA

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#604 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CANOVAS PAREJA MARIA CARMEN

Título  
DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD EN POBLACION MAYOR HOSPITALIZADA

Colaboradores/as:  
CASTILLO GARCIA JULIA  
IBÁÑEZ BUENO BEATRIZ  
LABARI SANZ GENOVEVA  
MORA AZNAR MARIA  
ONIEVA ALBAÑIL ROCIO  
REBOLLAR TORRES ELENA  
SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Desnutrición es un problema de salud cuyo abordaje es prioritario en todos los niveles asistenciales, por su frecuencia y su repercusión en la calidad de vida de la población. En personas mayores, el abordaje nutricional es uno de los aspectos más importantes para la prevención de la fragilidad y la dependencia.

La Desnutrición relacionada con la enfermedad es una patología frecuente, que afecta en especial a una población vulnerable como son las personas mayores con elevada comorbilidad. La alta prevalencia en nuestro medio en pacientes con mal estado buco dental, enfermedades como la disfagia y patologías neurológicas como la demencia con frecuentes alteraciones de la conducta alimentaria, además de la polimedicación, favorecen su aparición.

En población anciana se estima que la prevalencia de desnutrición en la comunidad oscila entre un 5-8% en domicilios, un 50% en residencias y entre un 44% y un 65% en pacientes hospitalizados.

En Aragón, el Servicio de Estrategias, Formación y Uso Racional del Medicamento del Departamento de Sanidad, ha impulsado la elaboración de un Documento "Proceso de Atención a los pacientes con Desnutrición en Aragón", y cuyo objetivo se orienta hacia el diagnóstico precoz de la desnutrición y a su tratamiento. A raíz de este documento, el "Grupo de mejora en Disfagia y Nutrición" constituido en el año 2014 en nuestro hospital, ha impulsado diversas iniciativas y dado difusión de su contenido.

En el año 2020 se diseñó en el servicio de Geriatria un Proyecto de mejora cuyo objetivo era:

-Describir las características de los pacientes mayores hospitalizados y sus factores de riesgo de desnutrición.

-Conocer la prevalencia de la desnutrición en nuestro medio mediante el diagnóstico a través de métodos de evaluación que permiten el cribado y una valoración del estado nutricional del paciente. Identificar los instrumentos de valoración nutricional más eficaces en nuestra población.

-Implementar medidas de mejora para el abordaje en nuestra población.

Para ello se realizó un estudio descriptivo transversal que valoró a todos los pacientes hospitalizados en el servicio de geriatría del Hospital Nuestra Señora de Gracia, en dos meses (enero y febrero de 2020). Se incluyeron 73 pacientes con una edad media de 88 años (DE 6,15) con predominio femenino 73,2%. Un 30% tenía un índice de Barthel menor de 20 (dependencia severa).

Se recogieron antecedentes personales, datos bioquímicos, antropométricos, valoración ingestas, MNA (Mini Nutritional Assessment) y GLIM (Global Leadership Initiative in Malnutrition). Se concluyó que en nuestro medio, el MNA es un instrumento más eficaz que el GLIM para identificar a pacientes desnutridos (43,37%) o en riesgo de desnutrición (42%). Los resultados de marcadores bioquímicos (albumina) se vieron afectados por procesos agudos de enfermedad. La medida del perímetro de la pantorrilla fue mejor que el braquial en mujeres mayores. En la historia electrónica había ausencia del registro del peso reciente en un elevado porcentaje de los pacientes y las familias desconocían su peso habitual en un 75% de los casos.

En el año 2022, tras un periodo de inactividad motivado por la pandemia COVID, se pretende dar un nuevo impulso al grupo de trabajo con la incorporación de nuevos miembros y con el desarrollo de nuevos objetivos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora en el abordaje global de la desnutrición y riesgo de desnutrición en el servicio de Geriatria del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Abordaje insuficiente. Necesidad de nuevo impulso al Grupo de trabajo de Desnutrición. Ausencia de Comisión de Nutrición en nuestro hospital y necesidad de coordinación con nutricionista y Servicio de Endocrino de referencia del sector.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivos del proyecto:

-Renovación de cargos del Grupo de mejora en Disfagia y Nutrición. Colaboración con el servicio de Endocrino



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#604

### 1. TÍTULO

#### DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD EN POBLACION MAYOR HOSPITALIZADA

del Hospital Royo Villanova. Incorporación del nutricionista del sector.  
-Revisión del grado de satisfacción de los pacientes con las dietas. Evaluación de la calidad nutricional.  
-Revisión del grado de cumplimiento de los protocolos de Disfagia. Uso del test de volúmenes viscosidades.  
-Recomendaciones sobre otros factores de riesgo de Desnutrición: Estado bucodental, micosis orofaríngea, estreñimiento. Trastorno de conducta en dementes.  
-Implicación de enfermería en la detección de pacientes desnutridos o en riesgo. Realización durante el ingreso del test MNA. Registro del peso.  
-Mejora del sistema de Registro de ingesta diaria de los pacientes. Estrategias de mejora.  
-Nutrición enteral y parenteral. Revisión de los suplementos nutricionales y Dietas completas con elaboración de un documento (Tríptico).  
-Sesión de divulgación. Aparición en la Intranet de los documentos elaborados.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Renovación de cargos del Grupo de mejora en Disfagia y Nutrición. Objetivos del grupo de mejora.

Fecha inicio: 16/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Carmen Canovas Pareja

2. Revisión del grado de satisfacción de los pacientes con las dietas.

Fecha inicio: 28/10/2022

Fecha final.: 27/10/2023

Responsable.: Carmen Canovas Pareja

3. Evaluación de la calidad nutricional de las dietas.

Fecha inicio: 30/11/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Genoveva Labari Sanz

4. Revisión del grado de cumplimiento de los protocolos de Disfagia. Uso test volúmenes viscosidades

Fecha inicio: 28/10/2022

Fecha final.: 27/10/2023

Responsable.: Genoveva Labari Sanz

5. Abordaje factores de riesgo de Desnutrición: Estado bucodental. Micosis. Estreñimiento. Trastorno de conducta en dementes.

Fecha inicio: 28/07/2022

Fecha final.: 27/10/2023

Responsable.: Ana Sanjoaquín Romero

6. Prevalencia de utilización de Nutrición enteral y parenteral. Revisión de los suplementos nutricionales con documento de referencia.

Fecha inicio: 27/10/2022

Fecha final.: 27/10/2023

Responsable.: Elena Rebollar Torres

7. Implicación de enfermería en la detección de pacientes desnutridos o en riesgo. Uso MNA y registro de peso.

Fecha inicio: 27/10/2022

Fecha final.: 29/03/2024

Responsable.: Carmen Cánovas Pareja

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. 1. Porcentaje de pacientes con alto grado de satisfacción en la calidad de la comida

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes satisfechos con la calidad de la comida

Denominador .....: Número de pacientes ingresados en el servicio de geriatría

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Estudios servicio de geriatría

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. 2. Porcentaje del grado de cumplimiento de los protocolos de Disfagia.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes con disfagia en los que se cumple el protocolo de hospital

Denominador .....: Número de pacientes con disfagia en los que se cumple el protocolo de hospital

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#604

### 1. TÍTULO

#### DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD EN POBLACION MAYOR HOSPITALIZADA

Fuentes de datos.: Estudios servicio de geriatría  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. 3. Porcentaje de pacientes con factores de riesgo de desnutrición que precisan abordaje.  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de pacientes en los que se detectan factores de riesgo nutricional que se abordan durante el ingreso  
Denominador .....: Número de pacientes ingresados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Estudios servicio de geriatría  
Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. 4. Porcentaje de pacientes que utilizan suplementos nutricionales y dietas completas en el ingreso  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de pacientes que utilizan nutrición enteral/parenteral adecuada durante el ingreso  
Denominador .....: Número de pacientes ingresados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Estudios servicio de geriatría  
Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. 1. Porcentaje de pacientes ingresados con cribado nutricional por enfermería durante el ingreso  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes ingresados a los que se les realiza cribado de desnutrición  
Denominador .....: Número de pacientes ingresados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Estudios servicio de geriatría  
Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

6. 2. Recomendaciones nutricionales impartidas durante el ingreso.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes ingresados/cuidadores a los que se les han impartido recomendaciones nutricionales durante el ingreso  
Denominador .....: Número de pacientes ingresados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Estudios servicio de geriatría  
Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#668

### 1. TÍTULO

#### **PACIENTES CANDIDATOS A IMPLANTE PERCUTANEO TRANSCATETER DE VALVULA AORTICA (PRETAVI) EN EL SECTOR I. EVALUACION-SEGUIMIENTO-FLUJOGRAMA**

Fecha de entrada: 16/07/2022

Nº de registro: 2022#668 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DOMINGO SANCHEZ M.ª DOLORES

Título  
PACIENTES CANDIDATOS A IMPLANTE PERCUTANEO TRANSCATETER DE VALVULA AORTICA (PRETAVI) EN EL SECTOR I. EVALUACION-SEGUIMIENTO-FLUJOGRAMA

Colaboradores/as:  
AVILA ROSALES KATIA JACQUELINE  
CONDON MARTINEZ RAQUEL  
DOZ ARCAS MIRANDA  
MONTOYA ARENAS JOSE JHONATAN  
PEREZ BERASATEGUI OSCAR

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 1\*HOSPITAL ROYO VILLANOVA\*CARDIOLOGÍA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La estenosis aórtica degenerativa (EAO) es la valvulopatía más frecuente en nuestro medio, con prevalencia del 15% en mayores de 85 años. Según las Guías de práctica clínica europeas (ESC) o americanas (AHA) el implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) es el tratamiento indicado (indicación clase I con nivel de evidencia B) en pacientes con EAO severa sintomática de un riesgo quirúrgico inaceptable con una expectativa de vida superior al año y una recomendación clase II con nivel de evidencia B para pacientes alto riesgo quirúrgico (STS/EuroSCORE II =4% ó EuroSCORE I =10%)

En Aragón desde 2012 se realizan implante de TAVI en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS).

La evaluación pre-TAVI se ha convertido en un punto crítico de la selección de pacientes. Se trata de una evaluación compleja y multidisciplinar en la que hay que determinar:

1. Diagnóstico certero de estenosis aórtica degenerativa severa sintomática, dimensiones del anillo de la válvula aórtica, de la anatomía de la raíz de la aorta y de la anatomía coronaria para elegir el modelo y el tamaño de la prótesis. Evaluación de la anatomía vascular periférica, para decidir la vía de acceso y definir la factibilidad técnica de TAVI. Determinar categorías de riesgo en TAVI

2. Selección de pacientes candidatos a TAVI:

- debido a la presencia de comorbilidades, fragilidad

- realización de valoración funcional, mental, nutricional, pronóstica del paciente y calidad de vida tras TAVI.

Tras la valoración y detección de diversos problemas se habrá de realizar intervención en algunos casos desde un punto de vista multidisciplinar: nutricional, pre-habilitador, cardiológico, geriátrico con el fin de mejorar la situación del paciente ante la cirugía cardíaca programada

#### ÁREAS DE MEJORA

La creación de un flujograma de evaluación pre-TAVI permitiría:

1. Centralizar a los pacientes candidatos a TAVI del sector I
2. Centralizar la solicitud y recepción de pacientes para valoración pre-TAVI
3. Intervención nutricional en los pacientes que lo precisen
4. Intervención de pre-habilitación en los pacientes que lo precisen
5. Seguimiento clínico del paciente
6. Discusión en equipo de qué pacientes se beneficiaría de un abordaje más conservador
7. Determinar categorías de riesgo en TAVI

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desde el año 2016 se vienen realizando valoraciones pre-TAVI en consultas externas Geriátrica del HNSG del Sector I detectando las siguientes dificultades en la asistencia a los pacientes candidatos a TAVI:

1. Dispersión en la solicitud, citación de valoración de pacientes a consultas externas de Geriátrica para implante TAVI
2. Inclusión en la valoración de pacientes no considerados geriátricos
3. Posibilidad de pre-habilitación de pacientes previa a la cirugía
4. Posibilidad de intervención nutricional previa a cirugía.
5. Posibilidad de reevaluar pacientes en los que se detecta diagnósticos nuevos y se realiza intervención en la consultas externas de geriatría.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Centralizar a los pacientes candidatos a TAVI del Sector I de SALUD
2. Realizar una evaluación pre TAVI homogénea, integral evitando duplicidad de pruebas.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#668

### 1. TÍTULO

#### **PACIENTES CANDIDATOS A IMPLANTE PERCUTANEO TRANSCATETER DE VALVULA AORTICA (PRETAVI) EN EL SECTOR I. EVALUACION-SEGUIMIENTO-FLUJOGRAMA**

3. Asegurar a los pacientes criterios uniformes y consensuados con unidad de referencia de selección o rechazo para TAVI (beneficio clínico y factibilidad técnica)
4. Establecer circuito de intervención nutricional (Endocrinología)
5. Establecer circuito de intervención de pre-habilitación (Rehabilitación)
6. Establecer criterios de futilidad de TAVI.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1. El paciente candidato a TAVI sería reevaluado en la consulta.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Dr. MONTOYA

2. 2. Evaluación del riesgo Funcional-Geriátrico y comorbilidad orgánica  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Dra. DOMINGO

3. Realización CT preTAVI. Desde Cardiología  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Dr. MONTOYA

4. Inclusión en programa de TAVI  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Dr. MONTOYA/ Dra. DOMINGO

5. Discusión de casos que se beneficiarían de un abordaje terapéutico más conservador y seguimiento de los mismos  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Dr. MONTOYA/ Dra. DOMINGO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. VALORACIÓN CARDIOLOGICA DE ESTENOSIS AÓRTICA  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador ..... Pacientes derivados a Geriatría para valoración Pre-TAVI  
Denominador ..... Pacientes diagnosticados de estenosis aórtica en cardiología  
x(1-100-1000) ... 100  
Fuentes de datos.: Historia electrónica  
Est.Mín.1ª Mem .. 60.00  
Est.Máx.1ª Mem .. 90.00  
Est.Mín.2ª Mem .. 80.00  
Est.Máx.2ª Mem .. 95.00

2. VALORACIÓN TAVI  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador ..... Pacientes rechazados para implante TAVI por estudio incompleto  
Denominador ..... Pacientes derivados para implante TAVI  
x(1-100-1000) ... 100  
Fuentes de datos.: Historia electrónica  
Est.Mín.1ª Mem .. 20.00  
Est.Máx.1ª Mem .. 40.00  
Est.Mín.2ª Mem .. 10.00  
Est.Máx.2ª Mem .. 30.00

3. VALORACIÓN TAVI  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador ..... Pacientes rechazados para implante TAVI por futilidad  
Denominador ..... Pacientes derivados para implante TAVI  
x(1-100-1000) ... 100  
Fuentes de datos.: Historia electrónica  
Est.Mín.1ª Mem .. 20.00  
Est.Máx.1ª Mem .. 40.00  
Est.Mín.2ª Mem .. 10.00  
Est.Máx.2ª Mem .. 30.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#668

### 1. TÍTULO

#### **PACIENTES CANDIDATOS A IMPLANTE PERCUTANEO TRANSCATETER DE VALVULA AORTICA (PRETAVI) EN EL SECTOR I. EVALUACION-SEGUIMIENTO-FLUJOGRAMA**

##### 4. VALORACIÓN TAVI

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Paciente en los que se realiza discusión de caso  
Denominador .....: Pacientes derivados a Geriátría para valoración Pre-TAVI  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Historia electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1010

### 1. TÍTULO

#### **GARANTIZAR EL DESCANSO NOCTURNO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HNSG, ACTUANDO EN EL ENTORNO HOSPITALARIO**

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#1010 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANJUAN BARCELONA MARIA VICTORIA

Título  
GARANTIZAR EL DESCANSO NOCTURNO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HNSG, ACTUANDO EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

Colaboradores/as:  
ANDRES GARCIA MARTA  
DOMINGUEZ PINILLA CLARA  
GOMEZ GALARDON NEREA  
GRACIA MARTINEZ SILVIA  
HERNANDEZ GARCES DEMETRIA  
ROMERO BELENCHON DAVID  
SALDAÑA MILLAN MARTA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Enfermería considera el descanso como proceso de vital importancia dentro del concepto salud-enfermedad. Muchos de los pacientes ingresados en el hospital sufren alteraciones del sueño. Son muchos los factores que influyen en su descanso; sus propias patologías o estado de salud (físico-psicológico-social), el tratamiento farmacológico (tipo, horarios de administración, etc), el entorno físico (luces, ruidos, colchones, horarios, etc), el entorno familiar, o el hecho de compartir habitación con otra persona desconocida, etc. A esto sumamos los marcadores de riesgo, destacando la edad y su relación con las alteraciones del sueño-vigilia.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actividades encaminadas a la mejora del patrón del sueño; mediante la modificación o corrección de los hábitos y factores que afectan negativamente al descanso de los pacientes y promocionando o fomentando las buenas prácticas respecto al descanso

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Las personas mayores tienden a dormirse antes y despertarse pronto y toleran peor los cambios del ciclo sueño-vigilia. La siesta, aunque puede compensar la disminución nocturna, también puede contribuir a la dificultad para dormir por la noche.
- Analizar los factores que afectan/influyen en el descanso del paciente:
  - o Enfermedad:
  - o Organización de las tareas:
  - o Estructura/dotación
  - o Ambiente
  - o Social/familiar
  - o Personal

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Objetivo General:
- Mejorar el descanso y la calidad del sueño de los pacientes.

#### Objetivos Específicos:

- Favorecer la estancia hospitalaria mediante el compromiso entre enfermeras y otros profesionales de la salud para modificar los factores (anteriormente mencionados) que influyen/afectan negativamente en el descanso de los pacientes.
- Concienciar a los profesionales sobre la repercusión que tienen las alteraciones del sueño en la salud y calidad de vida de los pacientes.
- Ofrecer a los profesionales sanitarios información-formación sobre las medidas que han de llevarse a cabo para hacer una correcta higiene del sueño (charlas, cursos, trípticos, carteles, etc.).
- Prevenir/Evitar Síndrome Confusional (asociado a un mal descanso nocturno). Prevenir/Evitar sobrecarga del cuidador.
- Implicar a los familiares/cuidadores de los pacientes, pidiendo su colaboración y ofreciéndoles información-formación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recogida de datos sobre el sueño nocturno, con una muestra de 100 pacientes ingresados un mínimo de seis días en nuestra unidad, utilizando la Escala de Likert al principio y fin del proyecto.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1010

### 1. TÍTULO

#### GARANTIZAR EL DESCANSO NOCTURNO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HNSG, ACTUANDO EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

Fecha inicio: 15/08/2022  
Fecha final.: 15/07/2023  
Responsable.: EQUIPO

2. Realizar al menos tres sesiones informativas con los profesionales sanitarios, con el fin de coordinar la implantación efectiva del proyecto.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 03/11/2022  
Responsable.: María Victoria Sanjuan

3. • Encuesta al inicio y final del proyecto:  
o Pacientes ingresados en nuestra unidades/acompañantes  
o Personal sanitario de la unidad

Fecha inicio: 15/08/2022  
Fecha final.: 15/07/2023  
Responsable.: EQUIPO

4. Hacer un folleto informativo y carteles publicitarios.

Fecha inicio: 20/10/2022  
Fecha final.: 15/11/2022  
Responsable.: SILVIA GRACIA Y MARIA VICTORIA SANJUAN

5. Facilitar material de entretenimiento para paciente y familiares

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/10/2022  
Responsable.: EQUIPO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizarán actividades que impliquen a todos los profesionales sanitarios de nuestra unidad, encaminadas a la mejora del patrón del sueño, mediante la modificación o corrección de los hábitos y factores que afectan negativamente al descanso de los pacientes y promocionando o fomentando las buenas prácticas respecto al descanso.

Algunas de ellas serían:

- Disminuir los ruidos producidos por los profesionales; evitar hablar en las habitaciones o en su entorno. Evitar los desplazamientos de aparataje durante la noche.
- Adoptar medidas de aplicación directa al paciente para que concilie mejor el sueño; como realizar estiramiento de sábanas, dar la vuelta a la almohada, evitar pañales húmedos.
- Adoptar medidas ambientales; mejorar la iluminación y tener en cuenta las preferencias de los pacientes al respecto.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Encuesta al inicio y final del proyecto:

Paciente/acompañante.  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número pacientes/acompañantes que realizan la encuesta  
Denominador .....: Número de pacientes de la Unidad de GER  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: TABLA DE REGISTRO  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

2. Encuesta al inicio y final del proyecto:

Personal Sanitario.  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de personal Sanitario que realizan la encuesta  
Denominador .....: Número de pacientes y trabajadores de la Unidad de GER  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: TABLA DE REGISTRO  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

3. Resultados de la valoración realizada al principio y final del proyecto sobre el sueño/descanso.

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de pacientes seleccionados que cumplen los requisitos de estancia.  
Denominador .....: 100 pacientes.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1010

### 1. TÍTULO

#### **GARANTIZAR EL DESCANSO NOCTURNO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HNSG, ACTUANDO EN EL ENTORNO HOSPITALARIO**

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: TABLA DE REGISTRO  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> TODAS LAS PATOLOGÍAS

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#748

### 1. TÍTULO

#### INTERDISCIPLINARIDAD: GERIATRÍA Y RADIOTERAPIA ONCOLOGICA EN EL ABORDAJE DEL CANCER DE RECTO

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#748 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GAMBOA HUARTE BEATRIZ

Título  
INTERDISCIPLINARIDAD: GERIATRÍA Y RADIOTERAPIA ONCOLOGICA EN EL ABORDAJE DEL CANCER DE RECTO

Colaboradores/as:  
BLASCO JIMENEZ ANTONIO  
IBÁÑEZ CARRERAS MARIA REYES  
LANZUELA VALERO MANUELA  
MENDEZ BALDEON ROMIK LETICIA  
PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL  
RODRIGUEZ OSTO NATALIA  
SANCHEZ ASO ANA LYDIA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El cáncer colorectal (CCR) ocupa el segundo lugar en incidencia tras el cáncer de pulmón (OMS). Tiene una relación estrecha con la edad ya que el 60% de los paciente tienen más de 70 años. El cáncer rectal afecta predominantemente a mayores de 70 años con un pico de incidencia a los 80-85 años. Las opciones terapéuticas incluyen cirugía, quimioterapia y radioterapia. En la localización rectal el objetivo del tratamiento incluye preservar la función del esfínter anal. Una correcta Valoración Geriátrica Integral, incluyendo aspectos nutricionales, ha demostrado mejorar el pronóstico del CCR en los pacientes ancianos. Únicamente criterios basados en la edad avanzada no pueden excluir a estos pacientes de terapias aplicadas a pacientes más jóvenes. En general la edad per se aumenta el riesgo quirúrgico. Pero también hay que considerar que los cribados tienen una limitación etaria en su implantación por lo que muchas veces el diagnóstico se retrasa y está asociado a cuadros obstructivos que obligan a cirugías urgentes. Balducci plantea 3 preguntas antes de elegir el tratamiento: el paciente morirá con cáncer o del cáncer, puede afrontar el estrés del tratamiento quimioterápico y vamos a proporcionar más beneficio que daños

#### ÁREAS DE MEJORA

La VGI proporciona más acierto en el diagnóstico de fragilidad que el simple juicio clínico. Incluye aspectos como polifarmacia, fragilidad, estado funcional y nutricional, capacitación cognitiva y comorbilidad. Con toda la información podemos establecer indicaciones de intervención nutricional o prehabilitación funcional. También conocer la calidad de vida del paciente y fomentar la elaboración de planes de cuidados según las preferencias del paciente (documento de voluntades anticipadas).

A pesar de la alta prevalencia del cáncer colorectal en ancianos y su peor pronóstico, no se cuenta con con suficiencia evidencia científica para tratar esta patología en este grupo de población, ya que los ensayos clínicos con frecuencia excluyen a personas mayores. Todavía nos falta evidencia sobre las pautas de radioterapia en ancianos, ya que en algunos trabajos retrospectivos muestran similar tolerancia que los jóvenes mientras que en otros precisan reducción de dosis, interrupción o finalización precoz del tratamiento. En el paciente robusto (no frágil) con criterios de neoadyuvancia con quimiorradioterapia, se intenta aplicar el protocolo completo, aunque posteriormente requiera ajustes de dosis para intentar llegar al final del tratamiento. Se puede reducir la toxicidad de la radioterapia modulando su intensidad. La radioterapia de contacto endocavitaria para los estadios T1 y T2 en cáncer de recto medio y distal se asocia con morbilidad tardía mínima y control de la enfermedad a largo plazo superior al 80% Otra opción es la braquiterapia intraluminal con hasta el 29% de respuestas completas

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El principal objetivo de la VGI es guiar las intervenciones y participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento oncológico, a elegir el tratamiento oncológico evaluando riesgo beneficio de cada intervención. Nos proponemos incorporar la ayuda de la valoración geriátrica integral en pacientes con cáncer de recto. Mediremos las modificaciones en el fraccionamiento en función de la VGI y los cambios de intencionalidad del tratamiento radioterápico en cáncer de recto

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Incorporar la Valoración Geriátrica en la toma de decisiones terapéuticas en el cáncer rectal del paciente anciano diagnosticado en el Sector 1 y susceptible de radioterapia.
- Posibilitar la desprescripción.
- Prevención secundaria de fragilidad, deterioro funcional y desnutrición.
- Adecuación de la pauta de tratamiento radioterápico según resultados de la VGI.
- Seguimiento clínico en consultas externas: medición de resultados

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#748

### 1. TÍTULO

#### INTERDISCIPLINARIDAD: GERIATRÍA Y RADIOTERAPIA ONCOLOGICA EN EL ABORDAJE DEL CANCER DE RECTO

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Apertura de un correo electrónico para la recepción de las solicitudes remitidas desde la Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón (UCMORA)  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Beatriz Gamboa Huarte
  2. Adecuación de la agenda de consultas externas de la Dra Gamboa  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Antonio Blasco Jiménez
  3. Realización de una VGI con la emisión del correspondiente informe que quedará incorporado a la HCE del paciente  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Beatriz Gamboa Huarte
  4. Plan de intervención terapéutico y gestión de recursos  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Manuela Lanzuela Valero
  5. Seguimiento clínico  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Beatriz Gamboa Huarte
- \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Tiempo transcurrido entre solicitud vía mail x UCMORA y respuesta de Sº de Geriatria con citación  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Indicador de tiempo  
Denominador .....: Indicador de tiempo  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Admisión Geriatria  
Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00
2. Porcentaje de pacientes en seguimiento tras valoración por el Servicio de Geriatria  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Total de pacientes revisados en CE de Geriatria  
Denominador .....: Total de pacientes valorados de Cáncer de recto  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio de Geriatria  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00
3. Modificación de las pautas del tipo de tratamiento según los resultados de la VGI  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Total de pacientes con modificación del tratamiento según resultados de la VGI  
Denominador .....: Total de pacientes valorados de cáncer de recto  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: UCMORA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00
4. Incorporación a los informes clínicos de la VGI realizada  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de informes de primera visita en CE de radioterapia que incluyen la VGI realizada al paciente  
Denominador .....: Total de pacientes con cáncer de recto con VGI

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#748

### 1. TÍTULO

#### INTERDISCIPLINARIDAD: GERIATRÍA Y RADIOTERAPIA ONCOLOGICA EN EL ABORDAJE DEL CANCER DE RECTO

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: UCMORA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#809

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLIZACION DE LA DOCUMENTACION DE INGRESO, VALORACION, REGISTROS Y ALTA DE HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG)

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#809 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
PEREZ BERASATEGUI OSCAR

Título  
PROTOCOLIZACION DE LA DOCUMENTACION DE INGRESO, VALORACION, REGISTROS Y ALTA DE HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG)

Colaboradores/as:  
DOMINGO SANCHEZ M.ª DOLORES  
GASPAR RUZ MARIA LUISA  
MARTINEZ NAVARRO RAQUEL

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: HOSPITAL DE DIA GERIÁTRICO

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Durante la práctica clínica diaria detectamos como equipo la necesidad de mejorar los procesos de recogida y tratamiento de los datos de los usuarios, y la de unificar y dar imagen corporativa a las valoraciones que se les realizan así como toda la información escrita que se les entrega (ingreso-alta) en HDG:

- Valoración geriátrica integral
  - Documento de acogida
  - Formato para valoración T.O.
  - Información que se le entrega al paciente durante el ingreso y al alta sobre prevención de caídas, estimulación cognitiva, movilización de miembro superior en patología cerebro vascular, ayudas técnicas...
- Del mismo modo vemos necesaria una mejora a través de una Informatización de libro asistencial de enfermería, de procesos administrativos y de intendencia del recurso

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Formato de valoración geriátrica integral, del cual esperamos sea más acorde a la tipología de paciente que atendemos y orientado en sus ítems a nuestra sistemática de trabajo.
2. Formato de valoración de T.O con la intención de mejorar la evaluación y adaptarla a la sistemática de trabajo.
3. Documento de acogida en forma de tríptico para mantener la imagen corporativa del centro mejorando su contenido.
4. Documentación que se entrega a los usuarios, en la que se va a intervenir para que su aspecto sea unificado.
5. Manual de trabajo para el personal de Enfermería que permita una rápida inmersión a los nuevos trabajadores en el recurso

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Disponemos de un formato de valoración anacrónico que no se ha adaptado a la dinámica del recurso.
2. Formato de valoración de largo recorrido en este recurso pero que precisa actualización.
3. Documento de acogida desactualizado por falta de renovación.
4. Diversos orígenes y momentos de la creación o acopio de documentación supone un estilo no unificado.
5. Inexistencia del manual por no haberse nunca realizado.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la valoración geriátrica integral mediante un nuevo formato con escalas estandarizadas orientadas a la valoración y estudio de la sarcopenia.
- Lograr un registro de T.O. que refleje de forma más objetiva la evolución y logros funcionales del usuario, minimizando las observaciones subjetivas y aumentando las valoraciones estandarizadas. En este momento realizamos escalas más actualizadas y precisas que no quedan reflejadas en el registro actual.
- Conseguir un documento de acogida mejora en forma y contenido ya que en este momento está desactualizado y necesita completar información. Pretendemos facilitar el contacto de los cuidadores y familiares con el equipo de HDG para poder ampliar información en cualquier momento sobre la evolución, cuidados y refuerzo que se debe dar al usuario desde el domicilio.
- Conseguir la informatización de los documentos y tareas de gestión administrativa que realiza enfermería de forma manual y en formato papel, para simplificación de procesos.
- Disponer de folletos informativos y de promoción de la salud con imagen corporativa unificada y con los logotipos de la Institución para sustituir el material que se viene entregando ofreciendo una imagen institucional unificada con otros servicios.
- Disponer de un manual de trabajo de enfermería para nuevos profesionales que se incorporan al servicio.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#809

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLIZACION DE LA DOCUMENTACION DE INGRESO, VALORACION, REGISTROS Y ALTA DE HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaborar un formato para valoración geriátrica con escalas estandarizadas y orientado al estudio de sarcopenia, que permita una valoración del usuario tanto al ingreso como al alta en el recurso.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/05/2023

Responsable.: M.DOLORES DOMINGO SÁNCHEZ, RAQUEL MARTINEZ NAVARRO, M.LUISA GASPAR RUZ y ÓSCAR PÉREZ BERASATEGUI

2. Actualizar el documento empleado para valoración y seguimiento del usuario por parte de T.O. por otro que resulte más funcional, sencillo y que incorpore todas las escalas que usamos habitualmente.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/05/2023

Responsable.: RAQUEL MARTINEZ NAVARRO y M. LUISA GASPAR RUZ

3. Elaborar un documento de acogida en forma de tríptico que recoja las normas de HDG, contacto, breve explicación del funcionamiento del recurso, presentación del equipo multidisciplinar...

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/05/2023

Responsable.: M.DOLORES DOMINGO SÁNCHEZ, RAQUEL MARTINEZ NAVARRO, M.LUISA GASPAR RUZ y ÓSCAR PÉREZ BERASATEGUI

4. Informatizar procesos de trabajo de enfermería y de intendencia del servicio evitando duplicidades y minimizando el uso del papel.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/05/2023

Responsable.: ÓSCAR PÉREZ BERASATEGUI

5. Realizar manual de trabajo para el personal de Enfermería que se incorpore a la plantilla.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/05/2023

Responsable.: ÓSCAR PÉREZ BERASATEGUI

6. Elaborar documentos informativos y de promoción de la salud para que los usuarios den continuidad a las actividades y dinámicas de trabajo en domicilio y que tengan un formato unificado.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/05/2023

Responsable.: RAQUEL MARTINEZ NAVARRO, M.LUISA GASPAR RUZ y ÓSCAR PÉREZ BERASATEGUI

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de valoraciones para ingreso con el nuevo formato de valoración geriátrica

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de valoraciones para ingreso con el nuevo formato de valoración geriátrica

Denominador .....: número total de pacientes valorados para el recurso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos SPSS, Registros en HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. % de valoraciones para ingreso con el nuevo formato de valoración de T.O

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de valoraciones para ingreso con el nuevo formato de valoración de T.O

Denominador .....: número total de pacientes valorados para el recurso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros de T.O en HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

3. % de pacientes ingresados a los que se les entrega documento de acogida

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de pacientes a los que se les entrega el documento de acogida

Denominador .....: número total de pacientes que ingresan en el recurso

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#809

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLIZACION DE LA DOCUMENTACION DE INGRESO, VALORACION, REGISTROS Y ALTA DE HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG)

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros de Enfermería en HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % de pacientes que al alta se les entrega documentación de continuidad de cuidados.  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: número de pacientes ingresados que al alta se les entrega documentación de continuidad de cuidados.  
Denominador .....: % de pacientes dados de alta en HDG.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros: HCE, Programa de gestión HCDOO-ORA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Grandes Síndromes Geriátricos, Sarcopenia. Enfermedades Neurológicas, Traumatismos y fracturas, Desacondicionamiento Hospitalario... Etc...

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#145

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN CHECKLIST PARA LA REVISION DEL CARRO DE PARADAS EN LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 16/06/2022

Nº de registro: 2022#145 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DE TERA MUÑOZ MONTSERRAT

Título  
IMPLANTACION DE UN CHECKLIST PARA LA REVISION DEL CARRO DE PARADAS EN LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Colaboradores/as:  
ADAME ALQUEZAR OLGA MARIA  
ANDALUZ FUNCIA MARIA TERESA  
ANDOLZ HORNO MARTA  
FRANCO JIMENEZ LORENA  
GARCIA ENA CARMEN MARIA  
LETOSA BOLEA VICTORIA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La parada cardiorrespiratoria (PCR), intrahospitalaria tiene una incidencia de entre el 0,4 y el 2% de los pacientes ingresados, se estima que en España, extrapolando datos de nuestro entorno, se producen una 18000 PCR al año, siendo por tanto, un importante problema de Salud Pública.  
El carro de paradas es un elemento fundamental como apoyo de una RCP avanzada donde la medicación y material debe estar correctamente colocado y revisado para que su uso durante una parada sea lo más ágil posible, por ello es de vital importancia que esté revisado periódicamente por el personal que lo va a utilizar (enfermería y tcae) para que se encuentre en perfecto estado de uso y sirva de recordatorio al personal para una actuación rápida y eficaz en caso de parada.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualmente en la planta ya cuenta con un sistema de revisión del carro de paradas mediante un listado que enumera el contenido de cada cajón del carro sin una casilla de verificación; una hoja donde se apuntan las observaciones de la revisión y otra hoja donde se anota quien lo revisa y nº de sello que cierra el carro.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Creemos que un listado de verificación (checklist) mejoraría el sistema de revisión del carro, ya que se ha demostrado su eficacia tanto en la correcta ejecución de determinadas actividades como en la prevención de errores debido a que sirven para sistematizar las acciones y además son un recordatorio de las mismas.  
Además de quedar constancia de todo lo que se revisa, queremos dejar registrada la fecha más próxima de caducidad de cada medicación para una revisión más ágil y eficaz.  
Por lo tanto mediante la implantación de un checklist para la revisión del carro de paradas, además de revisar y dejar constancia mediante casilla de verificación la falta de material o material/medicación en mal estado, mejoraremos la seguridad y calidad de su revisión.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- o La hoja de verificación permitirá revisar de forma sistematizada periódicamente el carro de paradas, implicando a todo el personal relacionado con la atención.
- o Implantación de una herramienta efectiva que haga una revisión más rápida de las fechas de caducidades de la medicación.
- o Favorecer el trabajo en equipo, mejorando la coordinación del personal en caso de paradas, familiarizándonos con el material y su lugar en el carro, normalizando su uso, ya que su uso va a ser en ocasiones excepcionales y su revisión en equipo va a hacer que la actuación sea más ágil y eficaz.
- o Garantizar una asistencia de calidad al paciente que sufre una parada.
- o Mejorar la efectividad y eficiencia tanto de recursos humanos como materiales.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación del equipo y redacción de propuesta del proyecto de calidad.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 16/06/2022

Responsable.: Montserrat de Tera Muñoz y Marta Andolz Horno

2. Elaboración del Checklist

Fecha inicio: 17/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Todo el equipo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#145

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN CHECKLIST PARA LA REVISION DEL CARRO DE PARADAS EN LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

3. Realizar una hoja informativa para el personal de cómo rellenar el checklist y adjuntarla en un clasificador de documentación donde se encuentra el Checklist.

Fecha inicio: 27/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Teresa Andaluz Funcia y Lorena Franco Jimenez

4. Implantación y registro de la nueva hoja de verificación con supervisión en la cumplimentación y recogida de incidencias.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Todo el equipo

5. Evaluación de indicadores, análisis y propuesta de mejora.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Montserrat de Tera Muñoz y Carmen María García Ena

6. Implantación de mejoras en la hoja de verificación (Checklist)

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Todo el equipo

7. Memoria final del Proyecto de Calidad

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.:

Responsable.: Montserrat de Tera Muñoz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % Cumplimiento del Checklist (stock/caducidad)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de registros correctos del Checklist

Denominador .....: Total de registros del Checklist

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de verificación del Checklist

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % Incidencias detectadas en la revisión del carro de paradas (stock/caducidad)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de incidencias detectadas

Denominador .....: Total de registros del Checklist

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de verificación del Checklist

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % Firma de EFARMERO/A y TCAE responsable de la revisión y sellado correcto del carro de paradas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de registros correctos del Checklist

Denominador .....: Total de registros del Checklist

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de verificación del Checklist

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#145

### 1. TÍTULO

#### **IMPLANTACION DE UN CHECKLIST PARA LA REVISION DEL CARRO DE PARADAS EN LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA**

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes que precisen uso de carro de paradas en el servicio de Medicina Interna

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#749

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS DURANTE LA ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#749 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FERRER COLERA MARTA

Título  
MANEJO DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS DURANTE LA ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA

Colaboradores/as:  
FRANCO JIMENEZ LORENA  
LAFUENTE MORUGA BEGOÑA  
REYES MONCLUS PATRICIA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Servicio de Medicina Interna del Hospital Ntra. Sra. de Gracia maneja de forma permanente a pacientes que precisan alimentación enteral (NE) ya sea por sonda nasogástrica (SNG) o por gastrostomía percutánea (PEG). La forma de administración intermitente a modo de bolos es la más prescrita en nuestro servicio con los productos comerciales que disponemos en el hospital. Llevar un protocolo actualizado y la correcta manipulación del producto evitando la contaminación microbiana conllevan una disminución de las complicaciones asociadas a esta técnica y que podamos actuar para la prevención de las mismas.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Conocer producto de nutrición a utilizar y su correcta manipulación.
- Prevención y detección de complicaciones.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Variedad de producto, actualización en su uso.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Difusión del protocolo de administración de nutrición enteral al personal de la planta.
2. Informar de la importancia de la correcta manipulación del producto a utilizar.
3. Involucrar al personal en la prevención de complicaciones.
4. Establecer en el servicio un registro del procedimiento mediante un check-list.
5. Detección de errores y corrección de los mismos.
6. Aumentar la calidad asistencial en los pacientes que precisan este tratamiento.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

##### 1. Reparto de tareas.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 08/07/2022

Responsable.: MARTA FERRER CÓLERA, LORENA FRANCO JIMENEZ, BEGOÑA LAFUENTE MORUGA, PATRICIA REYES MONCLÚS

##### 2. Revisión del protocolo establecido en el Hospital Nuestra Sra. De Gracia.

Fecha inicio: 11/07/2022

Fecha final.: 15/07/2022

Responsable.: MARTA FERRER CÓLERA, LORENA FRANCO JIMENEZ, BEGOÑA LAFUENTE MORUGA, PATRICIA REYES MONCLÚS

##### 3. Revisión de la técnica utilizada en nuestro servicio valorando implementar medidas de mejora en los puntos que sea preciso.

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final.: 22/07/2022

Responsable.: MARTA FERRER CÓLERA, LORENA FRANCO JIMENEZ, BEGOÑA LAFUENTE MORUGA, PATRICIA REYES MONCLÚS

##### 4. Revisión del proceso de manipulación del producto comercial a utilizar siguiendo las indicaciones del fabricante: almacenaje y conservación del mismo.

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final.: 22/07/2022

Responsable.: MARTA FERRER CÓLERA, LORENA FRANCO JIMENEZ, BEGOÑA LAFUENTE MORUGA, PATRICIA REYES MONCLÚS

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#749

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS DURANTE LA ADMINISTRACION DE NUTRICION ENTERAL A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA

5. Elaboración de un check-list.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 08/09/2022

Responsable.: MARTA FERRER CÓLERA, LORENA FRANCO JIMENEZ, BEGOÑA LAFUENTE MORUGA, PATRICIA REYES MONCLÚS

6. - Reunión con supervisión del servicio de Medicina Interna para valoración de los datos obtenidos, plan de mejora y check-list a implantar.

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final: 12/09/2022

Responsable.: MARTA FERRER CÓLERA, LORENA FRANCO JIMENEZ, BEGOÑA LAFUENTE MORUGA, PATRICIA REYES MONCLÚS

7. Presentación al resto del personal de la planta, adopción de sugerencias acordadas con Supervisión.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final: 26/09/2022

Responsable.: MARTA FERRER CÓLERA, LORENA FRANCO JIMENEZ, BEGOÑA LAFUENTE MORUGA, PATRICIA REYES MONCLÚS

8. Implantación check-list.

Revisión de la medida implantada y detección de errores.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: MARTA FERRER CÓLERA, LORENA FRANCO JIMENEZ, BEGOÑA LAFUENTE MORUGA, PATRICIA REYES MONCLÚS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Importancia de la aplicación del protocolo de administración de NE instaurado en el hospital.

Conocer las indicaciones del fabricante del producto comercial.

Difusión de la importancia de evitar la contaminación microbiana para la prevención de complicaciones.

Implicación del personal de enfermería del servicio.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. - Indicador de representación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: - Número de check-list cumplimentados

Denominador .....: Número de administraciones de NE realizadas en nuestro servicio

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Recogida de datos de Terapias realizadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Evaluación de los errores detectados y corrección de los mismos.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#935

### 1. TÍTULO

#### ESTABLECIMIENTO DE CANAL DE COMUNICACION ENTRE PACIENTES Y/O FAMILIARES Y PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#935 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAFUENTE MORUGA BEGOÑA

Título  
ESTABLECIMIENTO DE CANAL DE COMUNICACION ENTRE PACIENTES Y/O FAMILIARES Y PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA

Colaboradores/as:  
FERRER COLERA MARTA  
REYES MONCLUS PATRICIA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En noviembre 2019 el Servicio de Medicina Interna del Hospital Ntra. Sra. de Gracia comenzó a distribuir a todos los pacientes ingresados un tríptico de acogida e información con el fin de aumentar la calidad asistencial de nuestros pacientes. Tras la evaluación de dicho proyecto en el que se incluían encuestas de valoración a pacientes y familiares, el personal encargado del mismo detectó que la mayoría de las aportaciones del usuario fueron quejas y/o sugerencias que no hubieran sido comunicadas al servicio durante su estancia si no se hubieran dispuesto dichas encuestas.

El Servicio de Medicina Interna de este hospital en aras de aumentar la calidad de los cuidados prestados al paciente y aumentar su satisfacción, desea establecer un canal de comunicación entre pacientes/ familiares y personal de dicho servicio. Asimismo, reconocemos que el medio debe ser accesible al paciente y dichas sugerencias factibles de asumir por el profesional y por el centro sanitario. Por ello, hemos elegido como medio la colocación de un buzón en el control del servicio en una zona accesible donde los usuarios puedan depositar sus aportaciones y la valoración de las mismas de forma mensual por parte de este grupo de trabajo para luego así reportarlas a supervisión, jefatura de Servicio y/o Dirección del centro según sea conveniente.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Conocer deficiencias y/o necesidades detectadas por el usuario del servicio de Medicina Interna.
- Aumentar la calidad asistencial percibida.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de canal de comunicación entre paciente, profesional y medio asistencial.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Aumentar el vínculo asistencial entre paciente y profesional.
2. Reunir información acerca de las carencias, quejas y sugerencias percibidas por el paciente y/o familiares.
3. Procesar dicha información y encauzarla por los canales debidos con el fin de aumentar la calidad asistencial.
4. Aumentar el grado de satisfacción del paciente en los servicios prestados durante su estancia en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Reparto de tareas

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 08/07/2022

Responsable.: BEGOÑA LAFUENTE MORUGA, PATRICIA REYES MONCLÚS, MARTA FERRER CÓLERA

#### 2. Revisión de documentación de otros servicios y hospitales y puesta en común de la información recogida.

Fecha inicio: 08/07/2022

Fecha final.: 22/07/2022

Responsable.: BEGOÑA LAFUENTE MORUGA, PATRICIA REYES MONCLÚS, MARTA FERRER CÓLERA

#### 3. Reunión con Supervisión y Jefatura del Servicio de Medicina Interna para acordar lugar de instalación y tratamiento de los datos obtenidos.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 03/08/2022

Responsable.: BEGOÑA LAFUENTE MORUGA, PATRICIA REYES MONCLÚS, MARTA FERRER CÓLERA

#### 4. Instalación del mismo, comienzo de recogida de datos.

Fecha inicio: 12/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#935

### 1. TÍTULO

#### ESTABLECIMIENTO DE CANAL DE COMUNICACION ENTRE PACIENTES Y/O FAMILIARES Y PERSONAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA

Fecha final.: 12/09/2022

Responsable.: BEGOÑA LAFUENTE MORUGA, PATRICIA REYES MONCLÚS, MARTA FERRER CÓLERA

5. Reunión mensual con clasificación y derivación de las sugerencias.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: BEGOÑA LAFUENTE MORUGA, PATRICIA REYES MONCLÚS, MARTA FERRER CÓLERA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. aportaciones de los pacientes y/o familiares del servicio en un periodo de tiempo determinado

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: - Número de aportaciones de los pacientes y/o familiares del servicio

Denominador .....: - Número de los pacientes y/o familiares del servicio en un periodo de tiempo determinado

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Documentación recogida en buzón

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 200.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 200.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes ingresados y familiares del Servicio de Medicina Interna del Hospital Ntra. Sra. De Gracia.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#777

### 1. TÍTULO

#### EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA PELVICA GINECOLOGICA CON OPCIONES A TRATAMIENTO QUIRURGICO

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#777 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BLASCO GIMENO MARIA CONCEPCION

Título  
EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA PELVICA GINECOLOGICA CON OPCIONES A TRATAMIENTO QUIRURGICO

Colaboradores/as:  
COTAINA GRACIA LAURA  
GALVE AGUDO BEATRIZ  
GAMBOA HUARTE BEATRIZ  
MENDEZ BALDEON ROMIK LETICIA  
MORLANES NAVARRO TERESA  
RODRIGUEZ OSTO NATALIA  
SANCHEZ ASO ANA LYDIA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Después de una evaluación dirigida, el cirujano ginecológico puede considerar la intervención quirúrgica para un diagnóstico adicional o tratamiento definitivo. La decisión de proceder con la cirugía en la anciana implica una consideración cuidadosa de los resultados de la enfermedad, el abordaje quirúrgico y la evaluación de la fragilidad. Aunque la edad avanzada es un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad quirúrgicas significativas, la edad por sí misma no debe impedir que una mujer se someta a una cirugía ginecológica indicada. La evaluación preoperatoria debe ser integral y útil para detectar posibles secuelas en el postoperatorio. Las indicaciones comunes para la cirugía en mujeres ancianas son (1) sangrado posmenopáusico, (2) cáncer de endometrio, (3) masas pélvicas sospechosas de cáncer de ovario, (4) precáncer o cáncer vulvar y (5) prolapso de órganos pélvicos. o incontinencia. Finalmente, para las mujeres que son candidatas quirúrgicas subóptimas para abordajes laparoscópicos/robóticos o de laparotomía, una histerectomía vaginal con salpingooforectomía bilateral puede ser suficiente para extirpar el sitio primario de la enfermedad. Dado que el cáncer de endometrio generalmente se encuentra en la etapa clínica I (85 % de los casos), la histerectomía con extracción de trompas y ovarios puede brindar un excelente control de la enfermedad.

Por el contrario, para el cáncer de ovario, la citorreducción quirúrgica inicial a través de una laparotomía con incisión en la línea media es el tratamiento estándar para la sospecha de enfermedad avanzada (etapas III y IV). La cirugía paliativa para la obstrucción intestinal es otra indicación común para el manejo quirúrgico, ya sea en el escenario inicial o recurrente. El objetivo de la citorreducción es la citorreducción hasta que no haya enfermedad residual macroscópica para permitir la supervivencia general más larga. La mayoría de los datos ginecológicos sobre la evaluación de la fragilidad se han realizado recientemente en el contexto de un diagnóstico de sospecha de cáncer de ovario epitelial avanzado. La fragilidad en la mujer mayor influiría en la decisión de continuar con la terapia neoadyuvante si existen factores potencialmente modificables que reducen el riesgo de morbilidad y mortalidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

La Valoración Geriátrica Integral proporciona más acierto en el diagnóstico de fragilidad que el simple juicio clínico. Incluye aspectos como polifarmacia, fragilidad, estado funcional y nutricional, capacitación cognitiva y comorbilidad. Con toda la información podemos establecer indicaciones de intervención nutricional o rehabilitación funcional. También conocer la calidad de vida del paciente y fomentar la elaboración de planes de cuidados según las preferencias del paciente (documento de voluntades anticipadas). La incorporación de la VGI a los procesos ginecológicos del área pélvica proporciona posibilidades de intervención previa con corrección de factores que empeoran resultados (anemia, enfermedades no diagnosticadas, inestabilidad de la comorbilidad, interacciones farmacológicas, aplicación de criterios BEERS) y detección de paciente con mayor riesgo de complicaciones perioperatorias que se beneficiarían de un seguimiento interdisciplinario compartido con el geriatra.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El principal objetivo de la VGI es guiar las intervenciones y participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento quirúrgico permitiendo elegir el tratamiento adecuado tras evaluar el riesgo/beneficio de cada intervención. Nos proponemos incorporar la ayuda de la valoración geriátrica integral en ancianas de 70 años o más con patología ginecológica pélvica (principalmente oncológica). Aunque muchos trabajos en otras patologías (fractura de cadera) demuestran que la incorporación del geriatra mejora los resultados de los procesos, intentaremos identificar, en un primer paso, los pacientes con más necesidad para ser seguidos intrahospitalariamente por Geriatria.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#777

### 1. TÍTULO

#### EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA PELVICA GINECOLOGICA CON OPCIONES A TRATAMIENTO QUIRURGICO

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Incorporar la Valoración Geriátrica en la toma de decisiones terapéuticas en la cirugía pélvica ginecológica de la anciana en el Sector 1.?
- Posibilitar la desprescripción y adecuación del tratamiento farmacológico (anticoagulantes).?
- Prevención secundaria de fragilidad, deterioro funcional y desnutrición.?
- Adecuación de la pauta de tratamiento quirúrgico según resultados de la VGI.
- Seguimiento clínico en consultas externas: medicación de resultados

##### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

###### 1. Diseño de circuito de derivación

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Pedro Rodriguez Abad

###### 2. Adecuación de la agenda de consultas externas de la Dra Gamboa

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Beatriz Gamboa Huarte

###### 3. Realización de una VGI con la emisión del correspondiente informe que quedará incorporado a la HCE del paciente

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Beatriz Gamboa Huarte

###### 4. Plan de intervención terapéutico y gestión de recursos

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Concepción Blasco Gimeno

###### 5. Seguimiento clínico

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Beatriz Gamboa Huarte

##### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

##### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

###### 1. Tiempo transcurrido entre solicitud y respuesta de So de Geriatria con citación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Indicador de tiempo

Denominador .....: Indicador de tiempo

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Geriatria

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

###### 2. Interconsultas emitidas por Ginecología para seguimiento hospitalario

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes que tiene interconsulta a Geriatria durante la hospitalización quirúrgica

Denominador .....: Total de pacientes intervenidos de cirugía pélvica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Geriatria/Ginecología

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

###### 3. Porcentaje de pacientes en seguimiento tras valoración por el Servicio de Geriatria

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Total de ancianas revisadas en CE de Geriatria

Denominador .....: Total de ancianas con valoración geriátrica integral preoperatoria

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Geriatria

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#777

### 1. TÍTULO

#### EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA PELVICA GINECOLOGICA CON OPCIONES A TRATAMIENTO QUIRURGICO

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

4. Modificación de las pautas del tipo de tratamiento según los resultados de la VGI  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Total de ancianas con modificación del tratamiento según resultados de la VGI  
Denominador .....: Total de ancianas con valoración geriátrica integral por patología pélvica valorados de cáncer de recto  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Ginecología  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

5. Incorporación a los informes clínicos de la VGI realizada  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de anotaciones de ginecología que incluyen la VGI realizada al paciente  
Denominador .....: Total de ancianas con patología pélvica con VGI  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Ginecología  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#43

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE VERIFICACION TELEFONICA POSTOPERATORIA DE CATARATAS DEL PROGRAMA ALTA RESOLUCION DE CIRUGIA DE CATARATA AMBULATORIA (ARCCA)

Fecha de entrada: 03/06/2022

Nº de registro: 2022#43 \*\* Continuidad asistencial: interconsulta virtual \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GIMENEZ CALVO GALADRIEL

Título  
PROTOCOLO DE VERIFICACION TELEFONICA POSTOPERATORIA DE CATARATAS DEL PROGRAMA ALTA RESOLUCION DE CIRUGIA DE CATARATA AMBULATORIA (ARCCA)

Colaboradores/as:  
GIL SANTA ENGRACIA SONIA  
PEREZ VELILLA JAVIER  
ALTEMIR GOMEZ IRENE  
BARTOL PUYAL FRANCISCO DE ASIS  
BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO  
HERNANDEZ VIAN RUBEN  
LAGUNAS ROZAS ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: OFTALMOLOGÍA

Línea estratégica: Continuidad asistencial: interconsulta virtual

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Unidad De Alta Resolución De Cirugía De Catarata Ambulatoria (ARCCA) se localiza en el Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, atendiendo a los pacientes de las áreas asistenciales del Hospital Miguel Servet, Royo Villanova y Nuestra Señora de Gracia. En los últimos años, se han incluido en este programa pacientes procedentes de otros centros hospitalarios de Aragón.

Esta unidad se ha convertido en un programa pionero para poder alcanzar unos elevados estándares de calidad en su atención en la cirugía de catarata. El protocolo de visitas establecido es el siguiente: visita preoperatoria, intervención quirúrgica, visita postoperatoria al día siguiente, visita postoperatoria a la semana de la intervención y visita postoperatoria al mes de la intervención. Esto supone 5 visitas al centro hospitalario por parte del paciente. Un alto porcentaje de estos pacientes pertenecen a áreas de Huesca y Teruel.

Por este motivo, se propuso realizar el protocolo de llamadas telefónicas, para evitar al paciente el desplazamiento al hospital en la revisión de semana. A cambio, se procedería a realizar una llamada telefónica al paciente para responder a un cuestionario. Si en este cuestionario todos los ítems se responden adecuadamente el paciente no tendrá que asistir a la visita. En cualquier caso, si se registra una respuesta incorrecta o el paciente desea visita presencial se realizará la visita.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualmente el protocolo de visitas en la cirugía de cataratas establecido en ARCCA es el siguiente: visita preoperatoria, intervención quirúrgica, visita postoperatoria al día siguiente, visita postoperatoria a la semana de la intervención y visita postoperatoria al mes de la intervención. Esto supone 5 visitas al centro hospitalario por parte del paciente. Un alto porcentaje de estos pacientes pertenecen a áreas de Huesca y Teruel. Se pretende evitar una visita al hospital a cambio de una atención segura y personalizada telefónica.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Según la guía de práctica clínica sobre cirugía de cataratas incluida en guiasalud y actualizada en el 2008, en relación al seguimiento tras la intervención, y basada en consenso de profesionales, recomienda que las revisiones postoperatorias se realicen a las 24 horas post-intervención por parte del oftalmólogo y se realice una revisión final alrededor de las cuatro semanas de intervención. En este sentido la revisión a la semana de la intervención sería evitable en la mayoría de los casos. Por este motivo se propone este sistema de llamada telefónica para evaluar si es posible que un porcentaje alto de pacientes eviten esta visita de una forma segura.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Estudiar el número de pacientes operados de cirugía de cataratas que no necesitan una revisión postoperatoria a la semana de la intervención quirúrgica durante los años 2020-2023. Así como su procedencia en el área de Aragón. Encontrar los motivos por los cuales los pacientes sí que acuden a esta visita. Aumentar la calidad de vida del paciente post-operado, evitando el desplazamiento al centro hospitalario manteniendo la calidad de la atención asistencial.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de una base de datos para registrar la actividad telefónica de la revisión de la semana post cirugía.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/03/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#43

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE VERIFICACION TELEFONICA POSTOPERATORIA DE CATARATAS DEL PROGRAMA ALTA RESOLUCION DE CIRUGIA DE CATARATA AMBULATORIA (ARCCA)

Responsable.: Galadriel Giménez Calvo

2. Análisis estadístico de los datos recogidos en los primeros 6 meses

Fecha inicio: 02/03/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Javier Pérez Velilla

3. Evaluación de resultados y estudio de implantación de esta visita telefónica como mejora en el protocolo postoperatorio. Optimización de la encuesta telefónica con los resultados obtenidos.

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Ruben Hernandez Vian

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Los pacientes con un check-list correcto en la primera visita (al día siguiente tras la intervención), se les ofrecerá la realización de la siguiente visita por teléfono. Estos pacientes serán registrados en una base de datos donde se localizará el día y hora de la llamada pertinente. El día de la llamada tras localizar al paciente y realizarse el protocolo telefónico, se introducirán las respuestas en la base de datos, si el paciente acudirá o no a la visita y el motivo. Esta base de datos se analizará de forma mensual, anotando incidencias para próximas revisiones. El protocolo de llamada se establecerá en todas las consultas postoperatorias, para ello se realizará una charla explicativa a todos el personal sanitario del servicio, instruyendo como manejar a este paciente: inclusión y exclusión en el protocolo, como realizar la llamada y dónde registrarlo.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de pacientes en la encuesta telefónica

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes incluidos en el protocolo de llamada en el periodo analizado

Denominador .....: Número de pacientes intervenidos en el periodo analizado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos excel y servicio de admisión de HNSG

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Número de llamadas telefónicas respondidas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes que responden a la llamada telefónica

Denominador .....: Número de pacientes incluidos en el protocolo de llamada en el periodo analizado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos excel y servicio de admisión de HNSG

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Número de llamadas con check-list telefónico correcto

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con check-list correcto

Denominador .....: Número de pacientes que responden a la llamada telefónica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos excel y servicio de admisión de HNSG

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Número de llamadas con check-list telefónico correcto y aún así desean acudir a consulta

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de llamadas con check-list telefónico correcto y aún así desean acudir a consulta

Denominador .....: Número de pacientes con check-list correcto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos excel y servicio de admisión de HNSG

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Número de pacientes de fuera de Zaragoza (ciudad) que evitan la consulta presencial

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#43

### 1. TÍTULO

#### PROTOKOLO DE VERIFICACION TELEFONICA POSTOPERATORIA DE CATARATAS DEL PROGRAMA ALTA RESOLUCION DE CIRUGIA DE CATARATA AMBULATORIA (ARCCA)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de llamadas con check-list telefónico correcto y que no acuden a consulta presencial de fuera de Zaragoza (ciudad)  
Denominador .....: Número de llamadas con check-list telefónico correcto y que no acuden a consulta presencial x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos excel y servicio de admisión de HNSG  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del ojo y sus anexos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#54

### 1. TÍTULO

#### DETECCION, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INSUFICIENCIAS DE CONVERGENCIA EN POBLACION JOVEN

Fecha de entrada: 06/06/2022

Nº de registro: 2022#54 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
HERNANDEZ VIAN RUBEN

Título  
DETECCION, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INSUFICIENCIAS DE CONVERGENCIA EN POBLACION JOVEN

Colaboradores/as:  
BAZAN GIMENEZ PABLO  
GIMENEZ CALVO GALADRIEL  
ORDUNA HOSPITAL ELVIRA  
SANCHO REDONDO CARMEN  
SEGURA CALVO FRANCISCO JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: OFTALMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la actualidad se está detectando un aumento de las insuficiencias de convergencia generadas por la vida sedentaria, uso de pantallas y poca actividad al aire libre, sobre todo en la población joven. Este problema es generado debido a que los músculos extraoculares no pasan en repetidas ocasiones de estar en posición paralela u ortofórica (para mirar a una distancia lejana) a converger en visión próxima (por lo que los músculos nasales se deben contraer y los laterales relajar), quedando anclados a una distancia intermedia e impidiendo al paciente realizar tareas durante tiempo prolongado a una distancia más cercana. En muchas ocasiones generando un espasmo acomodativo, ya que la acomodación induce convergencia, y potenciando el problema con visión borrosa y cefaleas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Evitar que el paciente genere un espasmo acomodativo secundario a la insuficiencia de convergencia (cada día más frecuente) y así evitar las cefaleas, visión borrosa y el fracaso escolar en niños.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Insuficiencias de convergencia generadas por excesivo uso de pantallas y poca actividad al aire libre, haciendo que los músculos extraoculares apenas mantengan la posición paralela u ortofórica.  
Cefaleas y visión borrosa ocasionadas a consecuencia del esfuerzo mantenido para converger en visión próxima.  
Fracaso escolar a consecuencia de un bajo rendimiento por las dificultades visuales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Población de 8 a 45 años.  
Búsqueda del porcentaje de población que padece esta patología, cada día más frecuente en la población joven.  
Detección de la disfunción.  
Tratamiento mediante un protocolo de ejercicios diseñado por nuestro equipo, con el que se trata de enseñar al sistema visual a ser capaz de pasar de ortoforia a convergencia y viceversa.  
Evitar que el paciente genere un espasmo acomodativo secundario a la insuficiencia de convergencia (cada día más frecuente) y así evitar las cefaleas, visión borrosa y el fracaso escolar en niños.  
Educar a la población joven en higiene visual y concienciar de la importancia de la actividad al aire libre.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. A los pacientes en la primera visita se les realiza el siguiente examen oftalmo-optométrico:

Toma de agudeza visual.  
Graduación subjetiva sin cicloplejia.  
Examen optométrico binocular completo.  
Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Rubén Hernández Vián

2. Presión intraocular.  
Graduación bajo cicloplejia.  
Revisión de fondo de ojo.  
Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Carmen Sancho Redondo

3. Hoja de protocolo con los ejercicios visuales que tendrán que realizar durante el tiempo previsto.  
Revisión a los 3 meses para valorar la mejora del paciente.  
Fecha inicio: 01/01/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#54

### 1. TÍTULO

#### DETECCION, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE INSUFICIENCIAS DE CONVERGENCIA EN POBLACION JOVEN

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Rubén Hernández Vián

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Detección de la disfunción

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Población de 8 a 45 años que padecen insuficiencia de convergencia

Denominador .....: Pacientes de 8 a 45 años

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes remitidos a consultas de Oftalmología

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

##### 2. Tratamiento de la disfunción

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes de 8 a 45 años que respondieron satisfactoriamente al tratamiento de insuficiencia de convergencia

Denominador .....: Pacientes de 8 a 45 años que padecen insuficiencia de convergencia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes remitidos a consultas de Oftalmología

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del ojo y sus anexos

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#279

### 1. TÍTULO

#### DETECCION Y TRATAMIENTO DEL OJO SECO EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DE CATARATA

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#279 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
BLASCO MARTINEZ ALEJANDRO

Título  
DETECCION Y TRATAMIENTO DEL OJO SECO EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DE CATARATA

Colaboradores/as:  
ALTEMIR GOMEZ IRENE  
DEL PRADO SANZ EDUARDO  
MATEO OROBIA ANTONIO JOSE  
PABLO JULVEZ LUIS EMILIO

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: OFTALMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En nuestro servicio de Alta Resolución de Cirugía de Cataratas Ambulatoria (ARCCA) del Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia, se resuelven con éxito al año unas 8000 cataratas, con su correcto desarrollo en las visitas del preoperatorio, postoperatorio del día, semana y mes (alta). Actualmente, se dan instrucciones a los pacientes de preparar el ojo para la operación tres días antes: tratamiento con limpieza palpebral, antibiótico y antiinflamatorio tópicos, que deberán usar también en el postoperatorio a instrucciones del médico. Sin embargo, no se consideran las posibles alteraciones que se pueden provocar en ojos secos ya diagnosticados o sin diagnosticar.

La Enfermedad de Ojo Seco (EOS) tiene una alta prevalencia en la población de más de 60 años, siendo más acusada en mujeres postmenopáusicas. Cualquier intervención quirúrgica ocular puede exacerbar la sintomatología y signos de un ojo seco ya diagnosticado u originar un ojo seco iatrogénico. Existe extensa bibliografía sobre las consecuencias que pueden llegar a ser incapacitantes para la vida diaria de un paciente con EOS grave. Los estudios demuestran que los cambios en la superficie ocular tras una cirugía de cataratas se estabilizan a los tres meses de postoperatorio.

Debido a esto, proponemos en este estudio la utilización de un cuestionario muy utilizado en una consulta de ojo seco (el cuestionario "OSDI") para saber si el paciente es susceptible o no de recibir tratamiento previo y/o posterior a la cirugía de catarata especializado en esta enfermedad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Preoperatorio de Intervención Quirúrgica de Cataratas  
Postoperatorio de Intervención Quirúrgica de Cataratas  
Recuperación visual en el alta médica

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La Enfermedad de Ojo Seco puede ser un factor importante para las molestias pre y postoperatorias, así como en la recuperación visual del paciente tras cualquier intervención quirúrgica ocular.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Es de esperar que un alto porcentaje de los pacientes que van a ser intervenidos de cirugía de catarata obtengan como resultado en el test de ojo seco "OSDI" una puntuación moderada-alta, correspondiente a ojo seco moderado o severo.

Se trata de un cuestionario de 12 preguntas sobre situaciones de la vida diaria del paciente relacionadas con la visión, a responder entre "nunca" (0 puntos) y "siempre" (4 puntos), de manera que el resultado final corresponda a: "Pacientes sin sintomatología o con ojo seco leve": 22 puntos o menos; "pacientes con ojo seco moderado": entre 23 y 32 puntos; "ojo seco severo": entre 33 y 100 puntos.

Por lo tanto, el objetivo del proyecto consiste en realizar este sencillo cuestionario que no ocupa más de 5 minutos mientras el paciente está esperando en la sala de espera antes de su consulta de preoperatorio de cataratas.

Si el resultado final es mayor de 22 puntos, se recomendará en la consulta de preoperatorio añadir a la medicación rutinaria de los tres días antes de la cirugía y a la del postoperatorio (hasta completar el alta) una lágrima artificial sin conservantes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de test OSDI en visita preoperatoria

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Alejandro Blasco Martínez

2. Valoración del test OSDI en visita preoperatoria y dispensación de lágrima artificial si lo requiere

Fecha inicio: 01/08/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#279

### 1. TÍTULO

#### DETECCION Y TRATAMIENTO DEL OJO SECO EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DE CATARATA

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Luis Pablo Júlvez

3. Realización de test OSDI en visitas postoperatorias

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Irene Altemir Gómez

4. Valoración del test OSDI en visitas postoperatorias y dispensación de lágrima artificial si lo requiere

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Eduardo Del Prado Sanz

5. Valoración de la Superficie Ocular postoperatoria y tratamiento del ojo seco si procede

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Antonio Mateo Orobia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado el test OSDI

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de pacientes con test OSDI realizado

Denominador .....: nº de pacientes citados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agendas del servicio ARCCA (Hospital Nuestra Señora de Gracia)

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de pacientes a los que fue necesario dispensar lágrima artificial

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de pacientes a los que se les dispensó lágrima artificial

Denominador .....: nº de pacientes con test OSDI realizado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agendas del servicio ARCCA (Hospital Nuestra Señora de Gracia)

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de pacientes a los que fue necesario tratar la superficie ocular en la revisión de alta

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de pacientes a los que fue necesario tratar la superficie ocular en la revisión de alta

Denominador .....: nº de pacientes a los que se les dispensó lágrima artificial

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agendas del servicio ARCCA (Hospital Nuestra Señora de Gracia)

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del ojo y sus anexos

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#113

### 1. TÍTULO

#### CALIDAD VISUAL Y SATISFACCION DEL PACIENTE TRAS IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR TORICA

Fecha de entrada: 14/06/2022

Nº de registro: 2022#113 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHO REDONDO CARMEN

Título  
CALIDAD VISUAL Y SATISFACCION DEL PACIENTE TRAS IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR TORICA

Colaboradores/as:  
ALMENARA MICHELENA CRISTINA  
ANDRES NAVARRO JORGE  
BAZAN GIMENEZ PABLO  
ORDUNA HOSPITAL ELVIRA  
SEGURA CALVO FRANCISCO JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: OFTALMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El envejecimiento gradual de la población en los últimos años ha generado un incremento en el número de cirugías de catarata. La catarata constituye la opacificación del cristalino, ocasionando un déficit visual y una peor calidad de vida de los pacientes.

En la actualidad la cirugía de la catarata busca, no sólo devolver la transparencia a los medios oculares, sino lograr la mejor situación refractiva según las necesidades del paciente, generalmente la emetropía. Concretamente, los pacientes con astigmatismo corneal elevado no son candidatos a implantar una lente intraocular monofocal, ya que éstas no corrigen dicho astigmatismo, lo que implica una agudeza visual post operatoria reducida y una insatisfacción del paciente. Para este tipo de casos, la mejor solución es implantar una lente intraocular tórica.

#### ÁREAS DE MEJORA

El objetivo principal del proyecto será evaluar la calidad visual y satisfacción del paciente tras la implantación de lentes intraoculares tóricas al alta del proceso quirúrgico.

Se incluirán en el proyecto las pruebas realizadas a todos los pacientes intervenidos de cirugía de catarata con lentes intraoculares tóricas en el Hospital Nuestra Señora de Gracia.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Pacientes con agudeza visual disminuida por astigmatismo corneal elevado tras cirugía de catarata.  
Insatisfacción del paciente en su vida diaria por una mala calidad visual debida al elevado astigmatismo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejora de la agudeza visual final respecto a la preoperatoria.  
Grado de satisfacción del paciente tras el implante de la lente intraocular tórica.  
Comparación entre los diferentes modelos de lentes tóricas, respecto a la agudeza visual final.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Visita postoperatoria al mes de la cirugía que incluye toma de agudeza visual, refracción, presión intraocular, fondo de ojo, posición de la lente intraocular tórica y encuesta de satisfacción

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: CARMEN SANCHO REDONDO

3. Visita postoperatoria al mes de la cirugía que incluye toma de agudeza visual, refracción, presión intraocular, fondo de ojo, posición de la lente intraocular tórica y encuesta de satisfacción

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: CARMEN SANCHO REDONDO

1. Visita preoperatoria que incluye toma de agudeza visual, presión intraocular, biometría, topografía corneal, biomicroscopia, fondo de ojo y cálculo de lente intraocular tórica a implantar

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: CARMEN SANCHO REDONDO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#113

### 1. TÍTULO

#### CALIDAD VISUAL Y SATISFACCION DEL PACIENTE TRAS IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR TORICA

1ª y 2ª memoria)

2. Porcentaje de pacientes implantados con lente intraocular tórica tras cirugía de catarata

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes implantados con lente intraocular tórica en 6 meses

Denominador .....: Número total de pacientes operados de catarata en 6 meses

$x(1-100-1000)$  ...: 1

Fuentes de datos.: Pacientes intervenidos de catarata en el Hospital Provincial de Zaragoza

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.80

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.80

3. Porcentaje de pacientes que valoraron positivamente el implante de lente intraocular tórica

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de paciente que valoraron positivamente el implante de lente intraocular tórica

Denominador .....: Número de pacientes implantados con lente intraocular tórica en 6 meses

$x(1-100-1000)$  ...: 1

Fuentes de datos.: Pacientes intervenidos de catarata con implante de lente intraocular tórica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.80

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.90

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.80

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.90

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del ojo y sus anexos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#966

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO ORL-ATENCION PRIMARIA PARA EL DISEÑO DE ALGORITMOS DE MANEJO DE PROBLEMAS CLINICOS OTORRINOLARINGOLOGICOS

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#966 \*\* Atención a tiempo: interconsulta \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
FERNANDEZ LIESA RAFAEL

Título  
CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO ORL-ATENCION PRIMARIA PARA EL DISEÑO DE ALGORITMOS DE MANEJO DE PROBLEMAS CLINICOS OTORRINOLARINGOLOGICOS

Colaboradores/as:  
CASTELLOTE ARMERO MARIA AMPARO  
DAMBORENEA TAJADA JORGE  
DE FRANCISCO GARCES JOSE ENRIQUE  
LAHOZ ZAMARRO MARIA TERESA  
NAYA GALVEZ MARIA JOSE  
SANCHEZ LLANOS ERNESTO

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: OTORRINOLARINGOLOGÍA

Línea estratégica: Atención a tiempo: interconsulta

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los actuales sistemas sanitarios públicos tienen como centro de sus actividades al paciente/usuario. Para conseguir un sistema público de salud que dé prestaciones a la ciudadanía en términos de equidad, debe cumplir unos requisitos de eficiencia y efectividad. Nuestros servicios de salud están comúnmente divididos en dos niveles: La atención primaria y la atención especializada, la primera es la puerta de entrada en el sistema. Cuando la situación excede las posibilidades de la Atención Primaria el paciente es derivado a la Atención Especializada.

Es muy importante que exista una perfecta coordinación entre ambos niveles que garantice a cada usuario la atención más adecuada con una optimización de recursos, evitando saturar servicios especializados para con ello dar la mejor asistencia, en tiempo y forma, a los pacientes que más necesitan de sus servicios. Proponemos acordar entre Atención Primaria y ORL unos procedimientos de diagnóstico y tratamiento de las principales patologías. Así mismo, consensuar cuándo y cómo se derive al paciente. El objetivo es conseguir la mejor atención posible, con la organización y los medios más adecuados. Quedarán concretados estos acuerdos en la realización de unos algoritmos de manejo de problemas ORL muy frecuentes o muy relevantes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Continuidad asistencial Atención Primaria-Atención Especializada.  
Mejora en la atención a tiempo del usuario.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Actualmente la coordinación entre A. Primaria y ORL es mejorable.  
Se necesita consensuar y aplicar un adecuado manejo de los problemas clínicos ORL más relevantes .

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Creación del grupo de trabajo ORL- Atención Primaria  
Diseño de algoritmos de manejo clínico de problemas ORL en Atención Primaria

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Contactar con Atención Primaria en el Sector Zaragoza I  
Fecha inicio: 07/09/2022  
Fecha final.: 14/09/2022  
Responsable.: RAFAEL JOSE FERNANDEZ LIESA

2. Creación de grupo de trabajo ORL - Atención Primaria Sector Zaragoza I  
Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 21/09/2022  
Responsable.: Rafael Fernandez Liesa

3. Propuesta de algoritmos de ORL a Atención Primaria  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Rafael Fernandez Liesa

4. Presentación a A. Primaria de algoritmos ORL y valoración y sugerencias desde Atención Primaria.  
Fecha inicio: 02/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#966

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO ORL-ATENCION PRIMARIA PARA EL DISEÑO DE ALGORITMOS DE MANEJO DE PROBLEMAS CLINICOS OTORRINOLARINGOLOGICOS

Responsable.: Rafael Fernandez Liesa

5. Modificación de algoritmos con el acuerdo ORL-Atención Primaria en el Sector Zaragoza I

Fecha inicio: 12/12/2022

Fecha final.: 18/01/2023

Responsable.: Rafael Fernandez Liesa

6. Presentación del resultado final de los algoritmos y propuesta a Atención Primaria de su implementación.

Fecha inicio: 19/01/2023

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Rafael Fernandez Liesa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Creación del grupo de trabajo ORL-Atención Primaria Sector Zaragoza I

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 1 si se ha creado el grupo de trabajo

0 si no se ha creado el grupo de trabajo

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Dirección de Atención Primaria

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Número de algoritmos propuestos por ORL

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de algoritmos remitidos a Atención Primaria

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Jefe ORL Sector Zaragoza I

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Número de algoritmos acordados ORL- A. Primaria

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de algoritmos acordados ORL- Atención Primaria

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Dirección de Atención Primaria

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#409

### 1. TÍTULO

#### CONTROL DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA. PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CÁNCERES DE INTERVALO

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#409 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TORRALBA OLLOQUI PALOMA

Título  
CONTROL DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA. PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CÁNCERES DE INTERVALO

Colaboradores/as:  
ABAD FERRANDEZ MARIA SOLEDAD SANTA CRUZ  
CALVO PARDO AURORA  
COARASA CERDAN ANA  
IBÁÑEZ MARIN MARIA MERCEDES  
LOPEZ GRACIA SIMEON  
MOREO BERGADA MARIA PILAR  
TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: PROGRAMA CÁNCER DE MAMA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El objetivo final de los programas poblacionales de cáncer de mama es reducir la mortalidad y aumentar la calidad de vida por esta enfermedad.

Las principales guías para evaluación de los programas de cribado de cáncer de mama consideran la vigilancia de los cánceres de intervalo un elemento importante del proceso de evaluación y garantía de calidad de los programas. Uno de los documentos de referencia, la guía europea (EUREF), define el cáncer de intervalo como un cáncer primario diagnosticado en una mujer a la que se le ha realizado una prueba de cribado (con o sin valoración adicional), cuyo resultado ha sido negativo para malignidad, antes de que la mujer vuelva a ser citada en el Programa.

Cierto número de cánceres de intervalo son inevitables, pero debe mantenerse lo más bajo posible y reducir al máximo los falsos negativos.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Se desconoce el número y tipo de cánceres de intervalo
- No se clasifican radiológicamente los cánceres de intervalo en verdadero intervalo, falso negativo

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Se registran solo aquellos de los que se tiene conocimiento oportunístico, pero no se hace búsqueda activa
- No existe un protocolo específico. Los radiólogos responsables del Programa no tienen tiempo material para hacerlo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Minimizar la existencia de cánceres de intervalo para mejorar la calidad del PPCM
- Establecer una metodología para detectar los cánceres de intervalo
- Evaluar y clasificar los cánceres de intervalo identificados

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Planificación de la metodología de detección de los cánceres de intervalo.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: P. Moreo, A. Calvo, M.S Abad

2. Se concretará la definición de intervalo y los criterios de inclusión en esta categoría

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Todo el grupo de mejora

3. Delimitación de Fuentes de información (el propio PPCM, Registros de tumores, CMBD de Hospitales, Servicios de Anatomía patológica etc)

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Coordinación del Programa

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#409

### 1. TÍTULO

#### CONTROL DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CANCER DE MAMA. PROTOCOLO DE IDENTIFICACION Y EVALUACION DE LOS CANCERES DE INTERVALO

4. Creación de base de datos de registro del cáncer de intervalo

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Coordinación del Programa

5. Clasificación radiológica de cánceres de intervalo (se comenzará por los de la última ronda cerrada). Cada Radiólogo clasificará tumores de estudios que no haya visto previamente.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Radiólogos del Programa

6. Evaluación de resultados de la Ronda

Fecha inicio: 01/07/2023

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Todo el grupo de mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. TASA DE CÁNCER DE INTERVALO

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de casos de cánceres de intervalo diagnosticados

Denominador .....: mujeres con cribado negativo (con o sin valoración adicional)

x(1-100-1000) ...: 1000

Fuentes de datos.: RED DE PROGRAMAS

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

2. SENSIBILIDAD DEL PROGRAMA DE CRIBADO:

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Casos detectados mediante cribado

Denominador .....: casos mediante cribado + todos los casos de cáncer de intervalo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: RED DE PROGRAMAS

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. ESTADÍOS DE LOS CÁNCERES DE INTERVALO

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Cánceres de intervalo en estadio 0 / 1

Denominador .....: Cánceres de intervalo diagnosticados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: RED DE PROGRAMAS

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#86

### 1. TÍTULO

#### UTILIZACION DE LA ECOGRAFÍA EN LA INSERCIÓN DE CATÉTERES VENOSOS DE ACCESO PERIFÉRICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 10/06/2022

Nº de registro: 2022#86    \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas    \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
TOBAJAS ASENSIO ENRIQUE

Título  
UTILIZACION DE LA ECOGRAFÍA EN LA INSERCIÓN DE CATÉTERES VENOSOS DE ACCESO PERIFÉRICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
VERGARA UGARRIZA ALBERTO  
GRACIA LOBERA PAZ ESPERANZA  
RAMOS GARCIA EVA MARIA  
SORIANO GODES JUAN-JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 1\*HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA\*URGENCIAS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La canalización venosa de acceso periférico es una técnica que se utiliza con fines terapéuticos para la administración de soluciones, nutrición parenteral o fármacos y también con fines diagnósticos para la extracción de sangre o la introducción de contrastes radiológicos. La utilización de estos catéteres presentan una morbilidad y una incidencia no despreciable de complicaciones como los hematomas, infecciones o trombosis. Estos procedimientos son realizados basándose en referencias anatómicas visibles o palpables. Los Servicios de Radiodiagnóstico y Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Gracia han creído conveniente y gracias a la incorporación de nuevos equipos de Ultrasonidos llevar a cabo este proyecto a la práctica clínica diaria para pacientes de difícil acceso con venas frágiles y tortuosas, pacientes oncológicos, obesos o con trastornos de la coagulación pero también para que la Ecografía se instaure como un elemento más en el protocolo de la canalización de vías venosas periféricas.

#### ÁREAS DE MEJORA

- No existen programas formativos reglados y cursos de refresco para el uso de la Ecografía en la canalización venosa periférica en los Servicios de Urgencias.
- Que la Ecografía se instaure como un elemento más en el protocolo de la canalización de vías venosas periféricas en los Servicios de Urgencias,

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Falta de conocimientos teórico-prácticos.
- Falta de conocimiento de Indicadores.
- Falta de colaboración entre los diferentes Servicios Hospitalarios.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Conseguir la formación de Enfermeros que componen los Servicios de Urgencias en el manejo ecográfico para la inserción de catéteres venosos periféricos que contribuya a la mejoría de los cuidados de la población con este Proyecto de Mejora de Calidad.
- Disminución de catéteres empleados en la canalización para una mejora en la gestión de recursos.
- Acortamiento del tiempo requerido para la inserción de catéteres de acceso periférico.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión del Servicio de Urgencias y Radiodiagnóstico con análisis del estado actual de las canalizaciones para detectar áreas de mejora.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/05/2022

Responsable.: Enrique Tobajas Asensio

2. Taller y seminarios teórico-prácticos I

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Eva Ramos García

3. Taller y seminarios teórico-prácticos II

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Juan José Soriano Godés

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#86

### 1. TÍTULO

#### UTILIZACION DE LA ECOGRAFÍA EN LA INSERCIÓN DE CATETERES VENOSOS DE ACCESO PERIFÉRICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

##### 4. Implantación del Proyecto de Mejora I

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Paz Gracia Lobera

##### 5. Implantación del Proyecto de Mejora II

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Eva Ramos García

##### 6. Implantación del Proyecto de Mejora III

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Juan José Soriano Godés

##### 7. Análisis de resultados

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.:  
Responsable.: Alberto Vergara Ugarriza

##### 8. Presentación de resultados

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 20/12/2022  
Responsable.: Enrique Tobajas Asensio

##### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Los Seminarios y los Talleres prácticos se realizarán sobre simulación en muñeco con guía ecográfica con la ayuda de un ecógrafo portátil durante 10 sesiones.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Nº de Enfermeros de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Gracia que recibe la formación.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de Enfermeros de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Gracia que recibe la formación.  
Denominador .....: Nº Total de Enfermeros de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Gracia.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio de Urgencias de Hospital Nuestra Señora de Gracia.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Nº de pacientes canalizados con Ecografía

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº de pacientes canalizados con Ecografía  
Denominador .....: Nº Total de pacientes seleccionados para acceso ecográfico.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio de Urgencias de Hospital Nuestra Señora de Gracia.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Nº de pacientes canalizados sin Ecografía

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº de pacientes canalizados sin Ecografía  
Denominador .....: Nº Total de pacientes seleccionados sin acceso ecográfico.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio de Urgencias de Hospital Nuestra Señora de Gracia.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

##### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

En la fase implantación se seleccionaran los pacientes en dos grupos para la canalización venosa, un grupo con acceso ecográfico y el otro grupo sin acceso ecográfico.

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#86

### 1. TÍTULO

#### UTILIZACION DE LA ECOGRAFÍA EN LA INSERCIÓN DE CATETERES VENOSOS DE ACCESO PERIFÉRICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#955

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE RM GINECOLOGICA Y DE MAMA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#955 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SUÑEN AMADOR INES

Título  
ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE RM GINECOLOGICA Y DE MAMA

Colaboradores/as:  
ARGUEDAS GORRINDO GLORIA ISABEL  
IBÁÑEZ MARIN MARIA MERCEDES  
LAZARO CUBERO ROBERTO  
MARTINEZ MONTALBAN MARTA  
NAVAS CAMPO RAQUEL  
ROMERO FERNANDEZ ISABEL  
SORIANO GODES JUAN-JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El proyecto pretende mejorar la atención de las pacientes a la que se les solicita una RM, disminuyendo el tiempo de exploración y adaptando su estudio de forma personalizada para evaluar de forma dirigida lo solicitado en la información clínica. En la actualidad, los protocolos incluyen numerosas secuencias que alargan el tiempo de exploración, y no se han renovado desde su creación.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Desactualización de protocolos.
- Tiempos de máquina muy prolongados.
- Formación de técnicos de imagen.
- Confort de la paciente.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Avance de la evidencia científica.
- Los protocolos incluyen numerosas secuencias no siempre útiles ni optimizadas.
- Rotación de los técnicos entre las distintas técnicas de imagen radiológica y especialización de unos pocos.
- En algunos casos, las pacientes más mayores tienen que mantener posiciones como el decúbito prono durante toda la exploración.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- \* Actualización según la evidencia científica actual de los protocolos de RM de mama y pelvis ginecológica.
- \* Creación de protocolos específicos de RM ginecológica y mamaria adaptados a la solicitud del clínico con las secuencias necesarias para su óptimo diagnóstico.
- \* Disminución del tiempo de máquina, con el consiguiente aumento del confort de las pacientes, con el objetivo de poder aumentar el número de exploraciones en un futuro.
- \* Elaboración de un documento de protocolos disponible para los técnicos y los facultativos especialistas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Estudio de la evidencia científica disponible.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 15/09/2022  
Responsable.: Marta Martínez

2. Elaboración de los nuevos protocolos en base a la revisión realizada previamente.

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Inés Suñén

3. Creación de dichos protocolos en el software de la RM y optimización de secuencias.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/10/2022  
Responsable.: Roberto Lázaro

4. Realización de un manual de protocolos de RM de mama y ginecológica.

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 18/11/2022  
Responsable.: Raquel Navas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#955

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE RM GINECOLOGICA Y DE MAMA

5. Presentación de los protocolos de RM al personal implicado en su manejo.

Fecha inicio: 21/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Isabel Romero

6. Valoración de problemas, propuestas y soluciones.

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Gloria Isabel Arguedas

7. Reevaluación de la evidencia científica para su continua actualización.

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Mercedes Ibáñez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Reducción porcentual del tiempo de exploración

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: (Tiempo exploración previo) - (Tiempo de exploración nuevo)  
Denominador .....: Tiempo de exploración previo  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Registro de datos del equipo de RM.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

2. Incremento porcentual del número de exploración realizadas por jornada

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: (Estudios realizados en una jornada actualmente) - (Estudios realizados en una jornada antes)  
Denominador .....: Estudios realizados en una jornada antes  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Hojas de programación de la jornada.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

3. Porcentaje de recitaciones

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes recitados  
Denominador .....: Número de pacientes totales  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Registro de incidencias.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

4. Porcentaje de interrupción de la RM

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes que solicitan asistencia  
Denominador .....: Número de pacientes totales  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Registro de incidencias  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Neoplasias

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#955

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION Y OPTIMIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE RM GINECOLOGICA Y DE MAMA

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#973

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE CONTRASTES RADIOLOGICOS INTRAVENOSOS

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#973 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NAVAS CAMPO RAQUEL

Título  
ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE CONTRASTES RADIOLOGICOS INTRAVENOSOS

Colaboradores/as:  
ALEGRE GALINDO MARIA CRUZ  
COARASA CERDAN ANA  
MARTINEZ MONTALBAN MARTA  
SERRANO BETRIAN ANTONIO  
SUÑEN AMADOR INES  
TORRALBA OLLOQUI PALOMA  
VILLA ALONSO ELENA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Existe una continua evolución de la evidencia científica sobre el manejo de los contrastes intravenosos radiológicos. Por ello, se considera necesaria la actualización del personal del servicio de radiodiagnóstico del Hospital Nuestra señora de Gracia implicado en su uso. El objetivo es homogeneizar los protocolos relacionados con la administración intravenosa de contrastes yodados y paramagnéticos, y con ello poder reducir la tasa de recitación de estas pruebas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Desactualización de los protocolos  
Falta de homogeneidad en las pautas de administración de contraste entre los diferentes médicos  
Alta tasa de recitación de pacientes

#### ANALISIS DE CAUSAS

Avance de la evidencia científica  
Falta de protocolos claros  
Falta de actualización en los protocolos de hidratación y premedicación, y en la falta de necesidad de ayuno y tiempo necesario entre dos pruebas con contraste

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Elaboración de protocolos estandarizados en el manejo de contraste intravenoso yodado y paramagnético en los siguientes contextos clínicos:

- Insuficiencia renal
- Diálisis
- Tratamiento con metformina
- Tratamiento con otros fármacos nefrotóxicos (ciclosporina, cisplatino, aminoglucósidos, AINES...)
- Tumores productores de catecolaminas (feocromocitoma y paraganglioma)
- Pacientes con miastenia gravis
- Embarazadas
- Mujeres con lactancia

Actualización de los protocolos de hidratación en pacientes con insuficiencia renal y de premedicación en pacientes con historia personal de alergias y reacciones adversas al contraste.

Reducción de la tasa de recitación de exploraciones con contraste en base a la evidencia científica actual sobre la falta de necesidad de ayuno y el tiempo necesario entre dos pruebas con contraste.

Elaboración de un manual que englobe la totalidad de los protocolos como libro de consulta.

Seguimiento de los protocolos para comprobar que no aparecen complicaciones tras su aplicación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión exhaustiva de la evidencia científica más actualizada sobre el manejo de contrastes intravenosos yodados y paramagnéticos.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/11/2022

Responsable.: Raquel Navas Campo

2. Elaboración de los protocolos previamente descritos.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final: 30/12/2022

Responsable.: Inés Suñén Amador

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#973

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE CONTRASTES RADIOLOGICOS INTRAVENOSOS

3. Valoración de los protocolos por el jefe de servicio de radiodiagnóstico

Fecha inicio: 02/01/2023

Fecha final.: 20/01/2023

Responsable.: Marta Martínez Montalbán

4. Sesión de presentación y explicación de los protocolos al personal de radiodiagnóstico del Hospital Nuestra Señora de Gracia implicado en la administración de contrastes.

Fecha inicio: 23/01/2023

Fecha final.: 27/01/2023

Responsable.: María Cruz Alegre Galindo

5. Realización de encuesta de satisfacción, propuestas y soluciones.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 03/02/2023

Responsable.: Elena Villa Alonso y Antonio Serrano Betrian

6. Elaboración de un manual de protocolos para dejarlo ubicado en los equipos de TC, RM y telemando.

Fecha inicio: 06/02/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Ana Coarasa Cerdán

7. Valoración de las posibles complicaciones que puedan surgir en los 6 meses tras la aplicación de dichos protocolos

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Paloma Torralba Olloqui

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes que requieren recitación tras la aplicación de los nuevos protocolos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de pacientes recitados en los 6 meses tras implantar nuevos protocolos

Denominador .....: nº de pacientes recitados los 6 meses previos.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: INDRA / Citaciones de radiodiagnóstico

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

2. % de satisfacción del personal de radiodiagnóstico implicado en la administración de contrastes

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: personas satisfechas en encuesta

Denominador .....: total de personas que hacen la encuesta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta realizada al personal de radiodiagnóstico implicado en la administración de contrastes

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de complicaciones tras la aplicación de los nuevos protocolos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº pacientes con complicaciones en los 6 meses tras implantar nuevos protocolos

Denominador .....: Total de exploraciones realizadas en 6 meses

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Anotaciones de enfermería

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#973

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LOS PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE CONTRASTES RADIOLOGICOS INTRAVENOSOS

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todas las patologías que requieran para su diagnóstico y seguimiento pruebas radiológicas con administración de contraste.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1084

### 1. TÍTULO

#### ARMONIZACION DE LOS ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA SIMPLE Y DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA CLÍNICA EN HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1084 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ LOPEZ LAURA

Título  
ARMONIZACION DE LOS ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA SIMPLE Y DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA CLÍNICA EN HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Colaboradores/as:  
DEL CASTILLO POZA MARIA DE LAS MERCEDES  
FERNANDEZ ESTEBAN BENITA PASCUALA  
GIMENO GARCES MARIA ANGELES  
GRACIA PALOS JESUS ANTONIO  
NOGUERA COSTA MARIA FUENSANTA  
PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL  
SALAS LISBONA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En radiología simple, es necesaria una mayor rapidez en la obtención de exploraciones debido al aumento de la demanda de pruebas diagnósticas, sin que ello pueda implicar una pérdida de la calidad de la imagen final o un aumento de la tasa de rechazo.

Además, otros aspectos como la variabilidad en la técnica entre los diferentes aparatos, la rotación del personal o las condiciones de trabajo pueden provocar una variación en la calidad de la imagen radiológica. Por todo ello, surge la necesidad de elaborar una guía de fichas radiológicas con el fin de estandarizar los estudios, unificar criterios de calidad, evitar errores y que ésta sirva de referencia para los nuevos trabajadores y de apoyo para los habituales del servicio.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disminución de la variabilidad y armonización de los estudios.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Escasa oportunidad de reunión para unificar criterios.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Armonización de los estudios.
- Disminuir errores y repeticiones.
- Disminuir la variabilidad.
- Mayor precisión.
- Mayor rapidez.
- Facilitar el diagnóstico.
- Beneficio para toda la población y para todos los profesionales que intervienen en el proceso diagnóstico, obteniendo una mayor calidad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de una guía de fichas radiológicas de las exploraciones más frecuentes en radiología simple.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 25/01/2023

Responsable.: Laura Pérez López

2. Valoración estadística de la situación basada en el número de estudios realizados y rechazados.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Laura Pérez López

3. Encuesta de satisfacción/validación de la guía.

Fecha inicio: 25/01/2023

Fecha final.: 25/02/2023

Responsable.: Laura Pérez López

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1084

### 1. TÍTULO

#### ARMONIZACION DE LOS ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA SIMPLE Y DISMINUCION DE LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA CLÍNICA EN HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

1ª y 2ª memoria)

1. % Tasa de rechazo de imágenes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de exploraciones rechazadas

Denominador .....: Número de exploraciones total

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos del servicio de Radiodiagnóstico

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. % Nivel de satisfacción

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de TSID que validan la guía

Denominador .....: Número de TSID que revisan la guía

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Personal del Servicio de Radiodiagnóstico

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Estudios radiológicos que abarcan las distintas patologías anteriormente señaladas.

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#679

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON SÍNDROME MIOFASCIAL CERVICAL A LA CONSULTA DE REHABILITACION INTERVENCIONISTA

Fecha de entrada: 17/07/2022

Nº de registro: 2022#679 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANTAMARIA TORROBA AMPARO

Título  
PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON SÍNDROME MIOFASCIAL CERVICAL A LA CONSULTA DE REHABILITACION INTERVENCIONISTA

Colaboradores/as:  
ANAYA GIL TERESA  
FREILE PAZMIÑO PATRICIO ANDRES  
LOREN BLAS SILVIA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 1\*CENTRO DE SALUD ARRABAL\*EAP ARRABAL\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Creemos que es necesario dar a conocer la existencia de esta consulta específica de intervencionismo a todos los niveles asistenciales del sector I fundamentalmente a Atención primaria y protocolizar las pautas de derivación de los pacientes con dolor cervical/Síndrome miofascial a la misma. La consulta de Intervencionismo realizada por un médico rehabilitador de plantilla está dirigida a valoración y tratamiento mediante infiltraciones con dolor cervical crónico y/o Síndrome miofascial de meses de evolución. Son pacientes que conocen el autocuidado, normas de higiene postural y han sido previamente tratados por fisioterapia de Atención Primaria e incluso tratamiento fisioterápico intrahospitalario, a pesar de todo ello continúa con dolor cervical sin clínica radicular en extremidad superiores.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se opta por tratamiento con infiltración mediante toxina botulínica cada 6 meses para mejorar el dolor cervical crónico, evitando consultas innecesarias a diferentes especialistas y mejorando la recuperación funcional.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Dolor cervical crónico sin clínica radicular refractario a otros tratamientos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Este proyecto de mejora en la calidad tiene el objetivo de dar a conocer y protocolizar las pautas de derivación de los pacientes con dolor cervical crónico/síndrome miofascial. El síndrome de dolor miofascial (SDM) se caracteriza por la presencia de dolor regional. A la exploración se aprecian bandas musculares tensas, que incluyen puntos hipersensibles, los puntos gatillo (PG), cuya presión origina dolor local y referido y con frecuencia una respuesta de fasciculación local típica. El SDM se origina como resultado de una liberación anormal y excesiva de acetilcolina (Ach) en placas motoras disfuncionantes. La contracción mantenida ocasiona una isquemia local que genera una sensibilización de los nociceptores, originando dolor y estimulando al sistema vegetativo a la liberación de Ach. La cervicalgia es un dolor cervical no irradiado asociado a estrés mecánico o a una posición anormal prolongada de la columna cervical, asociado a una pérdida concomitante de la movilidad del cuello (rigidez). Una de las causas más comunes de cervicalgia es la lesión cervical por aceleración-desaceleración (CAD). Es frecuentemente llamado latigazo cervical. Los eventos traumáticos que pueden producir una cervicalgia pueden ser accidentes de tráfico, la elevación o arrastre de objetos pesados, posiciones incómodas para dormir, trabajo inusual con miembros superiores y posiciones estáticas prolongadas. Pueden ser factores predictores de mala evolución la edad avanzada o la presencia de una discapacidad inicial elevada. Aunque en el tratamiento de la cervicalgia crónica y en la cefalea crónica de origen cervical, el entrenamiento de la fuerza y la resistencia, combinado o no con estiramientos, es el enfoque más adecuado, otros tratamientos como infiltraciones con toxina botulínica han demostrado efectos beneficiosos, generalmente se aprecian en 7-10 días aunque la respuesta máxima a la toxina se alcanza en aproximadamente 4-6 semanas y dura una media de 12 semanas. La inyección generalmente se repite cada 4-6 meses. La toxina botulínica A (TBA) inhibe presinápticamente la liberación de Ach de las fibras colinérgicas y se usa en el tratamiento de diversos trastornos relacionados con la hiperreactividad muscular. Diferentes estudios de calidad moderada han investigado el empleo de TBA en pacientes con SDM con claro beneficio para la TBA, sin embargo, a favor del masaje las pruebas son de calidad baja. La forma de derivar los pacientes sería la siguiente según cada nivel asistencial: - Atención Primaria a través de interconsulta virtual, el facultativo que contesta la interconsulta remitirá el paciente a la consulta de Intervencionismo. -Servicio de Urgencias: En caso de que el paciente acuda a urgencias con dolor cervical crónico tras latigazo cervical se puede solicitar la citación pertinente en el informe de alta de Urgencias. -Atención especializada (Neurología, Traumatología) Si lo consideran deberán realizar una

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#679

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON SÍNDROME MIOFASCIAL CERVICAL A LA CONSULTA DE REHABILITACION INTERVENCIONISTA

interconsulta a Consulta de Rehabilitación Intervencionismo. Dicha consulta tiene una periodicidad de un día a la semana en el Hospital Nuestra Señora de Gracia, totalizando 3 consultas al mes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones médicos rehabilitadores, atención primaria y fisioterapeuta cada 3 meses en el año 2022.

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final: 19/12/2022

Responsable: Amparo Santamaría Torroba

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Prevalencia de dolor cervical o Síndrome Miofascial valorados en consulta de Rehabilitación en 2022

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número total de pacientes con dolor cervical en 2022

Denominador .....: Número total de pacientes con dolor valorados en la consulta de Rehabilitación en 2022.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Número de Interconsultas desde Atención Primaria a través de HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Pacientes con dolor cervical/Síndrome miofascial tratados con toxina Botulínica

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número total de pacientes con dolor cervical tratados con toxina Botulínica en 2022

Denominador .....: Número total de pacientes con dolor cervical en Rehabilitación 2022

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agenda de citas del Hospital Nuestra Señora de Gracia

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Pacientes tratados con Toxina Botulínica y tratados con otros recursos ( fisioterapia )

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Numero de pacientes tratados con Toxina Botulínica y tratados con otros recursos ( 6 sesiones de fisioterapia ) en el dolor cervical

Denominador .....: Número total de pacientes con dolor cervical en Rehabilitación 2022

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agenda de citas del Hospital Nuestra Señora de Gracia

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Comparar mejoría pacientes tratados con Toxina Botulínica contra los que no han sido tratados

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Análisis de Escala Analógica Visual de dolor ( EVA) en pacientes con toxina botulínica en la musculatura cervical

Denominador .....: Análisis de Escala Analógica Visual de dolor ( EVA) en pacientes que no han sido tratados con toxina botulínica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#679

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES CON SÍNDROME MIOFASCIAL CERVICAL A LA CONSULTA DE REHABILITACION INTERVENCIONISTA

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#766

### 1. TÍTULO

#### FISIOTERAPIA EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE ROTURAS DE MANGUITO ROTADOR

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#766 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
DE LA FUENTE BAYO DAVID

Título  
FISIOTERAPIA EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE ROTURAS DE MANGUITO ROTADOR

Colaboradores/as:  
CAMPOS SANZ ASUNCION  
ESTERUELAS CUARTERO PAULA  
GIMENEZ MORENO JOSE LUIS  
PERIZ BARBANOJ VICTOR MANUEL  
PICAZO PICAZO PALOMA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Hasta la fecha actual los pacientes a los que se les realizaba una artroscopia de hombro para una reparación en el manguito rotador (normalmente rotura del músculo supraespinoso) eran pautados con inmovilización hasta el comienzo de la rehabilitación, unas 6-7 después de la intervención.

Esta inmovilización choca frontalmente con los principios de alostasis y mecanotransducción en los que estimular las regiones afectas podría mejorar la reparación de estos tejidos y, por consiguiente, mejorar los tiempos de recuperación y diferentes ítems a valorar, como puede ser la movilidad y el dolor.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se pretende mejorar:  
- Movilidad del hombro una vez al paciente le quitan el cabestrillo  
- Mejora del dolor  
- Mejora de la funcionalidad

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Si durante la inmovilización con el cabestrillo el paciente no moviliza nada el brazo ni las articulaciones más cercanas, esto provocará atrofia, pérdida de fuerza, adherencias, falta de extensibilidad del tejido... lo que llevará a tener posteriormente más dificultades para su recuperación.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo que se busca con esta propuesta es conseguir que los pacientes operados de rotura de manguito rotador mediante técnica artroscópica comiencen a realizar una movilización de la articulación operada y de articulaciones vecinas a partir del segundo día después de la cirugía para evitar las complicaciones de una inmovilización prolongada.

Esto debería provocar que al inicio de la rehabilitación en el gimnasio con su fisioterapeuta tanto los parámetros de dolor, como de funcionalidad y discapacidad sean mejores en los pacientes que sí que han realizado los ejercicios durante ese periodo desde el alta hospitalaria hasta el inicio ambulatorio de la rehabilitación, con respecto a los que no han realizado dichos ejercicios

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. El fisioterapeuta realiza visita a la habitación del paciente para explicar los ejercicios y pautas de dosificación.

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: DAVID DE LA FUENTE BAYO

2. A cada paciente se le dará un tríptico con las mismas pautas y ejercicios explicados, para que no tenga dudas al realizarlos en casa.

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: DAVID DE LA FUENTE BAYO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#766

### 1. TÍTULO

#### FISIOTERAPIA EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE ROTURAS DE MANGUITO ROTADOR

##### 1. Movilidad pasiva en flexión

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Grados conseguidos  
Denominador .....: Grados totales  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Medición con goniómetro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 180.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 180.00

##### 2. Movilidad pasiva en abducción

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Grados conseguidos  
Denominador .....: Grados totales  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Medición con goniómetro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 180.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 180.00

##### 3. Movilidad activa en flexión

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Grados conseguidos  
Denominador .....: Grados totales  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Medición con goniómetro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 180.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 180.00

##### 4. Movilidad activa en abducción

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Grados conseguidos  
Denominador .....: Grados totales  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Medición con goniómetro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 180.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 180.00

##### 5. Saber si ha hecho los ejercicios

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Si  
Denominador .....: no  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Pedimos al paciente que repita los ejercicios que le pautamos el primer día. Si los ha hecho, los recordará perfectamente.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

##### 6. Dolor

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de dolor  
Denominador .....: Dolor máximo  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Medimos mediante escala EVA el dolor que tiene el paciente en situación basal  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

##### 7. Dolor y dificultad movilidad

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Ítems  
Denominador .....: Total ítems  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Evalúa el nivel de dolor y el grado de dificultad con las Actividades Vida Diaria  
Est.Mín.1ª Mem ..: 130.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#766

### 1. TÍTULO

#### FISIOTERAPIA EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE ROTURAS DE MANGUITO ROTADOR

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 130.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#782

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN EL PROCESO REHABILITADOR PARA USUARIOS CON COVID PERSISTENTE DEL SECTOR I DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 23/07/2022

Nº de registro: 2022#782 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ORTEGO SAIZ GORKA

Título  
PROYECTO DE MEJORA EN EL PROCESO REHABILITADOR PARA USUARIOS CON COVID PERSISTENTE DEL SECTOR I DE ZARAGOZA

Colaboradores/as:  
CAMPOS SANZ ASUNCION  
ESTERUELAS CUARTERO PAULA  
MANZANO HERNANDEZ MARIA PILAR  
ROMO CALVO LAURA  
RUIZ CLAVERO FRANCISCO JAVIER  
UNTORIA AGUSTIN MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Este proyecto es necesario para mejorar la calidad de vida de usuarios del sector I del SALUD que padecen COVID persistente prestando servicios asistenciales de rehabilitación específicos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Ofrecer un tratamiento de rehabilitación específico a usuarios del SALUD del sector I que padecen COVID persistente.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Ausencia de tratamiento rehabilitador específico para usuarios del SALUD del sector I que padecen COVID persistente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Controlar y tratar síntomas de los pacientes con COVID persistente .
- Mejorar la función cardiorrespiratoria del paciente con COVID persistente.
- Mejorar la deambulación y otros tipos de actividad física (recuperación funcional).
- Mejorar la capacidad de realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- Mejorar estado emocional.
- Educar al paciente con COVID persistente y a la familia.
- Retornar al puesto de trabajo o mantener una jubilación activa intentando resolver o minimizar la minusvalía que se puede derivar de su discapacidad.
- Disminuir costes sanitarios

#### POBLACION DIANA

Usuarios del sector I del SALUD con COVID persistente

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de un programa grupal de rehabilitación en el Hospital Provincial de Zaragoza para usuarios con COVID persistente  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 01/08/2023  
Responsable.: Gorka Ortego Saiz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes con COVID persistente que realizan el tratamiento grupal

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de usuarios con COVID persistente del sector I que han pasado consulta y les han prescrito el tratamiento de rehabilitación grupal.

Denominador .....: Nº de usuarios con COVID persistente en el sector I que han pasado consulta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros de usuarios con COVID persistente en consulta de rehabilitación del sector I.

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#782

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN EL PROCESO REHABILITADOR PARA USUARIOS CON COVID PERSISTENTE DEL SECTOR I DE ZARAGOZA

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> COVID persistente

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#783

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE CALIDAD PARA LA ATENCION FISIOTERAPICA PREVENTIVA PRECOZ DE PACIENTES CON LINFEDEMA POSTMASTECTOMÍA EN ESTADIOS 0 Y I DEL SECTOR I DE ZARAGOZA: AUTOCUIDADOS Y DRENAJE LINFATICO MANUAL

Fecha de entrada: 23/07/2022

Nº de registro: 2022#783 \*\* Atención a tiempo: cáncer \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ANAYA GIL TERESA

Título  
PROYECTO DE CALIDAD PARA LA ATENCION FISIOTERAPICA PREVENTIVA PRECOZ DE PACIENTES CON LINFEDEMA POSTMASTECTOMÍA EN ESTADIOS 0 Y I DEL SECTOR I DE ZARAGOZA: AUTOCUIDADOS Y DRENAJE LINFATICO MANUAL

Colaboradores/as:  
CHAMORRO LASALA MARIA JESUS  
MANZANO HERNANDEZ MARIA PILAR  
ORTEGO SAIZ GORKA  
PICAZO PICAZO PALOMA  
SANTAMARIA TORROBA AMPARO

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Atención a tiempo: cáncer

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el año 2019 se realizó en el Hospital Nuestra Señora de Gracia el proyecto de calidad denominado " Enseñanza del automasaje para pacientes del Sector I con linfedema de grado I". Viendo la necesidad de incluir en este protocolo a las pacientes con linfedema de estadio 0, se procedió a hacerlo extensivo también a este tipo de pacientes.

Desde de la implantación de dicho proyecto y hasta la actualidad, se ha dado atención y cobertura a más de 80 pacientes.

A dichas pacientes con diagnóstico de linfedema de estadios 0 y I, se les realizaban de 3 a 4 sesiones de fisioterapia, para, según el objetivo definido en dicho protocolo, instruir las en la realización de unas maniobras sencillas de vaciamiento ganglionar para aplicárselas ellas mismas en su domicilio y asimismo revisar y actualizar las recomendaciones de autocuidados de su linfedema.

De acuerdo con la evidencia científica más reciente, la aplicación de maniobras de llamada según el método Leduc de Drenaje Linfático Manual (DLM) por parte de un fisioterapeuta, favorece y facilita la apertura y desarrollo de vías supletorias de evacuación de la linfa en pacientes sometidas a cirugía oncológica axilar. En la misma línea, los estudios más recientes aconsejan las medidas conservadoras como base de la prevención del linfedema.

El linfedema en estadio 0 o latente, es un linfedema no perceptible exteriormente, aunque la paciente refiere pesadez, tirantez y/o molestia en la extremidad. Dichas sensaciones mejoran con el reposo y el declive pero el disconfort vuelve a reaparecer. Se trata del estadio inicial de desarrollo de un linfedema, por lo tanto debemos tratarlo y vigilarlo para evitar que avance hacia un linfedema de mayor gravedad.

#### ÁREAS DE MEJORA

En todos los casos, una vez instaurado, el linfedema no tiene cura; por ello es importante conocer las medidas preventivas que retrasen o impidan su aparición, que deben ser precoces para ser eficaces, debiéndose iniciar su aplicación en el estadio subclínico.

Tras la cirugía de cáncer de mama, además de por causa del linfedema, también se puede producir déficit de la calidad de vida por limitación del balance articular del hombro y cicatrices retráctiles, tanto en la zona perimamaria como axilar.

Es en este punto en el que se ha detectado la falta de asistencia fisioterápica a estas pacientes sometidas a cirugía, y en el que se pretende actuar.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Se ha incluido a las pacientes con linfedema en estado latente en el protocolo desarrollado en 2019, ampliando y mejorando la cobertura del mismo, tanto en número de sesiones como en las patologías sobre las que se actúa.

A las pacientes se les recuerdan los ejercicios a realizar para mantener la amplitud de movimiento de la extremidad afectada, y se les aconsejan ciertos cuidados en la cicatriz para evitar los problemas derivados de la retracción de la misma. Además la fisioterapeuta le aplicará a la paciente las técnicas de fisioterapia miofascial manual convenientes según su criterio, para mejorar tanto la movilidad articular y muscular como el estado de la cicatriz postquirúrgica.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Durante el tiempo que lleva funcionando el programa de enseñanza de autocuidados del año 2019 al que nos referíamos, se ha detectado la necesidad de actualizarlo y mejorarlo en varios aspectos importantes:

1. Incluir a las pacientes con linfedema de estadio 0 o latente.
2. Corregir la denominación de dicho proyecto a : " Programa de tratamiento preventivo precoz de fisioterapia y enseñanza de autocuidados para pacientes con linfedema postmastectomía de estadio 0 y I del Sector I de

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#783

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE CALIDAD PARA LA ATENCION FISIOTERAPICA PREVENTIVA PRECOZ DE PACIENTES CON LINFEDEMA POSTMASTECTOMÍA EN ESTADIOS 0 Y I DEL SECTOR I DE ZARAGOZA: AUTOCUIDADOS Y DRENAJE LINFATICO MANUAL

Zaragoza ".

3. Incluir en las sesiones las técnicas necesarias de terapia manual miofascial, muscular, DLM y de tratamiento de la cicatriz que se requieran para el tratamiento de las secuelas de la paciente.

4. Incidir en la resolución de dudas y en la necesidad de realizar ejercicios para el mantenimiento del balance articular del brazo afectado.

5. Aumentar hasta 10 sesiones la duración del tratamiento, según la necesidad.

6. Facilitar a las pacientes el acceso a la consulta de rehabilitación tras el alta hospitalaria, para poder ser incluidas rápidamente en este programa si fuera pertinente.

En definitiva, la mejora que proponemos consistiría en realizar este tratamiento a todas las pacientes con linfedema en estadio 0, ya que ayudará en la prevención de la evolución del linfedema a un estadio I, evitando de esta manera el empeoramiento de la enfermedad con las consiguientes consecuencias negativas mencionadas anteriormente, y aumento de los costes de su tratamiento al sistema público de salud.

Población diana: pacientes del Sector I de Zaragoza, con linfedemas postmastectomía de estadio 0 y I.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Incluir a las pacientes con linfedema de estadio 0 o latente, desde la consulta especializada de RHB.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Maria Jesús Chamorro Lasala

2. Realizar las sesiones de fisioterapia adecuadas según la patología de cada paciente.

Fecha inicio: 02/02/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Teresa Anaya Gil

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Reunión con todo el equipo para acordar los criterios de inclusión y estadificación de los linfedemas y explicar a los facultativos en qué consistirán las sesiones de tratamiento.

Reunión de las fisioterapeutas que aplicarán los tratamientos, para unificar las técnicas a emplear.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes incluidas en protocolo linfedema latente

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº pacientes que reciben tratamiento fisioterapia protocolo linfedema latente

Denominador .....: Nº pacientes con linfedema estadio 0/I vistas en consulta FEA RHB

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro de pacientes del Servicio de Rehabilitación

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1244

### 1. TÍTULO

#### REHABILITACION POSTQUIRURGICA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

Fecha de entrada: 07/08/2022

Nº de registro: 2022#1244 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FLORES SAN MARTIN MARIA MERCEDES

Título  
REHABILITACION POSTQUIRURGICA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

Colaboradores/as:  
ALAMILLO SALAS JORGE  
CANALES CORTES VICENTE  
DE LA FUENTE BAYO DAVID  
MALO FINESTRA LAURA  
VAL MANSOUR SAMI  
VERA EGIDO BEGOÑA  
ZAMORA LOZANO MARTA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Este proyecto está redactado y orientado a pacientes que se operan de rotura de ligamento cruzado anterior de rodilla. Entendemos que los pacientes necesitan información tras la cirugía para saber cómo será el proceso de recuperación, en qué consisten y cuáles son los plazos estimados de recuperación o de obtención de algunos resultados.

#### ÁREAS DE MEJORA

Los pacientes suelen tener muchas preguntas sobre la evolución de la patología una vez operado que verbalizan en las primeras consultas. La incertidumbre genera nerviosismo y malestar y dificultad para organizarse laboral o vitalmente

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En las altas postoperatorias escribimos las órdenes farmacológicas a corto plazo y las primeras indicaciones de rehabilitación, sobre todo en relación con prohibiciones pero no damos información específica sobre ejercicios ni sobre plazos más largos para obtener algunos resultados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Consideramos que esto puede ofrecer una mejora en la experiencia del paciente que se expone a este tipo de cirugías puesto que supone un postoperatorio largo con una duración aproximada de tres a seis meses. Del mismo modo, si el paciente decidiera hacer una rehabilitación por su cuenta o debiera interrumpir el tratamiento llevado a cabo por el servicio de Rehabilitación, sería capaz de continuar el tratamiento según lo esperado en cualquier lugar.

También esperamos que, al hacer partícipe al paciente del proceso completo de la rehabilitación, el paciente esté desde el primer momento más involucrado y motivado de cara a las pequeñas metas que puede ir logrando y también más tranquilo y con menos incertidumbre con respecto al futuro.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión con los diferentes participantes para concretar protocolo

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Mercedes Flores

2. Edición del protocolo para entregar al paciente

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final: 20/10/2022

Responsable.: Jorge Alamillo

3. Explicación a los diferentes organismos (enfermería, etc) de lo que supone el proyecto

Fecha inicio: 20/10/2022

Fecha final: 30/10/2022

Responsable.: Sami Val

4. Evaluación del proyecto

Fecha inicio: 01/09/2024

Fecha final: 30/09/2024

Responsable.: Begoña Vera Egido

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1244

### 1. TÍTULO

#### REHABILITACION POSTQUIRURGICA DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cuantificar cuántas personas operadas de LCA han recibido el folleto informativo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de personas operadas de LCA que han recibido el folleto informativo

Denominador .....: Total de personas operadas de LCA en el Centro

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Evaluar, al comienzo de la rehabilitación si ha recibido el folleto informativo

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Cualificar cómo de importante consideran los pacientes que ha sido el folleto informativo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: La media de calificación de los pacientes por 10

Denominador .....: 100

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Evaluar al final de la rehabilitación la nota individual de la importancia del folleto

Est.Mín.1ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1115

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA TABLA-GUÍA PARA LA PREPARACION, DILUCION Y ADMINISTRACION DE LOS FARMACOS POR VÍA INTRAVENOSA DE USO MAS HABITUAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNSG

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1115 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GOMEZ SANZ CARMEN AMPARO

Título  
ELABORACION DE UNA TABLA-GUÍA PARA LA PREPARACION, DILUCION Y ADMINISTRACION DE LOS FARMACOS POR VÍA INTRAVENOSA DE USO MAS HABITUAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNSG

Colaboradores/as:  
APARICIO TORNAY NURIA  
ARMILLAS MOLINOS MARIA  
IBÁÑEZ GARCIA BEATRIZ CARMEN  
LOPEZ RIVERA MARIA ELENA  
PAMPLONA CALEJERO ELENA MARIA  
RUBIO CASALO MARIA PILAR  
SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La administración de medicamentos en las unidades de cuidados intensivos es responsabilidad del profesional de enfermería. De acuerdo a la dinámica propia de dichas unidades dada por la complejidad de los pacientes, el número de procedimientos invasivos, la cantidad de tratamientos ordenados, la polifarmacia y el uso de la tecnología, son factores predisponentes para que las unidades críticas sean consideradas como áreas de riesgo para la presencia de eventos adversos en salud. Se hace necesario la organización en la praxis del cuidado e implementar estrategias e intervenciones para lograr una cultura de seguridad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Ante la variabilidad en la preparación y administración de fármacos en UCI por el personal de enfermería se detectó la necesidad de sistematizar el proceso.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No disponer de una herramienta de consulta para la preparación y administración de medicación habitual en la UCI del Hospital Nuestra Señora de Gracia puede conllevar una merma tanto en la eficacia como la eficiencia del proceso, influyendo directamente en la seguridad del paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### OBJETIVO PRINCIPAL:

Disponer de una herramienta de consulta (TABLA-GUÍA) sobre la preparación y normas de uso de los principales fármacos administrados en nuestra UCI mediante la revisión de la ficha técnica de los mismos y de la bibliografía disponible.

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una revisión sobre la preparación, conservación, estabilidad y forma de administración de los fármacos de uso habitual en nuestra UCI.
- Tener en cuenta la incompatibilidad y consideraciones especiales de esta lista de fármacos.
- Recordar los 10 correctos para enfermería a la hora de realizar el procedimiento de administración de fármacos.
- Difundir el proyecto a todo el personal de enfermería de la Unidad y del servicio de pool del Hospital.
- Establecer una pauta de trabajo en la que evitemos las interrupciones y distracciones durante la preparación y administración de medicamentos a nuestros pacientes.
- Aumentar la satisfacción y seguridad del personal de enfermería a la hora administrar medicación intravenosa en nuestra UCI.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Creación del grupo de trabajo.

Fecha inicio: 08/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: CARMEN GÓMEZ SANZ

#### 2. Revisión bibliográfica de la preparación, conservación, estabilidad y forma de administración de los fármacos de uso habitual en nuestra UCI. Revisión de incompatibilidad y consideraciones especiales.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1115

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA TABLA-GUÍA PARA LA PREPARACION, DILUCION Y ADMINISTRACION DE LOS FARMACOS POR VÍA INTRAVENOSA DE USO MAS HABITUAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNSG

Responsable.: CARMEN GÓMEZ SANZ

3. Puesta en común con el personal de UCI y pool para comentar las necesidades que se han ido creando a lo largo de su experiencia y que se puedan recoger en dicho proyecto de mejora.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: CARMEN GÓMEZ SANZ

4. Apoyo mediante información visual sobre los 10 correctos para enfermería a la hora de realizar el procedimiento de administración de fármacos en un lugar visible de la farmacia.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 23/10/2022

Responsable.: CARMEN GÓMEZ SANZ

5. Realización de sesiones informativas para dar a conocer el proyecto de mejora.

Fecha inicio: 24/10/2022

Fecha final.: 11/11/2022

Responsable.: CARMEN GÓMEZ SANZ

6. Implementación del proyecto de mejora en la unidad.

Fecha inicio: 11/11/2022

Fecha final.: 12/02/2023

Responsable.: CARMEN GÓMEZ SANZ

7. Realización de una encuesta al personal de enfermería tras recibir la información sobre el proceso para evaluar el grado de satisfacción del mismo.

Fecha inicio: 13/02/2023

Fecha final.: 12/03/2023

Responsable.: CARMEN GÓMEZ SANZ

8. Recogida y valoración de los datos de la encuesta de satisfacción.

Fecha inicio: 13/03/2023

Fecha final.: 16/04/2023

Responsable.: CARMEN GÓMEZ SANZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Profesionales de enfermería UCI que reciben la información

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales de enfermería de UCI que reciben la información del proyecto de mejora

Denominador .....: Número total de profesionales de enfermería de UCI

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recogida de asistencia a las charlas informativas

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Profesionales de enfermería pool que reciben la información

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de profesionales de enfermería de pool que reciben la información del proyecto de mejora

Denominador .....: Número total de profesionales de enfermería de pool

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recogida de asistencia a las charlas informativas

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Grado de satisfacción del personal de enfermería de UCI tras la implantación del proyecto de mejora

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de profesionales de enfermería de UCI que consideran de utilidad la tabla-guía mediante la encuesta de satisfacción

Denominador .....: Número total de profesionales de enfermería de UCI

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1115

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA TABLA-GUÍA PARA LA PREPARACION, DILUCION Y ADMINISTRACION DE LOS FARMACOS POR VÍA INTRAVENOSA DE USO MAS HABITUAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNSG

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Grado de satisfacción del personal de enfermería de pool tras la implantación del proyecto de mejora

Tipo de indicador: impacto

Numerador ....., Número de profesionales de enfermería de pool que consideran de utilidad la tabla-guía mediante la encuesta de satisfacción

Denominador ....., Número total de profesionales de enfermería de pool

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Personal de enfermería que desempeña sus funciones en la UCI del HNSG.

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1178

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE NEBULIZACION Y AEROSOLTERAPIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 03/08/2022

Nº de registro: 2022#1178 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
APARICIO TORNAY NURIA

Título  
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE NEBULIZACION Y AEROSOLTERAPIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Colaboradores/as:  
ESCUADERO CANELA MIRIAM  
GALVEZ PERUGA ANA CRISTINA  
GOMEZ SANZ CARMEN AMPARO  
GUTIERREZ VALDIVIA AURORA  
JORGE GARCIA RUTH NOEMI  
MIGUEL TAMAYO NOELIA  
RUBIO CASALO MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
La vía inhalatoria es la vía de elección para la mayoría de los fármacos (broncodilatadores, corticoides, mucolíticos...) utilizados en personas con problemas respiratorios como asma, EPOC, fibrosis quística, etc. La eficacia de dicha terapia necesita personal sanitario preparado para su correcta administración. Una de las principales dificultades para la utilización correcta de los dispositivos de inhalación es que, existiendo diversidad de modelos, cada uno precisa de una técnica de administración diferente. Se hace necesario establecer un protocolo de actuación para unificar criterios y optimizar la eficacia de las terapias aplicadas al paciente ingresado en nuestra UCI

**ÁREAS DE MEJORA**  
Varios estudios indican que los profesionales sanitarios carecen de conocimientos suficientes en relación a las características técnicas específicas de los distintos dispositivos utilizados y del procedimiento adecuado para la correcta administración de fármacos por vía inhalatoria. Esto puede ocasionar que no se administre la dosis de fármaco indicada, afectando al adecuado control de la enfermedad pulmonar.

**ANALISIS DE CAUSAS**  
Carecer de un protocolo que proporcione una herramienta unificada de consulta para el montaje, mantenimiento, limpieza y administración de fármacos por vía inhalatoria de los distintos dispositivos disponibles en la UCI del HNSG dificulta y ralentiza el tratamiento a los pacientes

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

- Disponer de una herramienta de consulta (protocolo) sobre la preparación, montaje y utilización de los distintos dispositivos de nebulización administrados en nuestra UCI mediante la revisión de la ficha técnica de los mismos y de la bibliografía disponible

Objetivos específicos:

- Detallar las características técnicas de los distintos dispositivos
- Reducir la variabilidad en la administración de medicación inhalada estableciendo la técnica correcta para cada uno de ellos
- Conocer los diferentes tipos de montaje de los sistemas de aerosolterapia según el tipo de oxigenoterapia pautada
- Administración segura con sistemas de nebulización tipo malla vibrante en pacientes con sospecha o infectados por SARS-CoV2
- Disminuir las complicaciones y efectos adversos de la terapia inhalada
- Aumentar la satisfacción y seguridad del personal sanitario que desempeña sus funciones en la UCI del HNSG a la hora del manejo de los distintos dispositivos para administración de fármacos por vía inhalatoria

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Crear el grupo de trabajo

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 08/09/2022

Responsable.: Nuria Aparicio Tornay

2. Buscar bibliografía y organizar la información actualizada

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/10/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1178

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE NEBULIZACION Y AEROSOLTERAPIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Responsable.: Nuria Aparicio Tornay

3. Reunión con compañeras/os de la unidad y del servicio pool para comentar las necesidades que se han ido creando a lo largo de su experiencia y que podamos recoger en dicho documento

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: Nuria Aparicio Tornay

4. Poner en común con el equipo médico información que se va recogiendo para plasmar estrategias unificadas en el protocolo

Fecha inicio: 16/10/2022

Fecha final.: 30/10/2022

Responsable.: Nuria Aparicio Tornay

5. Elaboración del protocolo

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Nuria Aparicio Tornay

6. Realización de sesiones para dar a conocer el documento trabajado

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Nuria Aparicio Tornay

7. Realización de una encuesta al personal de enfermería y facultativo, tras recibir la información sobre el proceso para evaluar el grado de satisfacción del mismo

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 15/03/2023

Responsable.: Nuria Aparicio Tornay

8. Recogida y valoración de los datos de la encuesta de satisfacción

Fecha inicio: 16/03/2023

Fecha final.: 16/04/2023

Responsable.: Nuria Aparicio Tornay

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Profesionales de enfermería UCI que reciben la formación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de profesionales de enfermería UCI que reciben la formación del proyecto de mejora

Denominador .....: Nº total de profesionales de enfermería de UCI del HNSG

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recogida de asistencia a las charlas formativas

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Profesionales de enfermería pool que reciben la formación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de profesionales de enfermería pool que reciben la formación del proyecto de mejora

Denominador .....: Nº total de profesionales de enfermería del pool del HNSG

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recogida de asistencia a las charlas formativas

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Grado de satisfacción del personal de enfermería UCI tras la implantación del proyecto de mejora

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de profesionales de enfermería UCI que consideran útil el proyecto mediante la encuesta de satisfacción

Denominador .....: Nº total de profesionales de enfermería de UCI del HNSG que han recibido la formación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1178

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE NEBULIZACION Y AEROSOLTERAPIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Grado de satisfacción del personal de enfermería pool tras la implantación del proyecto de mejora

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de profesionales de enfermería pool que consideran útil el proyecto mediante la encuesta de satisfacción

Denominador .....: N° total de profesionales de enfermería del pool del HNSG que han recibido la formación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Grado de satisfacción del personal facultativo tras la implantación del proyecto de mejora

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de facultativos UCI que consideran útil el proyecto mediante la encuesta de satisfacción

Denominador .....: N° total de facultativos UCI que han asistido a sesiones de formación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Personal de enfermería que desempeña sus funciones en la UCI del HNSG

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1270

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEDACION Y ANALGESIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1270 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CORCHERO MARTIN JOSE IGNACIO

Título  
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEDACION Y ANALGESIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Colaboradores/as:  
ARTIGAS LUCIA BERTA  
FERNANDEZ ABAD NURIA  
JIMENEZ RIOS MARIA  
LAFUENTE MATEO MIRIAM  
MORA AZNAR MARIA  
RUIZ VALERO FRANCISCO JOSE  
ZARAZAGA RAMIREZ SANTIAGO

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El uso de protocolos integrados enfocados en el manejo del dolor, el delirium y la agitación, que buscan mantener grados de sedación ligera, movilización temprana y uso restringido para medicamentos que causen delirium, han mostrado ser seguros en la UCI.

Disminuyen los efectos adversos a largo plazo en los pacientes y su familia, con una reducción significativa de los costos.

La agitación y la ansiedad ocurren con frecuencia en pacientes críticamente enfermos y se asocian con resultados clínicos adversos. Es ampliamente conocido que el uso de la sedación profunda se relaciona con peores desenlaces e incluso con disminución de la supervivencia, aumento del periodo de ventilación mecánica y de la mortalidad a los 3 meses.

Con el fin de proporcionar un adecuado manejo, es primordial identificar y tratar oportunamente las posibles causas subyacentes como dolor, delirium, hipoxemia, hipoglucemia, hipotensión o síndromes de abstinencia.

Para reducir la ansiedad y facilitar la adaptación a la UCI, hay que proporcionar comodidad al paciente, analgesia adecuada, reorientación frecuente, optimización del entorno y mantener los patrones normales de sueño y vigilia antes de administrar sedantes.

La implementación y cumplimiento de protocolos, guiados con escalas para la adecuada evaluación del dolor y la agitación/sedación, basado en estrategias farmacológicas y no farmacológicas, junto con una práctica de

movilización temprana y promoción del sueño, han demostrado mejor control del dolor, disminución de episodios de agitación y delirium y menor exposición innecesaria a medicamentos analgésicos y sedantes.

Estos protocolos han impactado además en disminuir eventos adversos y el tiempo en ventilación mecánica, estancia en UCI y en hospitalización. Los protocolos encontrados en los estudios son diversos y los diseños también lo son, desde estudios retrospectivos, ensayos clínicos hasta meta - análisis.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora en calidad de la atención y efectos adversos del mal uso de sedoanalgesia  
Prevención del delirio

#### ANALISIS DE CAUSAS

Sobresedación  
Manejo no protocolizado de la sedación y la analgesia

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar las indicaciones y dosificación de la sedoanalgesia administrada los enfermos de la UCI

Disminuir los efectos derivados de la sobre o infrasedación y analgesia de esos pacientes

disminuir el tiempo en ventilación mecánica, estancia en UCI y en hospitalización

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Revisión de la bibliografía

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: jicorchero@salud.aragon.es

#### 2. Elaboración del protocolo

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: jicorchero@salud.aragon.es

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1270

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEDACION Y ANALGESIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL H NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

3. Formación al personal sobre escalas y dosificación de sedoanalgesia

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: fjruizv@salud.aragon.es

4. Elaboración protocolo práctico ajuste de dosis según escalas objetivas

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 15/07/2023

Responsable.: jicorchero@salud.aragon.es

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración del protocolo y documentos adjuntos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: elaboración del protocolo

Denominador .....: Protocolo previo si existe

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Elaboración del propio documento

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Pacientes que reciben sedoanalgesia a los que se les administra medicación según protocolo

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes sedoanalgesiados

Denominador .....: Pacientes tratados según protocolo

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: HISTORIA CLINICA

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes críticos que reciben sedoanalgesia

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#379

### 1. TÍTULO

#### MANUAL DE FUNCIONAMIENTO PARA ENFERMERIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA. ZARAGOZA. SECTOR I

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#379 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CHICOTE ABADIA M. BEGOÑA

Título  
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO PARA ENFERMERIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA. ZARAGOZA. SECTOR I

Colaboradores/as:  
GRACIA LOBERA PAZ ESPERANZA  
SANCHO ALIJARDE MARIA LUISA  
SANZ FERRER ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

- \* Elaborar manual de funcionamiento que permita disponer de instrumentos y herramientas que posibiliten una actuación de excelencia basada en la protocolización de actuaciones
- \* Expresar por escrito el quehacer diario con lo que se pretende conseguir unificar criterios de actuación.
- \* El manual ofrecerá respuestas a los problemas más comunes, incluyendo normas y recomendaciones de actuaciones básicas en urgencias, con la intención de ser prácticas y claras
- \* El manual facilitará la mejor toma de decisiones en nuestro trabajo diario, disminuyendo la variabilidad clínica, la incertidumbre y el estrés en el ejercicio profesional y ayudando, por tanto, a combatir el agotamiento físico y emocional que genera un entorno laboral no regulado.

#### ÁREAS DE MEJORA

- \* Analizar que dificultades encuentra enfermería en la realización de triaje
- \* Aumentar los conocimientos sobre triaje:  
en sentido estricto el triaje se inicia con el primer contacto del paciente con el sistema sanitario (traje inicial) y finaliza con la asistencia médica y el inicio de un tratamiento efectivo.  
Durante este tiempo asistencial, el paciente será atendido por enfermería, que realizará la la tención inicial y/o reevaluará al paciente hasta que este sea visitado por el facultativo.  
Permitir la evaluación continua de los pacientes mediante reevaluaciones periódicas que garanticen que sus necesidades de atención son satisfechas, asegurando la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital.
- \* El funcionamiento eficaz de un sistema de triaje estructurado necesita que haya un equipo de profesionales que puedan identificar las necesidades de los enfermos, decidir las prioridades tomar las primeras medidas en la atención de estos. Desde triaje, enfermería debe de tener la capacidad profesional para decidir hacer pruebas complementaria (ej: ECG), aplicar algún procedimiento (colocación gafas O2), así como situar a paciente directamente en box para priorizar su atención por facultativo. A CONSESUAR CON FACULTATIVOS
- \* Dado que el servicio de urgencias tiene un organización y funcionamiento con connotaciones diferentes al resto de las Unidades del hospital, es necesario que el personal de enfermería de nueva incorporación, esté entrenado y preparado para dar una rápida y eficaz respuesta a todo tipo de situaciones que puedan presentarse.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En los últimos años se ha producido un incremento en la utilización de los Servicios de Urgencias Hospitalarios obedeciendo no solo a cambios demográficos y epidemiológicos, sino también a factores asociados a la conducta ante la utilización de estos servicios, como: La necesidad percibida de atención inmediata y de calidad. La dificultad de acceso a otros recursos del sistema. La falta en algunos individuos de seguro público y de educación sanitaria. El irregular desarrollo de la Atención Primaria o el uso de los servicios de urgencias para evitar listas de espera. Todo ello da lugar a una masificación con la consiguiente pérdida de calidad asistencial, la demora en la atención a las urgencias verdaderas y la insatisfacción de los profesionales. Por ello es necesario estructurar la asistencia en urgencias de una forma más efectiva y eficiente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- \* Seguir contribuyendo entre todos a mejorar día a día la calidad asistencial de la sanidad pública dando respuesta a los problemas presentes y futuros, muchos de los cuales entran por la puerta de los Servicios de Urgencias.
- \* Mejorar la calidad asistencial y la seguridad en el servicio de urgencias al dotar de un manual que sirva como instrumento de apoyo en sus actividades diarias a todo el personal tanto fijo, como personal que se incorpora a la plantilla (verano, ILT...) y compañeros del hospital que en ocasiones de necesidades del servicio tiene que bajar a prestar sus servicios en urgencias y no conocen bien su funcionamiento.
- \* Al ser urgencias un servicio en constante evolución y crecimiento, se hace necesaria una continuidad en el grupo de trabajo.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#379

### 1. TÍTULO

#### MANUAL DE FUNCIONAMIENTO PARA ENFERMERIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA. ZARAGOZA. SECTOR I

\* Crear un lenguaje común para todos los profesionales implicados en la urgencia.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaborar manual donde quede registrado el proceso de atención de enfermería en urgencias.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Begoña Chicote Abadía

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Monitorización a la adaptación del manual

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Reuniones informativas con profesionales

Denominador .....: personal de urgencias, tanto fijo como temporal

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: protocolos

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.30

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.60

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.40

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.70

2. Formación de los profesionales de nueva incorporación al servicio.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Charlas informativas

Accesibilidad física y digital al manual de funcionamiento.

Denominador .....: personal de urgencias, tanto fijo como temporal

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: protocolos

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Medición de indicadores

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: tiempo: desde atención en admisión hasta el triaje (minutos)

tiempo: de realización del triaje (minutos)

Denominador .....: personal de urgencias, tanto fijo como temporal

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: TRIAJE SET

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

4. Encuesta de satisfacción tras su implantación en el servicio

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: cuestionario tipo test

Denominador .....: personal de urgencias, tanto fijo como temporal

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: TRIAJE SET

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> atención en urgencias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#899

### 1. TÍTULO

#### INTRODUCCION DE LA ECOGRAFÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#899 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ESTABEN BOLDOVA VICTORIA PILAR

Título  
INTRODUCCION DE LA ECOGRAFÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Colaboradores/as:  
ALONSO FORMENTO JOSE ENRIQUE  
GARCIA FENOLL ROSA  
GARIN ALEGRE MARTA  
HEBBEN GUEVARA YANNICK ALBERTO FRANCIS  
PALANCA ARIAS DANIEL  
PARDO VINTANEL TERESA  
PORRAS MOLINA VALENTIN FRANCISCO

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La utilización de la ecografía en el ámbito de los Servicios de Urgencias Hospitalarios como herramienta clínica es una práctica ya establecida actualmente en todos los países europeos. Tiene una rentabilidad diagnóstica muy elevada al tratarse de una técnica barata, reproducible y realizada en la cabecera del paciente. Realizada por el médico de Urgencias se trata de un técnica complementaria al proceso diagnóstico «estándar» y no se utiliza con una intención diagnóstica precisa, sino como aproximación, al igual que la palpación o la auscultación. Se usa en situaciones definidas donde la rentabilidad es mayor, y se asocia a un claro beneficio (menor tiempo hasta recibir el tratamiento, disminución de la mortalidad, etc.). En los últimos años y desde la adquisición de un ecógrafo portátil para urgencias, el uso del mismo está siendo progresivo como ayuda al diagnóstico o para la utilización de diferentes técnicas urgentes. Creemos que es importante introducir y potenciar el uso de la ecografía a pie de cama dada la generalización de su uso y la utilidad clínica que conlleva.

#### ÁREAS DE MEJORA

La ausencia del uso de la ecografía ya establecida como herramienta habitual en los Servicios de Urgencias Hospitalarios. La utilidad del mismo en el caso concreto de este Servicio al no disponer de radiólogo presencial en el hospital durante las 24 horas permitiendo ganar tiempo en la aproximación diagnóstica y la ayuda en la realización de algunas técnicas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El realizar la ecografía a pie de cama, permite llevar a cabo una orientación diagnóstica de forma más precoz con un beneficio directo para el paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Introducir el uso de la ecografía a pie de cama como herramienta diagnóstica en el Servicio de Urgencias. Analizar los hallazgos observados y los beneficios obtenidos. Población diana: pacientes de todas las edades atendidos en el Servicio de Urgencias hasta finalizar el año.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación básica de manejo del ecógrafo mediante varias sesiones clínicas en el Servicio de Urgencias

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Victoria Estabén Boldova

2. Creación de base de datos con registro de los pacientes a los que se realiza la exploración

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Victoria Estabén Boldova

3. Análisis de los hallazgos encontrados

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Victoria Estabén Boldova

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#899

### 1. TÍTULO

#### INTRODUCCION DE LA ECOGRAFÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. -Número de paciente en los que se ha utilizado la ecografía

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de paciente en los que se ha utilizado la ecografía

Denominador .....: Todos los pacientes atendidos en el periodo estudiado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH (puesto clínico hospitalario)

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. -Porcentaje de pacientes en los que la ecografía ha ayudado en el proceso diagnóstico o terapéutico

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: -Porcentaje de pacientes en los que la ecografía ha ayudado en el proceso diagnóstico o terapéutico

Denominador .....: Todos los pacientes atendidos en el periodo estudiado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH (puesto clínico hospitalario)

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> TODAS LAS SUSCEPTIBLES DE PRUEBA DE IMAGEN ECOGRÁFICA

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#921

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE PAUTADO EN PACIENTES CON PRIMER EPISODIO DE FIBRILACION/ FLUTTER AURICULAR ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#921 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PARDO VINTANEL TERESA

Título  
EVALUACION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE PAUTADO EN PACIENTES CON PRIMER EPISODIO DE FIBRILACION/ FLUTTER AURICULAR ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
ALDEA MOLINA ELISA  
ALONSO FORMENTO JOSE ENRIQUE  
ESTABEN BOLDOVA VICTORIA PILAR  
GARCIA FENOLL ROSA  
HEBBEN GUEVARA YANNICK ALBERTO FRANCIS  
PORRAS MOLINA VALENTIN FRANCISCO  
SIERRA BERGUA BEATRIZ

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La fibrilación/flutter auricular es una de las patologías detectadas más frecuentes en los servicios de urgencias. En el momento de su diagnóstico, se debe evaluar su riesgo, tanto de eventos tromboembólicos como hemorrágicos mediante escalas específicas (CHA2DS2-Vasc, HAS-BLED), que nos permiten tomar la decisión de anticoagular o no a este tipo de pacientes. En el momento actual los anticoagulantes de acción directa han desplazado a los clásicos antivitaminas K, dado sus beneficios a nivel terapéutico así como su facilidad para la cumplimentación terapéutica. En el servicio de Urgencias hemos detectado que en ocasiones, pacientes que deberían estar anticoagulados según escalas, no lo están, y en segundo lugar, el todavía alto porcentaje de pacientes anticoagulados con AVK frente a los tratados con ACOADS, a pesar de cumplir las características necesarias para poder recibir este tipo de fármacos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se detectan pacientes con diagnóstico de fibrilación / flutter auricular que cumplen criterios de anticoagulación, en los que no se inicia tratamiento desde el servicio de Urgencias. Se detecta asimismo pacientes que se beneficiarían del tratamiento anticoagulante con anticoagulantes de acción directa, en los que se pauta tratamiento con antivitaminas K.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Necesidad de establecer como protocolo el uso de escalas (CHA2DS-Vasc, HAS-BLED) en pacientes con fibrilación / flutter auricular para la decisión de inicio de anticoagulación oral, así como sesiones formativas sobre este tipo de arritmia y riesgos tromboembólicos. En muchos de estos casos se objetiva el inicio de tratamiento con antivitaminas K, sin que haya contraindicación para tratamiento con anticoagulantes de acción directa, por lo que se plantea necesario el aspecto formativo en cuanto a este tipo de fármacos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Evitar que ningún paciente con diagnóstico de fibrilación/flutter auricular que cumpla criterios de anticoagulación oral se de de alta del servicio de Urgencias sin el tratamiento oportuno. Optimizar y valorar el tipo de tratamiento anticoagulante en este grupo de pacientes, siempre de forma individualizada, para pautar el más adecuado, intentando, siempre esté indicado, iniciar tratamiento con anticoagulantes de acción directa.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesiones clínicas formativas sobre fibrilación/flutter auricular

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Teresa Pardo Vintanel

2. Sesiones clínicas formativas sobre anticoagulación oral

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Teresa Pardo Vintanel

3. Creación de una base de datos de pacientes con fibrilación/flutter auricular atendidos en Urgencias

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#921

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE PAUTADO EN PACIENTES CON PRIMER EPISODIO DE FIBRILACION/ FLUTTER AURICULAR ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Responsable.: Teresa Pardo Vintanel

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes atendidos en Urgencias con fibrilación/flutter auricular anticoagulados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes con fibrilación/flutter auricular atendidos en Urgencias que cumplen criterios de anticoagulación oral , en los que se inicia tratamiento

Denominador .....: Número total de pacientes con fibrilación/flutter auricular atendidos en Urgencias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de pacientes con fibrilación auricular anticoagulados con antivitamina K

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes con fibrilación/flutter auricular atendidos en Urgencias que cumplen criterios de anticoagulación oral , en los que se inicia tratamiento con antivitamina K

Denominador .....: Número total de pacientes con fibrilación /flutter auricular en los que se inicia anticoagulación en Urgencias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de pacientes con fibrilación auricular anticoagulados con ACOAD

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes con fibrilación/flutter auricular atendidos en Urgencias que cumplen criterios de anticoagulación oral , en los que se inicia tratamiento con anticoagulantes de acción directa

Denominador .....: Número total de pacientes con fibrilación /flutter auricular en los que se inicia anticoagulación en Urgencias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Readmisiones por hemorragia

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes atendidos por complicaciones hemorrágicas secundarias a tratamiento anticoagulante en las 24-48 horas tras inicio de tratamiento

Denominador .....: Número total de pacientes con fibrilación /flutter auricular en los que se inicia anticoagulación en Urgencias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#884

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#884 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CARCELLER TEJEDOR AMAYA

Título  
MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Colaboradores/as:  
LAS HERAS LOPEZ MARIA ENCARNACION  
PEREZ TAUSIA DANIEL  
SORO RAMIA MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: UTCA HOSPITAL NTRA. SR.A DE GRACIA

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza es una unidad especializada, interdisciplinar, orientada al tratamiento integral de los pacientes a nivel autonómico. Se detecta la necesidad de instaurar un protocolo de evaluación psicológica con el fin de mejorar ésta, así como la precisión en el diagnóstico. Aplicar el protocolo de evaluación en la primera acogida en la consulta de Psicología Clínica y elaborar un documento en el que se recojan de forma unificada los resultados. El protocolo de evaluación consistirá en una serie de instrumentos y escalas estandarizadas, así como de la entrevista clínica psicológica. Se requiere de tiempo para la revisión bibliográfica y elaboración del material, colaboración con los profesionales de enfermería y psiquiatría de la unidad, y disponer de los test e instrumentos de medida.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se pretende mejorar tanto el diagnóstico como el conocimiento pormenorizado de las diversas áreas afectadas dentro de la patología de las personas que acuden a la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Al carecer hasta la fecha de un protocolo estandarizado de evaluación psicológica se queda desierta cierta información objetiva imprescindible en el conocimiento y diagnóstico de los nuevos casos que llegan a la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la evaluación psicológica de los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria que acuden a la unidad, a través de un protocolo individualizado de evaluación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 3 meses para búsqueda bibliográfica, revisión de Guía de Práctica Clínica y elaboración del protocolo y documento de resultados.  
Fecha inicio: 27/07/2022  
Fecha final.: 27/10/2022  
Responsable.: AMAYA CARCELLER TEJEDOR

2. 8 meses para la implantación del protocolo  
Fecha inicio: 27/10/2022  
Fecha final.: 27/06/2023  
Responsable.: AMAYA CARCELLER TEJEDOR

3. 1 mes de evaluación del proyecto.  
Fecha inicio: 27/06/2023  
Fecha final.: 27/07/2023  
Responsable.: AMAYA CARCELLER TEJEDOR

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº casos atendidos desde Psicología Clínica que tengan completado el documento en 1 mes  
Tipo de indicador: Alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#884

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Numerador .....: N° casos, en el periodo transcurrido desde el comienzo del proyecto hasta el momento en que se mide el resultado del indicador, que tengan completado el documento en 1 mes tras primera entrevista  
Denominador .....: Número total de casos, en el periodo transcurrido desde el comienzo del proyecto hasta el momento en que se mide el resultado del indicador, atendidos desde Psicología Clínica.  
 $x(1-100-1000) \dots$ : 100  
Fuentes de datos.: EDI-3, MCMI-IV  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#982

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LA UTP/UTCA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#982 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HORNA DURO MARIA CARMEN

Título  
ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LA UTP/UTCA

Colaboradores/as:  
AIBAR LUIS MARIA JOSE  
ASCOZ CARRIO BRENDA BEATRIZ  
GARCIA GARCIA MARIA ESTELA  
GOMEZ ALVAREZ AZUCENA  
HERRERO MARTINEZ CRISTINA  
LOPEZ MOSTEO MARIA ESTHER  
TOMELO FERRER MONICA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: UTP HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Existe evidencia científica de que el contacto telefónico con pacientes durante el tratamiento, mejora la adherencia al mismo evitando abandono del programa y los resultados alcanzados son más efectivos y mantenidos en el tiempo. Tras varios años de experiencia, nuestro equipo terapéutico objetiva que la comunicación telefónica es una herramienta de gran importancia en el tratamiento con pacientes, tanto en pacientes hospitalizados que reciben permisos durante su estancia en el programa como aquellos que ya han cumplido el tratamiento de hospitalización y continúan en régimen ambulatorio. La finalidad de este contacto telefónico es ofrecer una red de apoyo a la que pueden recurrir en momentos de dis-regulación emocional, continuar con la alianza terapéutica establecida durante el ingreso, disminuir la frecuencia de conductas suicidas o para-suicidas, evitar el fenómeno de "puerta giratoria", reduciendo así las visitas al Servicio de Urgencias. También educa y entrena al paciente a pedir ayuda de forma adecuada fomentando su auto-regulación y generalizar las habilidades aprendidas en el contexto terapéutico hacia los entornos cotidianos

#### ÁREAS DE MEJORA

Dificultad en la gestión de las llamadas en:

- llamadas demasiado extensas que hay que "cortar"
- pacientes reiterativos con llamadas excesivas
- por motivos que no estarían acordes a los límites personales del terapeuta
- desconocimiento de otros recursos a los que poder redirigir al paciente

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- No concretar durante el ingreso el uso adecuado de la llamada telefónica
- Falta de protocolo de actuación y de unificación de criterios

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Delimitar de forma adecuada el encuadre de las llamadas (duración, idoneidad, posibles derivaciones...)
- Protocolizar la práctica y hacer registro
- Transmitir de forma adecuada esta información al paciente
- Poner en marcha el protocolo de atención telefónica

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Reuniones de trabajo de los miembros del equipo para elaborar el protocolo

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Maria Carmen Horna Duro

2. -Sesiones de formación para los miembros del equipo

Fecha inicio: 02/01/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: María José Aibar Luis

3. - Talleres informativos sobre el uso correcto de las llamadas telefónicas a los pacientes

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 03/10/2023

Responsable.: Cristina Herrero Martinez

4. - Puesta en marcha de la atención telefónica según los parámetros establecidos en el protocolo.

Fecha inicio: 01/03/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#982

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN TELEFÓNICA EN LA UTP/UTCA

Fecha final.: 03/10/2023

Responsable.: Azucena Gómez Álvarez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes que utilizan este recurso

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes que llaman a la Unidad

Denominador .....: Total de pacientes incluidos en el programa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de la persona que recibe la llamada

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 31.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

2. Idoneidad de la duración de la llamada

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Números de llamadas inferiores a 20 min.

Denominador .....: Número de llamadas totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de llamadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Satisfacción percibida por el paciente con este servicio

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de encuestas cuya satisfacción supera el 3

Denominador .....: Total de llamadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Escala Likert (de 1 a 5) elaborada ad hoc

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Satisfacción percibida por el personal que atiende la llamada

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de encuestas cuya satisfacción supera el 3

Denominador .....: Total de llamadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Escala Likert (de 1 a 5) elaborada ad hoc

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. Porcentaje de visitas al Servicio de Urgencias Psiquiátricas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de visitas a Urgencias de los pacientes incluidos en el programa

Denominador .....: Total de pacientes incluidos en el programa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#982

### 1. TÍTULO

ATENCION TELEFONICA EN LA UTP/UTCA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1126

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE DERIVADO A U.T.P. DURANTE LA LISTA DE ESPERA

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1126 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOPEZ MOSTEO MARIA ESTHER

Título  
MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE DERIVADO A U.T.P. DURANTE LA LISTA DE ESPERA

Colaboradores/as:  
MARTINEZ PLANAS ISABEL  
ORNAT JORDAN MARIA PILAR  
PAUMARD OLIVAN CESAR  
SOLANS GARCIA ANA MARIA  
SORO RAMIA MARIA PILAR  
TOMEIO FERRER MONICA  
VIDALLER ESCUDERO OLGA LUCIA

Ubicación principal del proyecto.: H NTRA SRA DE GRACIA

Servicio/Unidad principal .....: UTP HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA

Línea estratégica: Salud Mental

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
Dada la extensa lista de espera que tiene la unidad de trastornos de personalidad, acentuada si cabe por distintas causas tras la pandemia, se hace necesario optimizar los recursos existentes para dar mejor cobertura a las necesidades de los usuarios mientras esperan a ser ingresados en nuestra unidad, así como trabajar la relación terapéutica y la motivación del paciente.

**ÁREAS DE MEJORA**  
Paliar la lista de espera  
Reducir altas voluntarias

**ANALISIS DE CAUSAS**  
número escaso de camas de la unidad  
cierres de la unidad por situación de pandemia  
interrupción de ingresos por covid positivos

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
La unidad es supra sectorial, con lo que atiende usuarios de toda la comunidad autónoma que son derivados a nuestra unidad por su psiquiatra con un diagnóstico de trastorno de la personalidad. Esperamos con este programa mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento, fomentando la relación terapéutica desde antes del ingreso para maximizar el éxito del plan terapéutico.

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. valoración inicial al paciente y familiar si lo hay

Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 30/06/2024  
Responsable.: Esther López Mosteo

2. entrevistas mensuales periódicas  
Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 30/06/2024  
Responsable.: Esther López Mosteo

3. encuesta de satisfacción  
Fecha inicio: 02/01/2023  
Fecha final.: 30/06/2024  
Responsable.: Esther López Mosteo

**\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto**  
Las entrevistas periódicas mensuales comprenderán diferentes objetivos:  
- Favorecer la alianza terapéutica.  
- Intervenciones psicoeducativas.  
- Información extensa del funcionamiento de la unidad y análisis individualizado de posibles dificultades de adaptación auto percibidas.  
- Fomentar la conciencia de enfermedad si es necesario, o reducir estigma según el caso.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1126

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE DERIVADO A U.T.P. DURANTE LA LISTA DE ESPERA

- Potenciar la motivación al cambio y la participación activa en el proceso terapéutico personal, preparando psicológicamente al paciente para obtener el máximo aprovechamiento del programa.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Realización de valoraciones iniciales

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: valoraciones recibidas realizadas

Denominador .....: valoraciones recibidas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: lista de espera de la unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. entrevistas periódicas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: entrevistas periódicas realizadas (excepto por ausencia del paciente)

Denominador .....: entrevistas periódicas programadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: sistema de citas (PUTTY)

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. encuesta de satisfacción del paciente

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: encuesta positivas

Denominador .....: encuesta realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 4. renuncias a ingresar en la unidad tras entrevistas periódicas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: no ingresos

Denominador .....: ingresos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: lista de espera de la unidad y C.S.M.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#710

### 1. TÍTULO

#### MANUAL DE ACOGIDA DE LA UNIDAD DE CODIFICACION CLÍNICA

Fecha de entrada: 20/07/2022

Nº de registro: 2022#710 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SAURA HERNANDEZ SONIA

Título  
MANUAL DE ACOGIDA DE LA UNIDAD DE CODIFICACION CLÍNICA

Colaboradores/as:  
ESTABEN NAVARRO SILVIA  
LAMPEREZ MATUTE SARA  
LOZANO ALONSO MARIA ELENA  
ROMERO CUENCA FRUCTUOSO

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: ADMISION

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Para facilitar la incorporación de la nueva plantilla de Codificación y del posible personal eventual se propone la elaboración de un manual de acogida que incluya información general relacionada con el Hospital y con la Unidad de Codificación, además de información específica del funcionamiento de la Unidad y de los consensos internos de codificación de episodios hospitalarios a los que se ha llegado con los diferentes Servicios Clínicos. Estos consensos son de especial relevancia para unificar criterios entre el equipo de codificación y los responsables de las altas hospitalarias.

#### ÁREAS DE MEJORA

Compartir con los codificadores que se incorporen a la Unidad los acuerdos internos a los que se ha llegado con los Servicios Clínicos desde el 01/01/2016, fecha en la que se cambió la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9-MC a CIE-10-ES. Actualmente, cada codificador tiene sus "apuntes" pero no existe un documento común con el contenido revisado y consensuado, por lo que un mismo Informe de Alta podría ser codificado de forma diferente por distintos codificadores.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Al no estar creada la categoría de Técnico de Documentación y Administración Sanitaria no existía bolsa de contratación ni se habían celebrado oposiciones. Actualmente, la categoría ya ha sido creada, la bolsa de contratación publicada y en mayo del 2020 tuvo lugar la primera oposición de esta categoría que a día de hoy está pendiente de resolución. Hasta ahora, no se había detectado la necesidad de tener disponible un documento que explicase el funcionamiento de la Unidad de Codificación y que contuviese los acuerdos internos de Codificación para poder consultarlos en caso de duda. En previsión de que en próximas fechas tenga lugar la incorporación de personal fijo, así como la posible contratación de personal eventual, se ha observado que sería de gran utilidad la elaboración de este manual de acogida.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Elaborar un Manual de Acogida para personal fijo de próxima incorporación y personal eventual que contenga información general del Hospital y de la Unidad de Codificación, objetivos de la Unidad, metodología de trabajo, los consensos de codificación y el plan de formación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión de los consensos entre los actuales codificadores.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Sonia Saura Hernández

2. Redacción de los mismos.

Fecha inicio: 16/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Sonia Saura Hernández

3. Elaboración del Manual de Acogida.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Sonia Saura Hernández

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#710

### 1. TÍTULO

#### MANUAL DE ACOGIDA DE LA UNIDAD DE CODIFICACION CLÍNICA

1. % Servicios/Especialidades Clínicas revisadas.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° Servicios/Especialidades Clínicas revisadas.

Denominador .....: N° total de Servicios/Especialidades Clínicas con acuerdos.

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Índice de concordancia en Diagnóstico Principal (DxP).

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° Altas codificadas con mismo DxP por los distintos codificadores.

Denominador .....: N° total altas de la muestra.

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Índice de concordancia en Procedimiento Principal (PxP).

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° Altas codificadas con mismo PxP por los distintos codificadores.

Denominador .....: N° total altas de la muestra.

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Se codifican todas las patologías que aparecen en la CIE

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1284

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS ALERGOLOGICOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE ALERGOLOGÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA CON ARREGLO A LAS RECOMENDACIONES ACTUALES

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1284 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
PEREZ CAMO IGNACIO JAVIER

Título  
ANÁLISIS DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS ALERGOLOGICOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE ALERGOLOGÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA CON ARREGLO A LAS RECOMENDACIONES ACTUALES

Colaboradores/as:  
AGULLO GARCIA ANA  
COMPES GARCIA ESTHER  
VILLAS MARTINEZ FELICITAS

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: ALERGOLOGIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAC) en el contexto de su plan estratégico estableció la necesidad de "la difusión y generación del conocimiento, centrado en la práctica clínica de excelencia marcando sus estándares a nivel del territorio nacional". Esta práctica clínica ha de centrarse en las necesidades de los pacientes y la población en general, y debe garantizar su seguridad y la calidad de la prestación. Para ello, elaboró el documento "Recomendaciones de calidad y seguridad en Alergología" (RESCAL), con el objetivo de valorar proporcionar una serie de recomendaciones que permitan desarrollar la práctica clínica alérgica en ese contexto de calidad y seguridad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Calidad y seguridad en la atención de procedimientos en Alergología

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Actualización de los requerimientos necesarios al riesgo intrínseco de cada procedimiento en particular de acuerdo con las características particulares de cada paciente y entorno profesional

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Identificar el grado de cumplimiento de las recomendaciones actuales de calidad y seguridad en los procedimientos en Alergología, así como del cumplimiento de los estándares mínimos en relación a los niveles asistenciales para la realización de procedimientos propios de mejora.  
Elaboración de un documento base con la identificación del cumplimiento de la recomendaciones y estándares así como de las propuestas necesarias para su cumplimiento.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Identificación de procedimientos y niveles asistenciales realizados actualmente. Asignación de procedimientos a niveles asistenciales  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Ignacio Javier Pérez Camo

2. Valoración del cumplimiento de los estándares mínimos en relación a los niveles asistenciales (recursos estructurales y de equipamiento)

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Ignacio Javier Pérez Camo

3. Valoración del cumplimiento de las recomendaciones de calidad y seguridad en los procedimientos propios realizados

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Ignacio Javier Pérez Camo

4. Elaboración de un documento base con la identificación del cumplimiento de la recomendaciones y estándares así como de las propuestas necesarias para su cumplimiento.

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Ignacio Javier Pérez Camo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1284

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS ALERGOLOGICOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE ALERGOLOGÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA CON ARREGLO A LAS RECOMENDACIONES ACTUALES

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Niveles asistenciales analizados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de niveles asistenciales analizados

Denominador .....: número de niveles asistenciales existentes en el Servicio de Alergia del Hospital Royo

Villanova

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documento final y documento RESCAL

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Procedimientos propios analizados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de Procedimientos propios analizados

Denominador .....: Número de Procedimientos propios realizados en en el Servicio de Alergia del Hospital Royo

Villanova

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documento final y documento RESCAL

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología propia de la especialidad de Alergología (se incluirán CIEs en el documento final)

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1232

### 1. TÍTULO

#### FISIOTERAPIA RESPIRATORIA PERIOPERATORIA

Fecha de entrada: 06/08/2022

Nº de registro: 2022#1232 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA-CONSUEGRA TIRADO PATRICIA

Título  
FISIOTERAPIA RESPIRATORIA PERIOPERATORIA

Colaboradores/as:  
ARAUZO CASEDAS PAULA  
BONO ARIÑO MARIA DEL CARMEN  
FIGUEIREDO MAGALHAES CORINNE  
GIMENO GARCES LUCIA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2020, las enfermedades respiratorias fueron la cuarta causa más frecuente de muerte en nuestro país, con el 8,6% del total y una tasa de 89,6 fallecimientos por cada 100.000 habitantes. Respecto al año anterior, los fallecimientos debidos a enfermedades infecciosas aumentaron un 1220,4%, debido a la infección por el COVID-19, que se ha convertido en la tercera causa de muerte con el 16,4% del total (y una tasa de 170,6).

Según la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), en 2018 existía una prevalencia de enfermedades pulmonares obstructivas de un 12,4% en España. Además, un 25% de la población es fumadora activa.

Se ha comprobado que los efectos de la COVID-19 en pacientes con enfermedades respiratorias previas como apnea obstructiva del sueño (AOS), Enfermedad obstructiva crónica (EPOC), Asma, enfermedades vasculares e intersticiales, el tabaquismo y cáncer de pulmón son más nocivos y tienen mayor riesgo de fallecer. La afectación del pulmón es mayor en estos pacientes y su recuperación más prolongada.

Estos datos nos demuestran que las patologías respiratorias son muy frecuentes en nuestro medio y la situación actual de la alta incidencia de infección de COVID-19 (IA 1134 a 14 días/100.000 habitantes mayores de 60 años en la provincia de Zaragoza), debe hacernos tener en cuenta estos dos factores en la consulta preanestésica, para preparar a los pacientes de la mejor manera posible para afrontar el estrés quirúrgico y anestésico, especialmente en la anestesia general.

En el Hospital Royo Villanova en el año 2021 se realizaron entorno a 6000 actos anestésicos. Según los datos expuestos anteriormente, un considerable porcentaje de los pacientes en los que vayamos a realizar un acto anestésico, padecen alguna enfermedad respiratoria o han contraído la COVID-19. La situación respiratoria con la que llegan los pacientes al quirófano es importante para minimizar las posibles complicaciones perioperatorias. Estas complicaciones que pueden surgir tanto en el intraoperatorio (Broncoespasmo, dificultad de ventilación mecánica invasiva, barotrauma, neumotórax, dificultad de extubación...) como en el postoperatorio (retención de secreciones, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria...), se podrían minimizar optimizando la situación del paciente antes de la fecha de intervención.

#### ÁREAS DE MEJORA

Prevenir posibles complicaciones respiratorias perioperatorias con el fin de que la recuperación de los pacientes mejor.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Las complicaciones respiratorias pueden deberse a múltiples motivos (tipo de anestesia, tipo de cirugía, patologías crónicas, estado del paciente previo a la intervención, tiempo quirúrgico, dolor postoperatorio, errores humanos...), con este proyecto queremos mejorar el estado de los pacientes previo a la cirugía.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Creación de una tabla de ejercicios respiratorios sencilla y de fácil comprensión, para realizar en casa las semanas previas a la intervención quirúrgica, que se explicará por el facultativo en la consulta de preanestesia, con objeto de mejorar la capacidad pulmonar y de esta forma, disminuir las complicaciones pulmonares perioperatorias.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación del grupo de mejora

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: PATRICIA GARCIA-CONSUEGRA TIRADO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1232

### 1. TÍTULO

#### FISIOTERAPIA RESPIRATORIA PERIOPERATORIA

2. Reuniones con los facultativos del grupo para crear la tabla de ejercicios de la forma más sencilla posible, para asegurar la comprensión y la adhesión de la misma por parte de los pacientes.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: PATRICIA GARCIA CONSUEGRA TIRADO

3. Realización e impresión de los ejercicios en formato papel.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: LUCIA GIMENO GARCES

4. Puesta en marcha del Material específico

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: CARMEN BONO ARIÑO

5. Poner a disposición de los pacientes un teléfono de contacto para resolver problemas o dudas que surjan o si fuera necesario volverlos a citar en consulta para nueva valoración

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: CARMEN BONO ARIÑO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizara una evaluación con todo el servicio de anestesia tras el último trimestre de 2022, para contrastar impresiones y experiencias, con el fin de decidir si esta iniciativa se queda como rutinaria en este tipo de pacientes.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % DE PACIENTES SOMETIDOS UNA CIRUGÍA A LOS QUE SE LES EXPLICA LOS EJERCICIOS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: PACIENTES QUE SE LES EXPLICAN LOS EJERCICIOS EN LA CONSULTA DE ANESTESIA

Denominador .....: TOTAL DE PACIENTES INTERVENIDOS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: EN EL PREOPERATORIO SE INDICARA SI SE LE PROPORCIONAN LOS EJERCICIOS EN LA CONSULTA DE ANESTESIA

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % DE PACIENTES QUE HAN SEGUIDO LAS RECOMENDACIONES DEL FACULTATIVO

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: PACIENTES QUE REALIZAN LOS EJERCICIOS

Denominador .....: TODOS LOS PACIENTES A LOS QUE LES FACILITA LOS EJERCICIOS RESPIRATORIOS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: SE PREGUNTARA EN LA ENTREVISTA QUE SE LE REALIZA ANTES DE ENTRAR EN QUIROFANO SI SE HAN REALIZADO LOS EJERCICIOS

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1190

### 1. TÍTULO

#### VIGILANCIA DE LA PROTECCION DE LOS PUNTOS DE APOYO EN EL PACIENTE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1190 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DIESTE GONZALEZ MARIA MERCEDES

Título  
VIGILANCIA DE LA PROTECCION DE LOS PUNTOS DE APOYO EN EL PACIENTE QUIRURGICO

Colaboradores/as:  
BENITO IRITIA MARIA PILAR  
CASTAN ARA RICARDO  
JULVE BONET CARLOS JESUS  
MUÑOZ ABAD MARIA TERESA  
RUIZ ASENSIO LUIS MIGUEL  
SANZ LAZARO JESUS ANGEL

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO, ESTERILIZACION

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Tanto la protección de los puntos de apoyo como la posición del paciente quirúrgico en la mesa quirúrgica es básico para que la intervención sea un éxito.

Que esto no se lleve a cabo correctamente implicaría riesgo de lesión tanto neurológica como muscular en el paciente.

Además la correcta colocación y acondicionamiento de los puntos de apoyo favorece el trabajo tanto del personal facultativo como de enfermería.

#### ÁREAS DE MEJORA

Las áreas de mejora son principalmente la difusión y la implicación de todo el personal en la importancia de proteger estas zonas de apoyo.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En una intervención quirúrgica no solo es importante la intervención sino que es importante todo lo que rodea a este paciente quirúrgico, esto implica evitar lesiones no relacionadas con la operación. En éste trabajo pretendemos concienciar a todo el personal de la importancia de la seguridad del paciente y como debemos asegurarnos de hacerlo bien.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Con este trabajo pretendemos que un alto porcentaje de pacientes quirúrgicos se sometan a la intervención asegurándonos de que tanto la posición como sus puntos de apoyo están correctamente.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones con el grupo de trabajo para empezar a confeccionar el chek-in que nos aseguro la correcta protección del paciente

Fecha inicio: 29/08/2022

Fecha final.: 03/10/2022

Responsable.: M Mercedes Dieste

2. Preparación del material de protección y accesorios de la mesa quirúrgica para poner en marcha el trabajo

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 18/10/2022

Responsable.: Ricardo Castan

3. Reuniones con el equipo quirúrgico para difundir nuestro trabajo y la importancia del mismo

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 08/12/2022

Responsable.: Pilar Benito y Teresa Muñoz

4. Talleres de como proteger correctamente los puntos de apoyo

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 02/02/2023

Responsable.: Carlos Julve y Jesus Sanz

5. Recogida y tratamiento de datos

Fecha inicio: 03/04/2023

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Luis Miguel Ruiz



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1190

### 1. TÍTULO

#### VIGILANCIA DE LA PROTECCION DE LOS PUNTOS DE APOYO EN EL PACIENTE QUIRURGICO

6. Conclusiones y ámbitos de mejora

Fecha inicio: 12/06/2023

Fecha final: 03/07/2023

Responsable.: M Mercedes Dieste

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de personal del bloque quirúrgico que reciben la información

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de profesionales que acuden a la formación

Denominador .....: número del personal total del bloque quirúrgico

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: personal del bloque quirúrgico

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

2. % de pacientes a los que se les aplica el chek-in de protección puntos de apoyo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de pacientes que han pasado el chek-in en el quirófano de referneicia

Denominador .....: nº total de pacientes operados en el quirófano de referneicia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registros de intervención

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> pacientes quirúrgicos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#669

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL INFORME DE ALTA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA O SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Fecha de entrada: 16/07/2022

Nº de registro: 2022#669 \*\* Cardiopatía Isquémica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ LABUENA ANA

Título  
MEJORA DEL INFORME DE ALTA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA O SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Colaboradores/as:  
CORDON RUIZ RUBEN  
LAITA MONREAL SANTIAGO

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: Cardiopatía Isquémica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la actualidad, el informe de alta contiene muchos datos sobre los antecedentes, motivo del ingreso, exploración, pruebas realizadas y diagnóstico, datos que están todos incluidos y accesibles en la historia clínica electrónica. Sin embargo, es muy importante incluir información necesaria para que el paciente y su médico de atención primaria conozca.

#### ÁREAS DE MEJORA

Falta de información para el adecuado seguimiento y tratamiento del paciente al alta

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Informes de alta centrados en el estudio/tratamiento realizado en el hospital

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Realizar informe de alta hospitalaria con el tratamiento a seguir escrito de forma clara y sencilla, la dosis y cuándo tomarlo, también la dosis objetivo a alcanzar de cara al ajuste de dosis por parte del médico de atención primaria. Establecer también objetivos terapéuticos específicos relacionados con el control de los factores de riesgo cardiovascular. Adjuntar en el informe de alta fecha de cita para revisión en la consulta.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar documento que se agregará al informe de alta de los paciente con IC o SCA y que se puede personalizar según el paciente

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Todos los participantes

2. Presentarlo al resto de cardiólogos del servicio para formular mejoras y aprobarlo

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 02/11/2022

Responsable.: Todos los participantes

3. Iniciar la inclusión del documento en los informes de alta

Fecha inicio: 14/11/2022

Fecha final.: 01/02/2023

Responsable.: Todos los participantes

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes con nuevo informe

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes dados de alta por IC/SCA con nuevo informe

Denominador .....: Pacientes dados de alta por IC/SCA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#669

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL INFORME DE ALTA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA O SÍNDROME CORONARIO AGUDO

2. Pacientes con cita  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Pacientes dados de alta por IC/SCA con cita de consulta  
Denominador .....: Pacientes dados de alta por IC/SCA  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#680

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA EL SEGUIMIENTO PRECOZ AL ALTA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Fecha de entrada: 17/07/2022

Nº de registro: 2022#680 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALIACAR MUÑOZ MARTA

Título  
DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA EL SEGUIMIENTO PRECOZ AL ALTA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Colaboradores/as:  
ANGULO PALACIN ANA CRISTINA  
BIERGE VALERO DAVID  
CASABONA CABELLO EUGENIA  
LEGAZCUE GOÑI ANA ISABEL  
MARTINEZ LABUENA ANA  
MILLAN LANGARITA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La insuficiencia cardiaca (IC) representa en España la tercera causa de mortalidad cardiovascular y es la primera causa de hospitalización en la población mayor de 65 años. Tras un primer diagnóstico de IC son frecuentes los reingresos hospitalarios, sobre todo en los 30 primeros días. La puesta en marcha de Unidades Multidisciplinares para el seguimiento y tratamiento de la IC ha demostrado la reducción en los reingresos hospitalarios, en la mortalidad, ha aumentado la calidad de vida de los pacientes y ha disminuido el coste sanitario. Dentro de estas unidades, tiene un papel fundamental el trabajo conjunto médico-enfermera/o y el desarrollo de consultas de enfermería. El trabajo desarrollado por la Enfermería aporta educación al paciente y su entorno en el manejo de su enfermedad, en su autocuidado, toma de constantes, reconocimiento de signos de alarma de descompensación, titulación de fármacos y manejo precoz de los síntomas. También es el enlace entre Cardiólogo y Paciente y entre Cardiólogo y Atención Primaria.

#### ÁREAS DE MEJORA

- No se dispone de Enfermera/o que gestione la consulta especializada de IC que se desarrolla en Hospital Royo Villanova
- No se dispone de un enlace entre los pacientes y el Cardiólogo encargado de dicha consulta
- No se realiza una educación cercana y tranquila al paciente y sus cuidadores sobre los hábitos de vida que debe modificar, autocuidados y signos de alarma de descompensación
- No se cumple con el decálogo de la Sociedad Española de Cardiología para la transición precoz al alta, con una primera visita antes de los 15 días del alta hospitalaria

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Falta de personal
- Falta de espacio físico para realizar la consulta
- Falta de coordinación entre Atención Primaria y Consulta especializada de IC

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La formación de enfermeras/os de las Pruebas funcionales de Cardiología y de las consultas externas de Cardiología del Ambulatorio de Grande Covián en la realización de una consulta de enfermería que aporte una dedicación amplia y cuidada al paciente dado de alta con diagnóstico de IC y que le aporte información sobre su enfermedad, autocuidados, detección precoz de síntomas o signos que predigan descompensación y posibilidad de titulación de fármacos

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Presencia activa en la consulta especializada de IC realizada en Hospital Royo Villanova  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Dr Bierge

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Se ofertará la posibilidad de estancias o cursos en otras Unidades de IC avazada

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Tasa de enfermeras/os formadas hasta diciembre de 2022  
Tipo de indicador: Alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#680

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA EL SEGUIMIENTO PRECOZ AL ALTA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Numerador .....: N° de enfermeras formadas hasta diciembre de 2022  
Denominador .....: N° total de enfermeras de pruebas funcionales y consultas externas de Cardiología  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Registro de formación  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

2. Tasa de pacientes dados de alta con diagnóstico de IC y revisados en menos de 15 días en 2023  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes dados de alta con diagnóstico de IC y revisados en menos de 15 días en 2023  
Denominador .....: N° total de pacientes dados de alta con diagnóstico de IC en 2023  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Tasa de reingresos precoces en pacientes con IC en 2023  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de reingresos precoces por IC en 2023  
Denominador .....: N° pacientes dados de alta con diagnóstico de IC en 2023  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 7.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 7.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#990

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA ATENCION DE PACIENTES ANTES Y DESPUES DE UN CATETERISMO CARDIACO

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#990 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
AUQUILLA CLAVIJO PABLO

Título  
PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA ATENCION DE PACIENTES ANTES Y DESPUES DE UN CATETERISMO CARDIACO

Colaboradores/as:  
CORDON RUIZ RUBEN  
LAITA MONREAL SANTIAGO  
SERRANO PEREGRINA MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el Hospital Royo Villanova, principalmente en el servicio de Cardiología, se atiende a pacientes con distintas patologías que pueden requerir un cateterismo cardiaco tanto de forma urgente como programada. Para este segundo caso y al que va especialmente dirigido este documento las principales indicaciones son:

- Síndrome coronario agudo.
- Sospecha de enfermedad arterial coronaria (EAC) en pacientes con sospecha de EAC tanto clínica como por pruebas complementarias.
- Pacientes con diagnóstico de valvulopatías graves que requieren un cateterismo cardiaco como parte del estudio previo a cirugía cardiaca

Nuestro centro de referencia para la realización de cateterismo cardiaco programado es la Unidad de Hemodinámica del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS). Dicha unidad recibe pacientes de los centros sanitarios dentro del sector I, principalmente el Hospital Royo Villanova.

-Las áreas de mejora sobre las que se quiere actuar están encaminadas a unificar las actuaciones de los profesionales implicados en los cuidados que requiere un paciente que va a ser sometido a un cateterismo cardiaco programado, tanto antes como después del mismo

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar y unificar la actuación de los profesionales implicados en los cuidados que requiere un paciente que va a ser sometido a un cateterismo cardiaco programado, tanto antes como después del mismo

#### ANALISIS DE CAUSAS

No se dispone de un protocolo sobre la actuación en un paciente que será sometido a un cateterismo cardiaco.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Unificar las actuaciones de los profesionales implicados en los cuidados que requiere un paciente que va a ser sometido a un cateterismo cardiaco programado, tanto antes como después del mismo.
- Crear una infografía para la unidad de enfermería de la planta de Cardiología como documento de referencia en los cuidados pre y post cateterismo cardiaco.
- Optimizar la información clínica sobre el paciente y agilizar el acceso a dicha información el día del procedimiento.
- Facilitar la coordinación y comunicación entre los profesionales implicados.
- Mejorar la detección y tratamiento oportuno de las posibles complicaciones tras un cateterismo cardiaco.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Crear una infografía para la unidad de enfermería de la planta de Cardiología como documento de referencia en los cuidados pre y post cateterismo cardiaco.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: PABLO AUQUILLA CLAVIJO

2. Redactar un protocolo de actuación dirigido al personal médico y de enfermería con las pautas de actuación simplificadas para la atención de un paciente antes y después de un cateterismo cardiaco.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: PABLO AUQUILLA CLAVIJO

3. Realizar una reunión con representantes del personal de enfermería, auxiliares de enfermería y médicos de planta de Cardiología para discutir y dar puntos de vista en la realización de dicho protocolo.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 10/10/2022

Responsable.: PABLO AUQUILLA CLAVIJO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#990

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA ATENCION DE PACIENTES ANTES Y DESPUES DE UN CATETERISMO CARDIACO

4. Realizar una reunión por vía telemática con personal médico y de enfermería de nuestra Unidad de Hemodinámica de referencias para plantear conductas de actuación unificada del protocolo

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 10/10/2022

Responsable.: PABLO AUQUILLA CLAVIJO

5. Tras la aprobación del Protocolo por la comisión pertinente en nuestro centro se llevará a cabo una sesión para la presnetación del mismo a todo el personal sanitario que labora en nuestro servicio.

Fecha inicio: 14/11/2022

Fecha final.: 28/11/2022

Responsable.: PABLO AUQUILLA CLAVIJO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cumplimiento del cronograma de actividades.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de actividades cumplidas.

Denominador .....: Total de actividades planificadas.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cronograma de las actividades del proyecto de mejora.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Número de pacientes a los que se les ha aplicado el protocolo y se ha cumplida el checklist.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes a los que se les ha aplicado el protocolo.

Denominador .....: Número de pacientes que ingresan para realizarse un cateterismo cardiaco.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de pacientes que ingresan para realización de un cateterismo cardiaco en un plazo de 2 meses.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#930

### 1. TÍTULO

#### AUTOTRANSPLANTE DE MICROBIOTA EN EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS POR EXCLUSIÓN

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#930 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FERRER SOTELO ROCIO

Título  
AUTOTRANSPLANTE DE MICROBIOTA EN EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS POR EXCLUSIÓN

Colaboradores/as:  
BLAS LAINA JUAN LUIS  
CABRERA CHAVES TOMAS  
CAMPILLO MARTINEZ JAVIER  
CROS MONTALBAN BEATRIZ  
GARCIA EGEA JORGE  
PUISAC URIOL LUCIA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La creación de una ileostomía de protección, en asa o derivativa consiste en la derivación del íleon terminal (abocándolo a la piel), a fin de evitar el tránsito intestinal por la anastomosis de forma temporal. Es la única medida preventiva que ha demostrado tener efectividad y algunos estudios han probado que su ausencia es un factor de riesgo para la aparición de una dehiscencia anastomótica después de una exéresis total del mesorrecto en pacientes con cáncer de recto.

Sin embargo, ha de tenerse en cuenta, que las ileostomías no están exentas de provocar complicaciones (deshidratación por elevadas pérdidas de líquidos, irritación cutánea, prolapso del estoma...) dando lugar a trastornos en la vida de los pacientes, por lo que es necesario el restablecimiento del tránsito intestinal lo antes posible. Diversos estudios apuntan a que podría realizarse el cierre antes de los 3 meses, sin embargo, debido al tratamiento adyuvante o a la persistencia de una dehiscencia a nivel de la anastomosis, esto no siempre es posible.

En ocasiones y sobretodo en cirugías de urgencia, se realiza resecciones de colon, dejando ileostomía terminales y fístulas mucosas colónicas con el fin de no hacer anastomosis ileocólicas en pacientes de alto riesgo de dehiscencias, de manera que se deja excluido el colon distal.

En estos casos, cabe destacar, el apoyo del estomaterapeuta que es fundamental para resolver dudas como el tipo de dieta que puede disminuir la diarrea, cuanto líquido se debe ingerir para compensar un alto débito o qué tipo de dispositivos se adaptan mejor a un estoma.

La complicación más frecuente tras la intervención del cierre de ileostomía o reconstrucción del tránsito intestinal tras ileostomía y fístula mucosa, es el íleo paralítico, con una incidencia de hasta el 29%, lo que condiciona, además de un mayor malestar del paciente, una estancia hospitalaria y un gasto sanitario mayores. Así mismo, dado que durante el funcionamiento de la ileostomía, el íleon distal y el colon quedan inactivos al encontrarse excluidos del tránsito intestinal con ausencia de estímulos mecánicos y nutrientes, se produce una serie de importantes cambios fisiológicos en la mucosa intestinal, con alteraciones de las vellosidades, neurotransmisores, motilidad del músculo liso y en la microbiota intestinal que condiciona de forma rápida la aparición de atrofia de la mucosa, lo que afecta a sus funciones digestiva, absorptiva y humoral. Estas alteraciones anatómicas y funcionales son la base de la aparición de múltiples complicaciones tras el cierre de la ileostomía.

En la literatura actual son muy limitados los estudios que intentan realizar una estimulación del intestino distal al estoma previa al cierre de la ileostomía. Se han intentado diversos mecanismos.

Este proyecto se crea de forma pionera, considerando estimular el tramo intestinal excluido con microbiota (heces) del propio paciente, con el objetivo de mantener o recuperar su función, así como favorecer o reactivar los microorganismos que la componen.

#### ÁREAS DE MEJORA

Evitar las consecuencias de la reconstrucción de tránsito intestinal sobre un colon excluido.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La colitis por exclusión se caracteriza por atrofia de la mucosa colónica. Analizamos los síntomas tras la reconstrucción de tránsito a los pacientes tratados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivo principal:

1. Disminuir las complicaciones postoperatorias mediante la rehabilitación del intestino excluido previa al cierre de la ileostomía de protección o reconstrucción del tránsito.

2. Reducir, por consiguiente, la estancia hospitalaria.

##### Objetivos secundarios

1. Evaluar los ítems que se exponen a continuación en relación al uso de la rehabilitación del intestino excluido:

a. íleo paralítico postoperatorio.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#930

### 1. TÍTULO

#### AUTOTRANSPLANTE DE MICROBIOTA EN EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS POR EXCLUSIÓN

- b. Infección de herida quirúrgica (cierre en bolsa de tabaco).
- c. Dehiscencia de anastomosis.
- d. Eventración/evisceración
- e. Colitis
- f. Incontinencia para gases.
- g. Incontinencia para heces.
- h. Urgencia defecatoria.
- i. Tenesmo.
- j. Dolor anal.
- k. Deposiciones líquidas.
- 1. Índice Síndrome de Resección Anterior Baja (LARS: Low Anterior Resection Syndrome)
- 2. Valoración de gravedad de las complicaciones según la clasificación de Calvien Dindo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - El estomaterapeuta explica al paciente y familiar o cuidador como realizar el proceso, entrega la información, incluido el consentimiento informado y realiza una demostración en la consulta.

Fecha inicio: 1/10/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Lucia Puisac/Javier Campillo

2. - Visitas diarias excepto fin de semanas durante las tres semanas previas al cierre de ileostomía

Fecha inicio: 1/10/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Lucia Puisac/Javier Campillo

3. Desde la consulta de revisión al mes de la cirugía, el procedimiento se complementa, con la realización de los ejercicios de Kegel, con la intención de tonificar la musculatura perineal.

Fecha inicio: 1/10/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Rocío Ferrer

4. Recogida de datos

Fecha inicio: 1/10/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: R. Ferrer, B. Cros, JL Blas

5. Colonoscopia preoperatoria

Fecha inicio: 1/10/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Tomás Cabrera

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

INICIO DE LA REHABILITACIÓN

- Tres semanas antes de la cirugía de cierre de la ileostomía. El cierre de ileostomía se realizará:

- A partir de los dos meses de la intervención quirúrgica en pacientes que no requieren tratamiento adyuvante.

- A partir del mes de la finalización del tratamiento adyuvante,

DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE REHABILITACION

- Se realiza durante las tres semanas previas al cierre de la ileostomía, de forma diaria, excepto sábados y domingos.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Gravedad de complicaciones (según clasificación Clavien Dindo)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: pacientes por grado complicación

Denominador .....: total de pacientes que han realizado la rehabilitación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: recogida de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Estancia media

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: días estancia

Denominador .....: estancias

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: recogida de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#930

### 1. TÍTULO

#### AUTOTRANSPLANTE DE MICROBIOTA EN EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS POR EXCLUSION

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Para evaluar el primer índice se tendrá en cuenta las siguientes complicaciones: íleo paralítico, colitis, incontinencia para gases/heces, urgencia defecatoria, tenesmo.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#840

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LA TELEDERMATOLOGÍA MEDIANTE IMAGEN CLÍNICA Y DERMATOSCOPICA EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#840 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CONEJERO DEL MAZO RAQUEL

Título  
EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LA TELEDERMATOLOGÍA MEDIANTE IMAGEN CLÍNICA Y DERMATOSCOPICA EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA

Colaboradores/as:  
FUENTELESAZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA  
GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER  
SOLANAS TREVIÑO RUTH

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: DERMATOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La patología tumoral dermatológica constituye entre el 25-30% de la derivación de Atención Primaria al Servicio de Dermatología.

Desde el año 2019 se ha formado por parte del Servicio de Dermatología, con carácter anual, a los Médicos y Pediatras de Atención Primaria a cerca de la patología tumoral benigna y maligna, y del uso de dermatoscopio en la misma. A su vez se ha dotado progresivamente a los Centros de Salud dependientes del sector I de soporte técnico (dermatoscopio y dispositivo para la toma de imágenes)

La teledermatología es una técnica que ha experimentado un gran desarrollo en España durante los últimos años, considerada una técnica emergente que comienza su fase de consolidación en nuestro país, y que ha visto acelerarse su implantación desde la pandemia covid-19.

#### ÁREAS DE MEJORA

La teledermatología ayuda al cribado, triaje y mejora de la prioridad asistencial. Disminuye lista de espera en lesiones sospechosas de malignidad. Evita desplazamientos en lesiones benignas que no requieren tratamiento, o lesiones que pueden ser tratadas en el centro de salud

#### ANALISIS DE CAUSAS

Cuánta más información se recoja del paciente y de mayor calidad, la capacidad diagnóstica aumenta. El instaurar la teledermatología incluyendo una imagen dermatoscópica aumenta la capacidad diagnóstica por parte del dermatólogo.

La teledermatología constituye un buen sistema de comunicación y colaboración entre Atención Primaria y Especializada.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Valorar la efectividad del programa de teledermatología mediante imagen clínica y dermatoscópica para el triaje y mejora de la prioridad asistencial de las neoplasias cutáneas
- Mejora de la comunicación entre ambos niveles asistenciales
- Contabilizar el número de interconsultas por teledermatología.
- Contabilizar el número de interconsultas que se resuelven sin cita presencial

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Contabilizar el número de interconsultas realizadas

Fecha inicio: 01/01/2021

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Facultativos del Servicio de Dermatología

2. Resolución de las interconsultas recibidas en un plazo inferior a 96 horas

Fecha inicio: 01/01/2021

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Facultativos del Servicio de Dermatología

3. % de consultas que se resuelven sin cita presencial

Fecha inicio: 01/01/2021

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Facultativos del Servicio de Dermatología

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#840

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DE LA IMPLANTACION DE LA TELEDERMATOLOGÍA MEDIANTE IMAGEN CLÍNICA Y DERMATOSCOPICA EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA

1ª y 2ª memoria)

1. Número total de interconsultas realizadas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de interconsultas realizadas

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

2. % interconsultas contestadas en menos de 96 horas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de interconsultas contestadas en menos de 96 horas

Denominador .....: Número total de interconsultas

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. % de interconsultas que se resuelven sin cita presencial

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de interconsultas que se resuelven sin cita presencial

Denominador .....: Número total de interconsultas

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#630

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION A PACIENTES PORTADORES DE SONDA DE GASTROSTOMÍA

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#630 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ANGULO PALACIN ANA CRISTINA

Título  
MEJORA EN LA ATENCION A PACIENTES PORTADORES DE SONDA DE GASTROSTOMÍA

Colaboradores/as:  
CARRASCO BLAS YOLANDA  
LOPE PRIETO ISABEL  
MARTINEZ LABORDA ESTHER MARIA  
MARTINEZ VICENTE MARIA PILAR  
MILLAN MATEO SARA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: DIGESTIVO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Mejora en la atención a pacientes portadores de Sonda de Gastrostomía

ÁREAS DE MEJORA  
Mejor control de pacientes portadores de PEG.  
Educación a personal responsable , familiares y pacientes sobre los cuidados de PEG.

ANALISIS DE CAUSAS  
Vacío asistencial para los pacientes portadores de sonda de gastrostomía, personal de referencia que puedan dirigirse pacientes familiares y otros profesionales ante complicaciones o problemas en la manipulación de las PEG.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
- Elevar el nivel de salud de las personas portadoras de PEG  
- Establecer circuitos con Atención Primaria y Trabajadora social para cuidados del paciente portador de PEG  
- Realizar captación y seguimiento de paciente portador de PEG  
- Reforzar la educación continua en relación con los cuidados de PEG  
- Detectar precozmente complicaciones-  
- Evaluar la calidad de vida del paciente y adaptación a la PEG

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Registro de pacientes portadores de sonda PEG  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: ANA CRISTINA ANGULO PALACIN

2. Creación de un agenda de citas de Enfermería  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: ANA CRISTINA ANGULO PALACIN

3. Educación del personal de Enfermería de la unidad sobre tipos de sonda, cuidados y actuación ante complicaciones  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: ANA CRISTINA ANGULO PALACIN

4. Creación de tríptico informativo sobre la sonda PEG para dar a los pacientes y familiares  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: ANA CRISTINA ANGULO PALACIN

5. Elaboración de Protocolo  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: ANA CRISTINA ANGULO PALACIN

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#630

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION A PACIENTES PORTADORES DE SONDA DE GASTROSTOMÍA

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de pacientes atendidos en la primera puesta de la sonda

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N°Total de pacientes atendidos  
Denominador .....: N°Total de pacientes atendidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Agenda HIS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.24  
Est.Máx.1ª Mem ..: 2.08  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.49  
Est.Máx.2ª Mem ..: 3.00

2. Número de pacientes atendidos en el primer cambio de sonda

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N°Total de pacientes atendidos  
Denominador .....: N°Total de pacientes atendidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Agenda HIS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.75  
Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 9.00

3. Número de pacientes atendidos mediante consulta telefónica

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N°Total de pacientes atendidos  
Denominador .....: N°Total de pacientes atendidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Agenda HIS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 9.11

4. Grado de adiestramiento (conocimiento/actitudes/habilidades) de pacientes y cuidadores

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N°Pacientes y cuidadores  
Denominador .....: N°pacientes y cuidadores  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de enfermería  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 9.11

5. Taller al personal de enfermería de servicio de Endoscopias

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N°Enfermeras del servicio de Endoscopias  
Denominador .....: N° de Enfermeras del servicio de Endoscopias  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de enfermería  
Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1158

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES VA A REALIZAR UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CON SEDACION PROFUNDA

Fecha de entrada: 02/08/2022

Nº de registro: 2022#1158 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ MILLAN MARIA

Título  
IMPLEMENTACION DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES VA A REALIZAR UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CON SEDACION PROFUNDA

Colaboradores/as:  
LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ISABEL  
MARCEN ECHANDI BEATRIZ  
MOSTACERO TAPIA SONIA  
NAVARRO DOURDIL MONICA  
PEÑA GONZALEZ ELENA  
SANZ SEGURA PATRICIA  
SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: DIGESTIVO

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las exploraciones y técnicas en nuestra especialidad han ido desarrollándose y cobrando importancia de forma exponencial en las últimas décadas. Estas pruebas no solo permiten la evaluación diagnóstica sino también la posibilidad de llevar a cabo técnicas terapéuticas cada vez más complejas y de riesgo, que no están exentas de complicaciones. En nuestro centro realizamos fundamentalmente endoscopia digestiva alta y baja, tanto diagnóstica como terapéutica. Este proyecto está dirigido al análisis de estas complicaciones, fundamentalmente las relacionadas con la colonoscopia, por su mayor frecuencia (hemorragia y perforación) y con la sedación profunda para intentar mejorar la seguridad de los pacientes a los que se les realiza una endoscopia digestiva en nuestra Unidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Endoscopia digestiva (complicaciones secundarias a la realización de la endoscopia y a la sedación profunda)

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El número de exploraciones endoscópicas se ha incrementado en los últimos años como consecuencia de los programas de cribado de CCR, mayor esperanza de vida de los pacientes, así como por la posibilidad de tratamiento endoscópico de un abanico cada vez más amplio de patologías gastrointestinales. Todo ello conlleva una mayor complejidad de las exploraciones, y por lo tanto, un mayor riesgo de iatrogenia. Entre las posibles complicaciones de la colonoscopia destaca, por su gravedad, la perforación intestinal.

Otra de las complicaciones relacionadas con la endoscopia es la hemorragia preriprocedimiento, particularmente en el caso de los pacientes con adenomas colorrectales en tratamiento con antiagregantes y anticoagulantes, cuyo manejo sigue generando incertidumbre entre profesionales sanitarios. Las guías de práctica clínica establecen unas recomendaciones sobre el manejo de estos fármacos y sobre los métodos de resección de lesiones colónicas con el fin de lograr una resección completa de las mismas y prevenir las complicaciones más frecuentes: hemorragia y síndrome postpolipectomía. Sin embargo, en la práctica real sigue existiendo variabilidad entre profesionales que podría homogeneizarse más y optimizar los resultados, repercutiendo todo ello en la seguridad del paciente, evitando o disminuyendo el número de complicaciones y la repetición de pruebas.

El desarrollo de estas técnicas ha llevado también a la necesidad de desarrollar una sedación que permita alcanzar el éxito de las mismas garantizando también su seguridad y confortabilidad. Actualmente, hay publicados múltiples estudios que demuestran que la sedación profunda guiada por endoscopistas y por el personal de enfermería endoscópica experimentados es una práctica segura, eficaz y eficiente. Las complicaciones más frecuentes durante la sedación profunda son la hipoxemia y la hipotensión. La primera de ellas es la más frecuente y, en la mayor parte de los casos, se revierte con maniobras sencillas, siendo necesaria la intubación orotraqueal de forma excepcional.

Para garantizar la seguridad en la sedación es muy importante la recogida de aquellos factores que vayan a determinar que la técnica sea de riesgo o una intubación difícil.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Primario: Mejorar las medidas de seguridad en la endoscopia digestiva en los pacientes a los que se les va a realizar, extremándolas en los pacientes con factores de riesgo de presentar complicaciones para reducir, en la medida de lo posible, la probabilidad de que aparezcan.  
Secundario: Hacer un uso racional de los recursos y las técnicas en la Unidad de Endoscopia Digestiva (UED) del Hospital Royo Villanova, basado en la evidencia disponible.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1158

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES VA A REALIZAR UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CON SEDACION PROFUNDA

1. Identificar factores de riesgo relacionados con la perforación iatrogénica secundaria a procedimientos endoscópicos, creando un score que ayude advertir al personal.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Patricia Sanz Segura

2. Desarrollar un documento propio y práctico para la intranet del sector de Zaragoza I de manejo de los antiagregantes y anticoagulantes en endoscopia digestiva y difundirlo en Atención Primaria.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Beatriz Marcén Echandi

3. Promover sesiones clínicas con el personal de la UED (médicos, enfermeras y TCAE) de actualización sobre manejo de antiagregantes y anticoagulantes periprocedimiento.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Sonia Mostacero Latapia

4. Identificar los factores de riesgo relacionados con una sedación profunda con Propofol y una intubación difícil, categorizándolos en la clasificación ASA, estimando su riesgo anestésico.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: María Pérez Millán

5. Revisar y actualizar el documento de vigilancia postpolipectomía que se entrega a los pacientes a los que se les acaba de realizar una resección compleja o de riesgo para minimizar los riesgos.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Elena María Peña González

6. Revisar y actualizar la formación sobre el manejo de los fármacos y las complicaciones secundarias a la sedación profunda.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Isabel López-Franco Jiménez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % pacientes en los que se ha estratificado el riesgo de perforación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº pacientes evaluados/estratificados previos a la colonoscopia

Denominador .....: nº colonoscopias totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Endobase

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % pacientes con perforación iatrogénica secundaria a la realización de una colonoscopia

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº perforación durante colonoscopia

Denominador .....: nº colonoscopias totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Endobase

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

3. % de pacientes que han recibido documento informativo tras polipectomía compleja

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº pacientes que reciben el documento

Denominador .....: nº total de pacientes a los que se le realiza polipectomía compleja

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1158

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES VA A REALIZAR UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CON SEDACION PROFUNDA

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % de pacientes que presentan una complicación hemorrágica tras la realización de una colonoscopia  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº pacientes que presentan una complicación hemorrágica  
Denominador .....: nº total de colonoscopias x 100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Endobase  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

5. % de pacientes que han presentado una complicación relacionada con la sedación  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº de pacientes que han presentado una complicación relacionada con la sedación  
Denominador .....: nº total de pacientes que han recibido sedación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Endobase  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

6. Reducción de iatrogenia asociada a la endoscopia digestiva terapéutica (colonoscopia)  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: nº pacientes que presentan una complicación iatrogénica en la colonoscopia  
Denominador .....: nº total de pacientes a los que se le realiza una colonoscopia terapéutica  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Endobase  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 6.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1247

### 1. TÍTULO

#### SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO HEPATICO EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1247 \*\* Crónico Complejo \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MOSTACERO TAPIA SONIA

Título  
SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO HEPATICO EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA

Colaboradores/as:  
CABRERA CHAVES TOMAS  
MARCEN ECHANDI BEATRIZ  
NERIN DE LA PUERTA JUAN MANUEL  
PALMERO PEREZ ANTONIA  
PEREZ MILLAN MARIA  
SANZ SEGURA PATRICIA  
SEBASTIAN DOMINGO JUAN JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: DIGESTIVO

Línea estratégica: Crónico Complejo

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El paciente crónico complejo hepático (PCCH) es un paciente frágil precisa de una atención sanitaria más intensiva, debido a que puede encontrarse en fase clínica avanzada de su enfermedad, tener disminuida la capacidad de autocuidado, y/o de una insuficiente red de apoyo social, por todo lo cual puede beneficiarse de la implementación de un programa integral llevado a cabo de forma coordinada entre atención primaria (AP) y especializada (AE), y con el apoyo de una enfermera de enlace.

#### ÁREAS DE MEJORA

Los PCCH precisan un seguimiento estrecho de su patología basal y complicaciones secundarias, que conllevan múltiples visitas a urgencias y, en ocasiones, múltiples ingresos hospitalarios, con un importante el consumo de los recursos pertinentes.

Así mismo, son pacientes con una enfermedad dinámica que precisa, en ocasiones, intervenciones precoces como modificación en sus tratamientos y educación preventiva, siendo relevante fomentar el autocuidado, para evitar descompensaciones e ingresos evitables.

Por otra parte, un grupo de estos pacientes pueden presentar un alto riesgo de vulnerabilidad psicosocial, que es preciso tener en cuenta para optimizar el manejo de su patología.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova, no se dispone de protocolos ni de un flujo de comunicación entre AE y AP que den respuesta precoz y adecuada a las necesidades preferentes de dichos pacientes. Además, carecemos de un circuito establecido de atención del PCCH en el hospital de día para realizar tratamientos periódicos, como paracentesis evacuadoras.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1) Estratificación de riesgo PCCH : basado en el modelo de Kaiser permanente de estratificación, en el que se distinguen tres categorías:  
Pacientes de riesgo bajo: pacientes con patologías crónicas con condiciones todavía en estadios incipientes. El objetivo para este nivel es ralentizar el progreso de la enfermedad y evitar que el paciente alcance niveles superiores de riesgo. Para ello se apoya la autogestión de la enfermedad y la educación de carácter preventivo y de hábitos saludables.  
Pacientes de riesgo medio: pacientes que presentan una complejidad de abordaje moderada. El objetivo, al igual que en el nivel bajo, es reducir la progresión mediante la planificación y gestión de la enfermedad que combine autogestión y cuidados profesionales.  
Pacientes de riesgo alto: son pacientes de gran complejidad, los cuales presentan frecuente comorbilidad. El objetivo en este nivel es reducir las reagudizaciones y los ingresos hospitalarios por medio de la gestión integral del caso, con cuidados fundamentalmente profesionales.
2. Ajuste del tratamiento habitual en función de la situación del paciente, acompañado de un documento /dossier dirigido al paciente y AP en casos concretos que lo precisen.
3. Facilitar el acceso a nuestro Servicio a través de la enfermera de enlace (teléfono de contacto de la consulta, correo electrónico, disponibilidad de consulta especializada) para evitar ingresos y consultas en AP y urgencias evitables.
4. Valorar la esfera psicosocial del paciente para identificar aquellos más vulnerables.
5. Mejorar la seguridad de la atención y disminuir la iatrogenia en la atención estos pacientes, poniendo énfasis en los pacientes polimedicados. Para ello, se realizarán actividades de revisión y conciliación de la medicación en las consultas de seguimiento, en la que participarán los profesionales de medicina y enfermería responsables del paciente.
6. Educación al paciente/ autocuidado por parte de enfermera de enlace y especialista en las consultas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1247

### 1. TÍTULO

#### SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO HEPATICO EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA

monográficas de hepatología: adicciones, medicación inmunosupresora, alimentación.

7. Adecuar el flujo de pacientes de la consulta al hospital de día de Medicina Interna (HDMI) para realizar paracentesis evacuadoras periódicas programadas, estableciendo agendas específicas adecuadas para su realización.

8. Se implementará un protocolo para la infusión crónica de albúmina en pacientes con cirrosis hepática descompensada para llevar a cabo en HDM.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Potenciar el papel de la enfermera de enlace de hepatología, con sesiones de formación específica previas.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: SONIA MOSTACERO TAPIA

2. Realización de un documento de manejo dirigido a AP sobre cuidados domiciliarios en pacientes con cirrosis hepática descompensada

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: SONIA MOSTACERO TAPIA

3. 3. Elaboración de dossiers que apoyan el proceso asistencial y de cuidados en la consulta monográfica de hepatología

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: PATRICIA SANZ SEGURA

4. 4. Revisión sistemática y ajuste de la medicación de pacientes que acuden a consulta monográfica de hepatología.

Promover tareas de conciliación

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/04/2023

Responsable.: MARIA PEREZ MILLAN

5. 5. Sistema de puntuación para estratificar la fragilidad del PCCH (alto/bajo riesgo) mediante el cuestionario de Barber y la escala sociofamiliar de Gijón

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/04/2023

Responsable.: BEATRIZ MARCEN ECHANDE

6. 6. Programar, de forma reglada, las paracentesis evacuadoras en HDMI e implementar un protocolo infusión crónica albúmina en pacientes con cirrosis hepática descompensada

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: TOMAS CABRERA CHAVEZ

7. 7. Establecer circuito bidireccional AP enfermera enlace- FEA Digestivo de hepatología para la comunicación precoz en situaciones preferentes

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: MARIA ANTONIA PALMERO PEREZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % PCCH estratificados según scores validados (fragilidad y psicosocial)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: PCCH estratificados

Denominador .....: POBLACION DIANA PCCH CONSULTA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. % de pacientes de la población diana a los que se realiza educación y se les facilita alguna guía de

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: PCCH a los que se realiza educacion

Denominador .....: POBLACION DIANA PCCH CONSULTA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1247

### 1. TÍTULO

#### SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO HEPATICO EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. % pacientes de la población a estudio a los que realiza revisión y conciliación de polimedicación en  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: PCCH a los que se realiza revision y conciliacion  
Denominador .....: POBLACION DIANA PCCH CONSULTA  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: hce  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. . % pacientes derivados a HDMI para programar paracentesis evacuadora con un flujo establecido  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: PCCH a los que se realiza paracentesis evacuadora  
Denominador .....: PCCH ASCITIS A TENSION  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. % de pacientes de la población diana que utilizan acceso telemático para resolver dudas pertinentes  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: PCCH que utilizan acceso telematico  
Denominador .....: POBLACION DIANA PCCH CONSULTA  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. % de consultas telematicas realizadas por AP y cuáles evitan consumo recursos innecesarios  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: PCCH que evitan acuden a urgencias  
Denominador .....: PCCH consultados por ap de forma telematica  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. Desprescripción de medicación innecesaria. Disminuir la polimedicación y los efectos adversos  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: PCCH con desprescripcion  
Denominador .....: POBLACION DIANA PCCH CONSULTA  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#546

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE EXITUS EN ARCHIVOS HRV - CRUCE DE BASES DE DATOS BDU/HIS

Fecha de entrada: 11/07/2022

Nº de registro: 2022#546 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LORENTE GORDO PURIFICACION

Título  
GESTION DE EXITUS EN ARCHIVOS HRV - CRUCE DE BASES DE DATOS BDU/HIS

Colaboradores/as:  
CALVO NAVALMORAL MIGUEL EDUARDO  
CIPRIAN GALINDO MARIA ROSARIO  
ESTABEN NAVARRO SILVIA  
LOZANO PERALES MARIA DEL MAR  
PALACIAN ESTARAN ANA MARIA  
PICON GONZALEZ SERGIO  
VISIERES PEREZ VICTOR

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Situación de Partida: los pacientes exitus en Hospitalización y comunicados a Consultas Externas se derivan al archivo y se les da de baja en HIS.

No hay establecida una conexión con Atención primaria para que nos comunique el resto de fallecimientos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualización periódica de la base de datos.

Anular actividad pendiente, pudiendo recuperar los huecos que generen para otros pacientes.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Distintas bases de datos: conseguir que BDU y HIS se crucen periódicamente y nos aporten los datos a la Unidad de Archivos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Establecer una cronología para desarrollar esta tarea varias veces al año y actualizar la base de datos de especializada.

El objetivo principal es anular toda la actividad pendiente de estos pacientes (citas en consultas externas y Lista de Espera Quirúrgica, en mayor medida) para asignarla a otros pacientes .

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. CRUCE DE BASES DE DATOS Y PREPARACIÓN DE LISTADOS DE TRABAJO

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 17/07/2022

Responsable.: Miguel Eduardo Calvo Navalmoral

#### 2. ACTUALIZACIÓN DE HIS: CAMBIAR EL ESTADO DEL PACIENTE A EXITUS Y PONER LA FECHA DEL FALLECIMIENTO.

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: María Purificación Lorente Gordo

#### 3. LOCALIZACIÓN DE HISTORIAS FÍSICAS: PREPARACIÓN DE CAJAS CON LAS HISTORIAS Y ENVÍO CON SU INVENTARIO A LA EMPRESA QUE NOS CUSTODIA EL PASIVO.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: María Purificación Lorente Gordo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. MODIFICACIÓN DE DATOS EN HIS

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: 100

Denominador .....: 100

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: LISTADOS PREPARADOS POR INFORMÁTICA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#546

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE EXITUS EN ARCHIVOS HRV - CRUCE DE BASES DE DATOS BDU/HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. LOCALIZACIÓN E INVENTARIO HISTORIAS FÍSICAS

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: 100  
Denominador .....: 100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: LISTADOS PREPARADOS POR INFORMÁTICA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#859

### 1. TÍTULO

#### PORYECTO DE MEJORA DE LA PREHABILITACION QUIRURGICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA ONCOLOGICA DIGESTIVA

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#859 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GRACIA GIMENO PAULA

Título  
PORYECTO DE MEJORA DE LA PREHABILITACION QUIRURGICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA ONCOLOGICA DIGESTIVA

Colaboradores/as:  
AGUDO TABUENCA ANA  
GASCON GRIMA MONICA  
ILUNDAIN GONZALEZ ANA ISABEL  
MARTINEZ GARCIA MARIA  
MELCHOR LACLETA MARIA ISABEL  
PAMPLONA CIVERA MARIA JOSEFA  
VIDAL PERACHO CONCEPCION

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: ENDOCRINOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
morbilidad, mayor estancia hospitalaria, mayor índice de reingresos y en consecuencia de todo ellos suponen un aumento de los costes hospitalarios.  
Por todo ellos la malnutrición perioperatoria es un reto para definir, diagnosticar y tratar.  
Se estima que entre el 24 y el 65% de los pacientes sometidos a cirugía están en riesgo nutricional y este riesgo es mayor en la cirugía gastrointestinal y oncológica  
Solo 1 de cada 5 hospitales tienen un programa formal para el screening de desnutrición, a pesar de que 3 de cada 4 cirujanos cree que el correcto estado de nutrición perioperatoria reduce las complicaciones.  
En nuestro hospital desde hace tiempo se instauró un programa de screening en coordinación con el servicio de cirugía. En este momento queremos ampliarlo y mejorarlo.

**ÁREAS DE MEJORA**  
Deseamos llegar a toda la población implicada, hacer una valoración nutricional completa y dar el consejo nutricional pertinente

**ANÁLISIS DE CAUSAS**  
Coordinación con el servicio de Cirugía  
El escaso tiempo entre la valoración por parte del cirujano y la intervención quirúrgica  
La falta de tiempo en la consulta para una valoración óptima

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
Todos los pacientes diagnosticados de un proceso oncológico digestivo que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente, de forma preoperatoria se les hará un test de screening en la consulta de cirugía. El test utilizado es el MUST  
Aquellos pacientes que no estén en riesgo se les darán unas normas de enriquecimiento de la dieta y aquellos que si que lo estén se remitirán a la consulta de Endocrinología y Nutrición  
En la consulta de Endocrinología y Nutrición se realizará:  
- Test GLIM de valoración de la desnutrición  
- IMC  
- Valoración bioquímica: prealbúmina  
- Composición corporal  
- Dinamometría  
- ECO muscular  
- Test funcional

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Consulta bloqueada para la atención de estos pacientes los viernes en HRV  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 01/10/2023  
Responsable.: Dra Paula Gracia Gimeno

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

**INDICADORES Y EVALUACIÓN.** (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#859

### 1. TÍTULO

#### PORYECTO DE MEJORA DE LA PREHABILITACION QUIRURGICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA ONCOLOGICA DIGESTIVA

##### 1. indice cobertura

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: % pacientes remitidos que vemos antes de la IQ  
Denominador .....: total de pacientes remitidos  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: nuestra base de datos e HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. indice de implantación de criterios GLIM

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: % pacientes en los que aplicamos criterios GLIM  
Denominador .....: total de pacientes atendidos  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: nuestra base de datos e HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. realización de ECO muscular

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: % pacientes a los que se realiza ECO muscular  
Denominador .....: total de pacientes atendidos  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: nuestra base de datos e HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 4. diagnostico de desnutrición

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: % pacientes diagnosticados de desnutrición previo a la intervención quirúrgica  
Denominador .....: total pacientes atendidos  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 47.00

##### 5. prescripción suplementos nutricionales

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: % pacientes que requieren prescripción de suplementos nutricionales  
Denominador .....: total pacientes atendidos  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1125

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE VALORACION E INTERVENCION SOBRE LA DISFAGIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1125 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHEZ VICENTE YOLANDA

Título  
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE VALORACION E INTERVENCION SOBRE LA DISFAGIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Colaboradores/as:  
ARNAL LONGARES MARIA JESUS  
CALERO CHACON JUDIT  
GOMEZ DURO ANA  
JOSA LAORDEN CLAUDIA  
MARTINEZ AZNAR EVA  
OVEDE GARCIA MARIA PILAR  
PARDO DIEZ MARIA JESUS

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION HOSPITALIZACION 3A

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 1\*HOSPITAL ROYO VILLANOVA\*ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION HOSPITALIZACION 3B\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La disfagia orofaríngea (DO) está específicamente clasificada por la OMS en la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud, en sus versiones ICD-9 e ICD-10 (787,2, R13). Se define como la disfunción en la deglución o dificultad durante el transporte del bolo alimenticio, desde la boca hasta el estómago

Se trata de una alteración frecuente en pacientes de edad avanzada y una manifestación frecuente en las enfermedades neurológicas y neurodegenerativas tan presentes en este grupo de población.

Se encuentra una amplia variabilidad en la prevalencia de disfagia según el ámbito estudiado. En ancianos hospitalizados por enfermedades agudas, lo hace entre el 35-55%.

En nuestro país, el estudio PREDyCES realizado en pacientes hospitalizados de 31 hospitales, muestra que un 29,5% de los ingresados presentaba disfagia y que éste síntoma es un factor de riesgo para el desarrollo de desnutrición, lo cual ocasiona una estancia hospitalaria más prolongada. Por otra parte, también origina deshidratación (25%) y aspiración traqueo-bronquial (30-50%), esta última produce neumonía por aspiración en el 50% de los casos, con una mortalidad de hasta el 50%.

La dificultad para deglutir altera no solamente la ingesta de alimentos y líquidos, sino también la administración de fármacos, tan presentes en el día a día de nuestros pacientes, por lo que se hace necesario también proceder a la modificación de su administración

Realizada una revisión de historias clínicas de pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna se ha encontrado un alto porcentaje de pacientes diagnosticados de disfagia o que se les ha diagnosticado durante su estancia hospitalaria haciendo necesaria la intervención enfermera para su correcto manejo tanto durante el ingreso como al alta del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Compensar las alteraciones en las funciones de la masticación y la deglución de los pacientes con disfagia

Minimizar las complicaciones derivadas de padecerla.

Protocolo de actuación de enfermería en el manejo de éstos pacientes.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Edad avanzada con deterioro en la función de deglución

Complicaciones derivadas de un mal estado nutricional

Ausencia de un protocolo establecido en el servicio que unifique los cuidados de enfermería en ésta patología

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Identificación de todos aquellos pacientes ingresados en la unidad con diagnóstico de disfagia e identificación temprana de todos aquellos susceptibles de padecerla para poder ofrecer un plan de intervención ajustado a las necesidades de cada paciente, que permita compensar las alteraciones en las funciones de la masticación y la deglución y minimice las complicaciones derivadas de padecerla.

Minimizar la complicación añadida que presentan de poder llevar a cabo la toma de tratamientos farmacológicos, instaurando pautas de administración adecuadas a cada caso según guías farmacoterapéuticas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión formativa para el personal del equipo de Enfermería sobre la disfagia así como del desarrollo y objetivos del proyecto.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1125

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE VALORACION E INTERVENCION SOBRE LA DISFAGIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Jesús Pardo Díez

2. Diseño de un registro de pacientes diagnosticados de disfagia, antes o durante el ingreso.  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 07/10/2022  
Responsable.: Yolanda Sánchez Vicente

3. Identificación del paciente con disfagia a pie de cama, mediante cartel formativo, que permita un buen manejo del paciente tanto por el personal sanitario como por parte de los cuidadores.  
Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 21/10/2022  
Responsable.: Judit Calero Chacon

4. Adecuación de la medicación para su administración según guías farmacoterapéuticas.(colocación de carteles informativos en zona de preparación de medicación con los fármacos mas usados)  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 14/10/2022  
Responsable.: Ana Gómez Duro

5. Diseño de un folleto informativo para la familia con pautas de actuación en pacientes con disfagia útiles durante el ingreso y al alta en domicilio.  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 14/10/2022  
Responsable.: Eva Martinez Aznar

6. Formación destinada a una correcta cumplimentación del alta de enfermería con los cuidados en disfagia  
Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Jesús Pardo Díez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Se elaborará un listado con los 10 fármacos mas usados en el servicio que requieran una adecuación para la administración en pacientes con diagnóstico de disfagia.  
Se elaborará además un registro con el personal del equipo de enfermería que haya trabajado en el servicio durante el desarrollo del proyecto y haya recibido la formación específica.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes diagnosticados de disfagia durante el ingreso  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de pacientes diagnosticados de disfagia durante el ingreso  
Denominador .....: Total de pacientes ingresados a cargo de medicina interna  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cortes en el registro de pacientes elaborado  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Porcentaje de complicaciones derivadas de la disfagia durante el ingreso  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de pacientes con complicaciones derivadas de la disfagia  
Denominador .....: Total de pacientes diagnosticados de disfagia ingresados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Revisión de historia clínica de pacientes con el diagnóstico de disfagia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

3. Porcentaje de pacientes con disfagia correctamente identificados  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de pacientes diagnosticados de disfagia ingresados correctamente identificados  
Denominador .....: Total de pacientes diagnosticados de disfagia ingresados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Corte en registro de pacientes con disfagia quincenal  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1125

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE VALORACION E INTERVENCION SOBRE LA DISFAGIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

4. Porcentaje de altas de enfermería correctamente cumplimentados con los cuidados de disfagia  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de altas de enfermería correctamente cumplimentados con los cuidados de disfagia  
Denominador .....: Total de pacientes diagnosticados de disfagia ingresados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Corte en registro de pacientes con disfagia quincenal  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. Porcentaje de cada uno de fármacos de la lista elaboradora que se ha administrado correctamente  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de una correcta administración de un fármaco en paciente con disfagia  
Denominador .....: total de veces que se ha administrado el fármaco en paciente con disfagia  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Corte en historia clínica de paciente con disfagia quincenal  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

6. Porcentaje de Enfermeras y TCAES que han recibido sesión formativa sobre la disfagia y el proyecto  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Personal del equipo de enfermería que ha recibido la formación  
Denominador .....: Total del personal del equipo de enfermería que ha pasado por el servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de personal y asistencia a sesión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> todas las patologías (digestiva, neurológica, degenerativa...)

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#756

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#756 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GALINDO ALLUEVA MARIA

Título  
IMPLANTACION DE PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Colaboradores/as:  
CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA  
DUEÑAS TURON MARIA PILAR  
GARCIA PUEYO ANDREA  
GARCIA PUGA GRACIA  
MONCIN TORRES CARLOS ANGEL  
PARDOS GRACIA IRIS

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde la unidad de pacientes externos (UPEX) del Servicio de Farmacia (SF) del Hospital Royo Villanova (HRV) se realiza la dispensación de la medicación a todos los pacientes externos del Sector 1. En el año 2021 se atendió a 2.252 pacientes realizando un total de 14.062 dispensaciones con un gasto en medicamentos superior a 12,5 millones de euros. Pese al volumen de pacientes atendidos, la complejidad de su atención y el impacto económico que supone no se dispone de prescripción electrónica asistida. El médico realiza la prescripción en papel y es el personal farmacéutico el que transcribe la orden médica con el riesgo de errores que conlleva la transcripción: posibilidad de fallo humano, dispensación de medicación no adecuada por no presentar la última receta, etc. El Servicio de Farmacia cree conveniente aprovechar la implantación del módulo de prescripción electrónica asistida a través de Historia Clínica Electrónica (PresSalud) para cambiar el modelo de prescripción hacia un modelo electrónico que permita aumentar la seguridad del proceso.

#### ÁREAS DE MEJORA

El médico realiza la prescripción en papel y es el personal farmacéutico el que transcribe la orden médica con el riesgo de errores que conlleva la transcripción: posibilidad de fallo humano, dispensación de medicación no adecuada por no presentar la última receta, etc.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Errores de transcripción, errores de interpretación, presentación de recetas no actualizadas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la seguridad para conseguir una tasa de errores mínima, en los procesos de prescripción médica, validación farmacéutica, dispensación y administración de medicamentos al paciente externos.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Desarrollo de protocolos de tratamiento en el módulo de prescripción electrónica integrado con la aplicación Farmatools®, que incorporen las ayudas necesarias para el soporte a la decisión clínica.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: María Galindo Allueva

2. Desarrollo de sesiones formativas a los facultativos implicados en la prescripción de medicamentos a pacientes externos.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: María Galindo Allueva

3. Desarrollo de sesiones formativas al personal farmacéutico y técnico auxiliar de farmacia del servicio de farmacia.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: María Galindo Allueva

4. Desarrollo de nueva normativa para la recogida de medicación por parte de los pacientes en el Servicio de Farmacia.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: María Galindo Allueva

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#756

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de servicios que han recibido formación sobre el total de servicios implicados

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Servicios que han recibido formación  
Denominador .....: Total de servicios implicados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Fuente propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de Servicios Clínicos con prescripción electrónica asistida en el área de pacientes externos

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Servicios clínicos con prescripción electrónica asistida en el área de pacientes externos  
Denominador .....: Total de servicios clínicos implicados en el área de pacientes externos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Farmatools  
Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. %de prescripción electrónica en el área de pacientes externos con respecto al total de prescripción

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes con receta en prescripción electrónica asistida  
Denominador .....: Total de pacientes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Farmatools  
Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías que requieren medicamentos de dispensación hospitalaria.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1067

### 1. TÍTULO

#### MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE VANCOMICINA, AMIKACINA Y GENTAMICINA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1067 \*\* IRAS PROA \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
LOPEZ BARROS DARIO

Título  
MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE VANCOMICINA, AMIKACINA Y GENTAMICINA

Colaboradores/as:  
BONED JULIANI BEATRIZ  
GALINDO ALLUEVA MARIA  
JIMENEZ FRANCES MERCEDES  
MOLINERO MORENO EDUARDO  
PINILLA CARCELES AGUSTINA LAURA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: IRAS PROA

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El análisis farmacocinético permite la individualización de la posología y optimización del tratamiento en los pacientes.

La relación PK/PD de estos antibióticos está ampliamente estudiada y caracterizada en cuanto a eficacia y seguridad, por lo que la motorización farmacocinética de éstos fármacos resulta imprescindible para su correcta utilización.

En la practica actual, el no monitorizar estos tratamientos en nuestro centro, además de un potencial mal uso, resulta en la infrutilización de éstos fármacos, siendo desplazados por alternativas generalmente más costosas, sobre todo en el caso de vancomicina en el tratamiento de infecciones por SARM, debido a la incertidumbre respecto a la idoneidad de la dosis empleada.

Desde el Servicio de Farmacia, Servicio de Bioquímica, junto con el grupo IRAS-PROA, creemos en la necesidad de monitorización de éstos antibióticos, y que ello permitirá una utilización más eficiente del arsenal terapéutico disponible en beneficio del paciente y del sistema sanitario.

#### ÁREAS DE MEJORA

Dosificación antibióticos referidos y resultado clinico obtenido  
Uso racional del arsenal terapeutico disponible

#### ANALISIS DE CAUSAS

No monitorización de los tratamientos, alternativas disponibles, habitos de prescripción.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Optimizar el tratamiento antibiótico con vancomicina, gentamicina, amikacina asegurando la eficacia minimizando la aparición de efectos adversos.  
Promover la utilización de vancomicina

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Solicitar a la Comisión de Evaluación de Cartera de Servicios de Aragón la inclusión de la técnica en la cartera de servicios del laboratorio de bioquímica.

Fecha inicio: 04/05/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Beatriz Boned Juliani

2. -Desarrollo de protocolos de monitorización vancomicina

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Dario lopez Barros

3. -Desarrollo de protocolos de monitorización de aminoglicosidos

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Maria galindo Allueva

4. -Sesiones formativas al personal farmacéutico de monitorización de fármacos y empleo del programa informático PKS.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Dario Lopez, Maria Galindo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1067

### 1. TÍTULO

#### MONITORIZACION FARMACOCINETICA DE VANCOMICINA, AMIKACINA Y GENTAMICINA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de servicios prescriptores que solicitan monitorización de fármacos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Servicios clínicos que han solicitado monitorización de fármacos

Denominador .....: Servicios clínicos prescriptores

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Farmatools

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje acientes monitorizados

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes monitorizados

Denominador .....: Pacientes candidatos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: farmatools, base de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Incremento del número de tratamientos con vancomicina

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes tratados con vancomicina duración más de 2 días desde inicio monitorización/año

Denominador .....: Pacientes tratados con vancomicina duración más de 2 días previo al inicio/año

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: farmatools

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 300.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1072

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN EL CENTRO DE ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL (CAMP-CAPDI)

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1072 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA

Título  
IMPLANTACION DE PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN EL CENTRO DE ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL (CAMP-CAPDI)

Colaboradores/as:  
BOSCH GONZALEZ LUCIA IZARBE  
PEREZ JULIAN ISABEL  
ESPALLARGAS ABAD MARTA  
GRACIA MAGEN MARIA ELENA  
LOPEZ BARROS DARIO  
MAZCARAY CAMPO RAMON MIGUEL  
PINA GARIN ANA BELEN

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde el Servicio de Farmacia (SF) del Hospital Royo Villanova (HRV) se realiza la dispensación de la medicación necesaria para los pacientes del Centro de Atención a Personas con Discapacidad Intelectual (CAMP-CAPDI) de Zaragoza. Actualmente el centro realiza el pedido al hospital 1 vez a la semana, a través del programa Farmatools®, como reposición de botiquín, es decir, se solicita la cantidad de cada medicamento que se estima necesaria para ese periodo en conjunto, para todos los pacientes. Sin embargo, desde el hospital, no se tiene acceso a los tratamientos de los pacientes. Una vez se recibe la petición, el farmacéutico la revisa y se prepara por el personal técnico a lo largo de esa semana. En los casos excepcionales en los que son necesarios fármacos no incluidos en la guía del hospital, se solicitan adjuntando un documento excel que se envía por correo electrónico. En el año 2021 se dispensaron un total de 216.979 unidades correspondientes a 335 medicamentos diferentes, que supusieron un importe total de 94.516€. Dado el elevado número de medicamentos prescritos habitualmente en este tipo de pacientes y la gran cantidad de unidades dispensadas, se considera importante poder acceder desde el Servicio de Farmacia del HRV a las prescripciones actualizadas de los pacientes. Con ello se persigue un aumento en la seguridad así como poder unificar en la medida de lo posible, los fármacos utilizados en ambos centros, con el consiguiente ahorro que esto pueda suponer. Es por esto que la implantación de la prescripción electrónica en el CAMP-CAPDI facilitaría el proceso, favoreciendo la revisión de los tratamientos por parte del servicio de farmacia.

#### ÁREAS DE MEJORA

Desde el Hospital Royo Villanova se prepara la medicación para los pacientes del CAMP-CAPDI pero no se tiene acceso a los tratamientos de los pacientes ingresados en el centro.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El programa que se utiliza en cada centro para la prescripción de tratamientos es diferente y no están conectados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la seguridad del paciente ingresado en el CAMP-CAPDI minimizando los errores en el proceso de prescripción médica, validación farmacéutica, dispensación y administración de medicamentos.
- Agilizar la preparación de pedidos en el HRV pudiendo acceder a los tratamientos actualizados.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Desarrollo de sesiones formativas al personal implicados en la , petición, prescripción y administración de medicamentos a los pacientes ingresados en el CAMP-CAPDI.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Carmen Marina Castiella García

2. Desarrollo de sesiones formativas al personal farmacéutico y técnico auxiliar de farmacia del servicio de farmacia.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Carmen Marina Castiella García

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1072

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN EL CENTRO DE ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL (CAMP-CAPDI)

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de prescriptores que han recibido formación sobre el total de prescriptores implicados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de prescriptores que han recibido formación

Denominador .....: total de prescriptores implicados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: farmacéutico responsable y CAMP-CAPDI

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de pacientes ingresados en el CAMP-CAPDI con tratamiento en prescripción electrónica

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de pacientes ingresados con tratamiento prescrito electrónicamente

Denominador .....: total de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: farmacéutico responsable y CAMP-CAPDI

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#761

### 1. TÍTULO

#### **PROGRAMA DE INTERVENCION GRUPAL EN PSICOEDUCACION Y APOYO EMOCIONAL PARA PADRES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA QUE ACUDEN AL CENTRO DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE MOVERA**

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#761 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DELGADO MIGUEL MARIA PILAR

Título  
PROGRAMA DE INTERVENCION GRUPAL EN PSICOEDUCACION Y APOYO EMOCIONAL PARA PADRES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA QUE ACUDEN AL CENTRO DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE MOVERA

Colaboradores/as:  
BASANTA PATIÑO MARIA TERESA  
ESCUDERO SEVILLANO MARIA SOLEDAD  
FERNANDEZ ANES EDUARDO  
GALDAMEZ PEÑA RAQUEL  
GALLEGO VILLALTA SANDRA ALMUDENA  
TELLERIA SANJUAN AINHOA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: HD HOSPITAL DE DIA INFANTOJUVENIL MOVERA

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La crianza de un niño/a con Trastorno del Espectro Autista (TEA , en adelante) es todo un reto para los padres y madres. Tras la aceptación del diagnóstico, deben empezar a desarrollar estrategias adaptativas que favorezcan el desarrollo de sus hijos/as y de la familia como un conjunto. En la medida en que éstos adquieran el control de la situación, la interacción con los niños/as será mejor y se reflejará en su salud mental y física. En este proceso no hay que olvidar el sentimiento de aislamiento que se produce en ellos, sobre todo en las madres ya que desde el principio de la historia adopta y ejerce el rol de la crianza y del cuidado de los hijos/as. Este aislamiento puede llegar a que estos eviten cualquier interacción social para evitar dicha estigmatización. También es frecuente que tenga mayores niveles de estrés y sobrecarga por la responsabilidad adquirida, lo que le expone a ser culpado o criticado cuando hay problemas con respecto a la crianza del pequeño. Existen estudios donde se obtiene información sobre las reacciones de los padres/madres ante el diagnóstico de autismo, encontrándose que muchos reaccionan de forma ambigua presentando por un lado sentimiento de alivio al conocer el diagnóstico y por otro lado aumento de la preocupación por el futuro, alternándose con el paso del tiempo estos sentimientos. Estudios sobre la evaluación de los niveles de estrés en los padres y madres de hijos/as con TEA, demuestran que el nivel de estrés está inversamente asociado a la capacidad de afrontamiento de los padres, así como a la gravedad de los síntomas y alteraciones del comportamiento de los niños/as. Estos estudios demuestran que el nivel de estrés de las madres de niños con TEA disminuye significativamente cuando los niños/as entran en una intervención terapéutica. Se observa también en ellos cómo las madres de niños/as con autismo tienen niveles más altos de depresión. Otros estudios encontrados sobre el análisis de la dinámica y las estrategias de afrontamiento de familias de niños/as con TEA, destacan como resultados más relevantes que las familias que se involucran y están más unidas desarrollaban estrategias de afrontamiento efectivas. Para todas las familias era muy importante determinar el origen causal del autismo de su hijo. La conceptualización negativa de "criar un hijo con autismo" no ayuda a la hora de desarrollar estrategias efectivas. Casi todos los padres fueron capaces de describir experiencias de aprendizaje positivas como resultado de tener un hijo con autismo. Expresaban ser más pacientes, compasivos, humildes, y tolerantes. La intervención grupal en psicoeducación y apoyo emocional es el proceso que nos permite brindar a los pacientes y/o familiares la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Aceptación del diagnóstico Trastorno del Espectro Autista por parte de los padres en un espacio compartido con otros padres.  
Dotar de recursos a los padres y compartir los ya adquiridos en el manejo de la sintomatología mostrada por sus hijos

#### ANALISIS DE CAUSAS

Rechazo y reacción emocional ante el diagnóstico de los hijos  
Percepción por parte de los padres de no tener los recursos necesarios para el manejo de la sintomatología de sus hijos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Prevenir y disminuir el nivel estrés de las familias, mejorando de este modo la calidad de vida familiar de los pacientes con TEA.
2. Dotar de recursos a la familia para realizar intervención preventiva ante situaciones de crisis.
3. Fomentar la comprensión por parte de todos los miembros de la familia de las implicaciones del TEA para la vida del familiar que presenta este tipo de trastorno, y también de las necesidades de colaboración mutua con

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#761

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE INTERVENCION GRUPAL EN PSICOEDUCACION Y APOYO EMOCIONAL PARA PADRES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA QUE ACUDEN AL CENTRO DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE MOVERA

las instituciones sanitarias y educativas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Intervención Grupal con padres

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: María Pilar Delgado Miguel

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Sesión 1

Se invita a cada familia o integrante a presentarse:

- Evaluación inicial
- Se les solicita cuenten acerca del diagnóstico de su hijo.
- Cuanto tiempo hace que lo saben.
- Que saben del espectro autista.
- Formas de afrontamiento. Cuales fueron eficaces. Cuales no fueron eficaces.
- Que intervenciones terapéuticas se han utilizado, ¿Cuáles de ellas considera que fueron efectivas?
- Que esperan del grupo, que le haría pensar al finalizar que le resultó enriquecedor.

Sesión 2

- Etiología del autismo y su frecuencia
- Manifestación sintomática del autismo.
- Que le suele suceder a las familias con un miembro autista.

Sesión 3

- Intervenciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas
- Evaluación y despedida

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Parental Stress Scale (PSS

Berry & Jones, 1995).

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pre- intervención

Denominador .....: Post-intervención

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Autoregistro del participante

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#585

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA ONCOHEMATOLOGICA

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#585 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARCO MARTIN MARIA ESTHER

Título  
PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA ONCOHEMATOLOGICA

Colaboradores/as:  
CORAO CEBOLLADA ENCARNACION  
EGEA GONZALEZ RAQUEL CRISTINA  
HERNANDO DE PEDRO ROSARIO  
PALOMAR GIMENO LAURA  
RUBIO PEREZ MARIA-PILAR  
SANCHEZ HERNANDEZ M-PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: HEMATOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La repercusión del diagnóstico y tratamiento sobre la calidad de vida es una de las preocupaciones más importantes del paciente oncológico y su familia.

Por ello, una consulta de enfermería para informar sobre el tratamiento, los efectos secundarios y toxicidad, que acoja al paciente y lo valore en estos primeros momentos y que proporcione al paciente un "profesional referente" es fundamental.

Y aunque estas actividades ya se están realizando desde el hospital de día, la sobrecarga de trabajo, la falta de intimidad en dicho espacio y la necesidad de formalizar la educación para la salud ofrecida, nos llevan a plantear la necesidad de abrir una consulta de enfermería donde poder ofrecer un servicio de calidad y ajustado a las necesidades de cada paciente oncohematológico.

#### ÁREAS DE MEJORA

Sobrecarga de trabajo con la plantilla actual  
Intimidad  
Refuerzo formativo del proceso y aclaración de dudas

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta una enfermera de plantilla desde hace años  
No hay espacio para atender individualmente a cada paciente  
La información dada en la primera visita es desbordante y abrumadora

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Valorar individualmente a cada paciente
- Tratar de manera holística al paciente y su familia
- Ayudar al paciente a la adaptación al proceso de tratamiento
- Promover la autonomía y el desarrollo personal del paciente
- Potenciar el trabajo colaborativo interdisciplinar
- Detectar precozmente problemas psicosociales derivados del diagnóstico y tratamiento
- Prevenir posibles efectos secundarios del tratamiento
- Seguimiento de la calidad de vida de pacientes crónicos o subagudos
- Cuidado y planificación de accesos venosos permanentes. Educación en sus cuidados

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Acompañamiento en la consulta médica informativa al paciente del diagnóstico inicial

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Enfermera

2. Participación interdisciplinar en la elección del dispositivo más acorde para la administración del tratamiento quimioterápico

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Enfermeras servicio

3. Primera consulta programada derivada de la consulta médica de hospital de día

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Enfermera

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#585

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA ONCOHEMATOLOGICA

##### 4. Consultas sucesivas

Fecha inicio: 02/11/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Enfermera

##### 5. Consulta a demanda

Fecha inicio: 02/11/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Enfermera

##### 6. Cuidados y mantenimiento de dispositivos para administración de tratamientos

Fecha inicio: 02/11/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Enfermera

##### 7. Atención telefónica a pacientes durante un horario para resolver dudas

Fecha inicio: 02/11/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Enfermera

##### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. % de pacientes que solicitan cita (a demanda)

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº pacientes que solicitan cita a demanda  
Denominador .....: Nº pacientes oncohematológicos  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Agenda hematología  
Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Número de pacientes que se derivan desde la consulta médica (primera consulta programada)

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº pacientes que se derivan de consulta médica  
Denominador .....: Nº pacientes oncohematológicos recién diagnosticados  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Agenda hematología  
Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Número de llamadas telefónicas para resolver dudas

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nº llamadas  
Denominador .....: Nº pacientes Oncohematológicos  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Registro excel o agenda hematología  
Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 4. Número de dispositivos insertados y cuidados en el servicio

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nº dispositivos insertados  
Denominador .....: Nº pacientes candidatos a llevar dispositivo para tratamiento  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Registro papel  
Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 5. Pacientes satisfechos con la atención recibida en la consulta

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº pacientes satisfechos  
Denominador .....: Nº encuestas hechas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#585

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA ONCOHEMATOLOGICA

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro papel  
Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#299

### 1. TÍTULO

#### HOSPITALIZACION A DOMICILIO EN LA "NUBE". TRATAMIENTO, MAPA DE PACIENTES, INFORMACION PARA PACIENTES Y OTROS POSIBLES RECURSOS, DISPONIBLES Y ACCESIBLES IN SITU Y EN TIEMPO REAL MEDIANTE CODIGOS QR

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#299 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CLAVERO MIGUEL MARIA PILAR

Título  
HOSPITALIZACION A DOMICILIO EN LA "NUBE". TRATAMIENTO, MAPA DE PACIENTES, INFORMACION PARA PACIENTES Y OTROS POSIBLES RECURSOS, DISPONIBLES Y ACCESIBLES IN SITU Y EN TIEMPO REAL MEDIANTE CODIGOS QR

Colaboradores/as:  
CONDE ANDRES RUBEN  
GRACIA ASO NOELIA  
LORENTE PUEYO PATRICIA  
MARTINEZ LUCAS ANA BELEN  
MOZAS PEREZ ELENA PILAR  
PUEYO ROYO NOELIA  
VELA PEREZ PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Hoja de Cuidados (HdC) actualmente empleada en Hospitalización a Domicilio (HaD), se basa en una hoja de Excell, gestionada por Medicina y con escasa actualización. Esto hace que muchos cambios de tratamiento realizados en los domicilios mediante tachones y sobreescrituras no llegan a transcribirse al ordenador del Hospital y que de modo acumulativo puedan confundir a cuidadores y a Enfermería (responsable de preparar tratamientos) Aprovechando la entrega de tablets y smartphones, provistos de cuenta GMail, se piensa abrir cuenta de Drive desde la que Enfermería gestione las nuevas HdC (según lo pautado por Medicina) y en donde puedan alojarse otros recursos.

Estos recursos serían fácilmente accesibles y editables mediante Código QR, bien de manera restringida al personal sanitario de HaD, bien de manera abierta.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. La accesibilidad y actualización de la HdC y con ello la seguridad del tratamiento.
2. La incorporando a la HdC de más información relevante del paciente.
3. La incorporación de elementos de seguridad para evitar fallos asistenciales.
4. El eficaz reparto de visitas en los equipos asistenciales y el diseño de sus rutas.
5. Las inseguridades y temores del paciente de HaD y/o sus cuidadores, al no contar con el respaldo de la Hospitalización convencional, lo que origina avisos y visitas a veces innecesarias. El desconocer los signos y/o síntomas a vigilar, puede originar situaciones de Urgencia.
6. La accesibilidad a recursos útiles para el Servicio durante la visita en el domicilio/residencia y la posible impresión de los mismos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. El acceso limitado a la HdC (sólo por Medicina y en los Ordenadores de HaD en el Hospital), dificulta:
  - La anotación de observaciones útiles para la labor enfermera (preparación estandarizada de tratamientos)
  - La anotación de otras terapias (insulinoterapia) y técnicas (pautas de cura)
  - La actualización de tratamientos, lo que repercute en su seguridad
  - La consulta de la HdC en cualquier situación, llegando a prescindir de su impresión
2. El escaso rediseño de la HdC, no ha dejado espacio para incluir información que en los años de funcionamiento del Servicio se ha visto puede ser importante desde el punto de vista asistencial y de gestión:
  - Dirección
  - Aislamiento
  - Préstamo de dispositivos
3. El aumento de celdas en la HdC, hace que su incompleto borrado tras el alta, pueda mantener por descuido datos de un paciente precedente en uno nuevo  
La posibilidad de pasar por alto la fecha de inicio/finalización de un tratamiento
4. La gran extensión del Área Asistencial de HaD y a veces el poco tiempo disponible para las visitas, precisa un correcto reparto de pacientes entre equipos y un lógico orden de las mismos  
La frecuente presencia de personal ajeno a HaD (pool, contratos de verano, residentes...), en ocasiones no conocedor del urbanismo del Área Asistencial
5. La escasa Educación Sanitaria de la población y de nuestra población diana (>65 años) en particular  
La baja disponibilidad de recursos escritos adaptados al nivel comprensivo y las especificidades del paciente domiciliario

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#299

### 1. TÍTULO

#### HOSPITALIZACION A DOMICILIO EN LA "NUBE". TRATAMIENTO, MAPA DE PACIENTES, INFORMACION PARA PACIENTES Y OTROS POSIBLES RECURSOS, DISPONIBLES Y ACCESIBLES IN SITU Y EN TIEMPO REAL MEDIANTE CODIGOS QR

6. La necesaria e inmediata entrega al paciente/cuidador de documentación para su firma o consulta (consentimientos, insulino terapia, justificante...)  
El acceso para su consulta in situ por parte del personal (tablas de estabilidad y/o dilución de antibióticos...)

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Total accesibilidad a la HdC, que incluso sustituya su versión impresa  
Permanente actualización de tratamientos que repercute en su seguridad
2. Rediseñar los espacios de la HdC a fin de conseguir celdas en que reflejar otros datos de relevancia no reflejados hasta ahora
3. Mayor seguridad asistencial, resaltando tratamientos ya finalizados y borrando automáticamente al ingreso de un paciente, la información del precedente
4. Diseño de equipos y rutas asistenciales de modo rápido y eficaz
5. Informar a pacientes/cuidadores de una forma adaptada sobre su patología, tratamiento o técnica a la que va a ser sometido durante su ingreso.
6. Total y ágil accesibilidad a los posibles documentos de HaD que pueda ser necesaria su consulta/impresión en el domicilio/residencia del paciente

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1ª Reunión para valorar la información a incluir en la HdC y modo de plasmarla

Fecha inicio: 06/10/2022  
Fecha final.: 06/10/2022  
Responsable.: Pilar Vela

2. Taller en Google Maps

Fecha inicio: 03/11/2022  
Fecha final.: 03/11/2022  
Responsable.: Rubén Conde

3. 2ª Reunión para valorar el funcionamiento de la HdC y exponer cambios o mejoras

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 01/12/2022  
Responsable.: Noelia Gracia

4. Reunión para valorar posibles temas de Educación Sanitaria a desarrollar

Fecha inicio: 04/01/2023  
Fecha final.: 04/01/2023  
Responsable.: Pilar Clavero

5. Reunión para el diseño de una encuesta que valore por parte de personal ajeno al Servicio, el Proyecto de HaD en la Nube

Fecha inicio: 02/02/2023  
Fecha final.: 02/02/2023  
Responsable.: Noelia Pueyo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Participación de personal sanitario ajeno al HaD en la encuesta de valoración del Proyecto

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº total de encuestas recibidas  
Denominador .....: Nº total de personas ajenas al HaD  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de estudiantes, residentes y personal de sustitución  
Encuestas recibidas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Calificación global del Proyecto con al menos un 8 por parte de personal sanitario ajeno al HaD

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Suma de la valoración media recibida  
Denominador .....: Nº total de encuestas recibidas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas recibidas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#299

### 1. TÍTULO

**HOSPITALIZACION A DOMICILIO EN LA "NUBE". TRATAMIENTO, MAPA DE PACIENTES, INFORMACION PARA PACIENTES Y OTROS POSIBLES RECURSOS, DISPONIBLES Y ACCESIBLES IN SITU Y EN TIEMPO REAL MEDIANTE CODIGOS QR**

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Paciente crónico complejo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#338

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LA ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PACIENTE/CUIDADOR CON EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO. GESTION Y ANALISIS DE LOS DATOS MEDIANTE CODIGO QR Y POSIBILIDADES DE INVESTIGACION

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#338 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ LUCAS ANA BELEN

Título  
ACTUALIZACION DE LA ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PACIENTE/CUIDADOR CON EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO. GESTION Y ANALISIS DE LOS DATOS MEDIANTE CODIGO QR Y POSIBILIDADES DE INVESTIGACION

Colaboradores/as:  
CLAVERO MIGUEL MARIA PILAR  
CONDE ANDRES RUBEN  
GRACIA ASO NOELIA  
LORENTE PUEYO PATRICIA  
MOZAS PEREZ ELENA PILAR  
PUEYO ROYO NOELIA  
VELA PEREZ PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Hospitalización a Domicilio (HaD) es una modalidad asistencial de escasa trayectoria y distribución en nuestra Comunidad Autónoma. Por ello, la expresión en forma de encuesta (anónima y voluntaria) de las sensaciones percibidas por el paciente y/o su familia/cuidador es de gran utilidad para la adaptación de nuestro Servicio y la posterior difusión de nuestra experiencia en la posible expansión del mismo dentro del Servicio Aragonés de Salud (SALUD).

Conscientes de que para el paciente, la Atención Domiciliaria tiene grandes ventajas, pero también puede tener algún inconveniente, se quiere buscar el modo de identificar y acrecentar sus potencialidades a la vez que se minimicen aquellos posibles puntos débiles.

Asimismo, en la convicción de que la HaD es una modalidad asistencial que aporta calidad al SALUD, es necesario que los datos de satisfacción de sus pacientes puedan ser gestionados y comunicados de manera eficaz tanto a la administración pública como a la sociedad en su conjunto, de modo que quede sobradamente justificada su utilidad e interés general.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. La adaptación de la actual Encuesta de Satisfacción.
2. La gestión de los datos recibidos con la Encuesta de Satisfacción.
3. El uso de la información recibida como motor de mejora continua del Servicio.
4. La difusión de resultados de manera interna (Dirección del Hospital, SALUD) y externa (medios de comunicación, sociedades científicas).

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. La falta de actualización de la Encuesta de Satisfacción, creada ya en su momento (mayo del 2015) de un modo improvisado ante la inminente inauguración del Servicio.
2. La falta de tiempo y de conocimientos para la gestión de los datos recibidos por parte de los pacientes (o sus cuidadores) en las Encuestas de Satisfacción recibidas.
3. La falta de análisis de los comentarios recibidos por parte de los pacientes (o sus cuidadores) en las Encuestas de Satisfacción recibidas.
4. El simple archivo interno de las Encuestas de Satisfacción recibidas, sin ser éstas entregadas a Dirección del Hospital o en su defecto un resumen anual de resultados, de modo que quede constancia fehaciente del buen hacer del Servicio.

La ausente exposición de los resultados y percepciones percibidas por nuestros pacientes durante su ingreso en HaD en medios de comunicación tanto generalistas como científicos y en congresos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Redactar una nueva Encuesta de Satisfacción con aquellas preguntas que nos permitan conocer el grado de satisfacción del paciente/cuidador y al mismo tiempo puedan emplearse para posibles investigaciones futuras (agregando resultados en función de parámetros de interés como puede ser la franja de edad, el sexo, el ámbito rural o urbano).
2. Crear un Google Form de fácil acceso mediante código QR en el cual a medida que sean recibidas las encuestas en formato papel, éstas sean registradas informáticamente, permitiendo una valoración constante y frecuente.
3. Comentar durante las Reuniones del Grupo de Calidad, aquellos posibles comentarios, recomendaciones o propuestas expuestas en las Encuestas y que sea de interés poner en común con el resto del equipo a fin de buscar solución a las mismas.
4. Entregar a la Dirección del Hospital todas las Encuestas de Satisfacción recibidas durante el año, junto a

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#338

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LA ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PACIENTE/CUIDADOR CON EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO. GESTION Y ANALISIS DE LOS DATOS MEDIANTE CODIGO QR Y POSIBILIDADES DE INVESTIGACION

un resumen estadístico de las mismas.

Analizar estadísticamente los resultados obtenidos, difundiéndolos en medios de comunicación, revistas científicas y/o congresos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión de equipo para debatir la redacción de la nueva Encuesta de Satisfacción y planificar con que frecuencia se registran las Encuestas recibidas.

Fecha inicio: 29/09/2022

Fecha final.: 29/09/2022

Responsable.: Gemma Terrén Puig

2. Creación del Google Form para el registro de encuestas.

Fecha inicio: 17/11/2022

Fecha final.: 17/11/2022

Responsable.: Rubén Conde Andrés

3. Reunión de equipo para debatir posibles estudios de investigación a realizar con las Encuestas registradas durante el año 2023.

Fecha inicio: 23/11/2023

Fecha final.: 23/11/2023

Responsable.: Elena Pilar Mozas Pérez

4. Análisis estadístico y resumen anual de resultados.

Fecha inicio: 15/01/2024

Fecha final.: 31/01/2024

Responsable.: Pilar Vela Pérez

5. Análisis estadístico y redacción/diseño del posible artículo de investigación/póster.

Fecha inicio: 15/01/2024

Fecha final.: 31/01/2024

Responsable.: Noelia Gracia Aso

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de participación de los pacientes en Encuesta de Satisfacción

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº encuestas recibidas

Denominador .....: Total anual de pacientes dados de alta por el Servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Archivo anual de encuestas recibidas y Registro de admisión

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de encuestas que valoran globalmente el Servicio con al menos un 8 sobre 10

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Suma de las valoraciones medias recibidas

Denominador .....: Nº encuestas recibidas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Archivo anual de encuestas recibidas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Paciente que cumple criterios de ingreso en HaD

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#338

### 1. TÍTULO

**ACTUALIZACION DE LA ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PACIENTE/CUIDADOR CON EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO. GESTION Y ANALISIS DE LOS DATOS MEDIANTE CODIGO QR Y POSIBILIDADES DE INVESTIGACION**

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1031

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA TERAPIA SECUENCIAL DE FARMACOS DE ELEVADA BIODISPONIBILIDAD ORAL PARA LA MEJORA DE LA PRACTICA CLÍNICA Y REDUCCION DE COSTES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1031 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
JOSA LAORDEN CLAUDIA

Título  
IMPLEMENTACION DE LA TERAPIA SECUENCIAL DE FARMACOS DE ELEVADA BIODISPONIBILIDAD ORAL PARA LA MEJORA DE LA PRACTICA CLÍNICA Y REDUCCION DE COSTES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Colaboradores/as:  
BERNAD USON MARIA ANTONIA  
DIEZ MANGLANO JESUS  
MERINO CASALLO IZARBE  
SANCHEZ VICENTE YOLANDA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La administración de fármacos por vía intravenosa constituye la vía más ampliamente utilizada en el medio hospitalario, dada su rapidez de acción. La terapia secuencial, entendida como el cambio de vía de administración de fármacos de vía intravenosa a vía oral, además de ayudar a reducir el coste económico del tratamiento, constituye una medida efectiva para evitar las complicaciones derivadas de la vía parenteral (molestias en el lugar de inserción del catéter, pérdida y recanalización repetidas, flebitis...) así como para facilitar el alta hospitalaria de los pacientes.

Se ha realizado una revisión de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna, encontrando un elevado porcentaje de utilización de fármacos con alta biodisponibilidad oral como omeprazol, paracetamol, metamizol y levofloxacino en su forma intravenosa. De los pacientes revisados, la mayoría eran susceptibles de recibir dichos tratamientos por vía oral. De esta forma, se pretende reducir las complicaciones derivadas del uso de accesos venosos, reducir estancia hospitalaria y el coste económico de estos tratamientos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disminución del uso de fármacos por vía parenteral (paracetamol, metamizol, levofloxacino, ciprofloxacino, linezolid, omeprazol) en los que está demostrada una biodisponibilidad en magnitud adecuada para proporcionar el efecto adecuado en su forma oral.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Pacientes con ingestas erráticas o alteraciones en la deglución; percepción de los facultativos de mayor efectividad en la forma intravenosa frente a la posología oral.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El proyecto tendrá como población diana a los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova, con la finalidad de reducir el número de complicaciones derivadas del uso de la vía parenteral así como su impacto económico.

1. Realizar una revisión de los tratamientos pautados en los pacientes ingresados en Medicina Interna
2. Identificar a aquellos pacientes susceptibles de recibir tratamiento con omeprazol, levofloxacino, ciprofloxacino, linezolid, metamizol y paracetamol por vía oral
3. Estimular entre los facultativos el uso de la terapia secuencial aplicada a los fármacos previamente mencionados
4. Implantar un programa de terapia secuencial que permita reducir los riesgos y costes propios de la administración parenteral

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Intervención para notificar aquellos pacientes susceptibles de recibir terapia secuencial.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: Claudia Josa

Izarbe Merino

Jesús Díez

Yolanda Sánchez

Maria Antonia Bernad

2. - Elaborar un listado de tratamientos candidatos a terapia secuencial dada su elevada biodisponibilidad en vía oral.

Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1031

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA TERAPIA SECUENCIAL DE FARMACOS DE ELEVADA BIODISPONIBILIDAD ORAL PARA LA MEJORA DE LA PRACTICA CLÍNICA Y REDUCCION DE COSTES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: Maria Antonia Bernad

3. - Para cada fármaco seleccionado se diseñará una hoja informativa sencilla y visual, destinada al facultativo y enfermería con el fin de notificar la posibilidad de realizar terapia secuencial.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Claudia Josa

Izarbe Merino

Jesús Díez

Maria Antonia Bernad

4. - Sesión informativa para facultativos y personal de enfermería, informando de los fármacos tributarios de evaluación y seguimiento.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Claudia Josa

Izarbe Merino

Jesús Díez

Yolanda Sanchez

5. - Por parte de enfermería, incentivar el reflejar en el evolutivo de la historia clínica el inicio de tolerancia oral para valorar modificaciones de tratamiento.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Yolanda Sánchez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Para todos los fármacos se incluirán los siguientes apartados en la hoja informativa:

o Régimen secuencial recomendado mostrando las presentaciones disponibles en el hospital para ambas vías de administración

o Criterios clínicos del paciente para realizar el tratamiento secuencial.

o Biodisponibilidad oral del fármaco.

o Coste tratamiento/día para ambas vías de administración.

o Ventajas del programa de terapia secuencial.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. o Elaboración de un listado de fármacos susceptibles para terapia secuencial

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % Fármacos incluidos en el listado para la intervención

Denominador .....: % Farmacos susceptibles de ser incluidos para la intervención

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pressalud

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. o Elaboración de material didáctico y recordatorio para cada uno de los fármacos seleccionados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: % hojas informativas didácticas realizadas

Denominador .....: % hojas informativas didácticas propuestas para realización

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Web, AEMPS

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de facultativos y personal de enfermería del servicio que reciben la formación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: % de facultativos y personal de enfermería del servicio que reciben la formación

Denominador .....: % total de facultativos y personal de enfermería del servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1031

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA TERAPIA SECUENCIAL DE FARMACOS DE ELEVADA BIODISPONIBILIDAD ORAL PARA LA MEJORA DE LA PRACTICA CLÍNICA Y REDUCCION DE COSTES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

4. o Grado de implementación de la terapia secuencial por medicamento

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: pacientes con cada fármaco en vía oral

Denominador .....: pacientes con cada fármaco en vía endovenosa

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Pressalud. HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

5. o % de uso de los fármacos seleccionados en su vía oral tras la realización del proyecto de mejora

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: % pacientes con cada fármaco en vía oral

Denominador .....: % de pacientes totales con cada fármaco vía oral + endovenosa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pressalud. HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. o % de implantación de la terapia secuencial en cada uno de los fármacos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: % pacientes con cada fármaco en vía oral previo al plan de mejora

Denominador .....: % pacientes con cada fármaco en vía oral posterior al plan de mejora

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pressalud. HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> TODAS LAS PATOLOGÍAS

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#967

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE SARS-COV-2 EN PERSONAL DEL SECTOR ZARAGOZA 1. RELACION CON LA VACUNACION

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#967 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MILLAN LOU MARIA ISABEL

Título  
ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE SARS-COV-2 EN PERSONAL DEL SECTOR ZARAGOZA 1. RELACION CON LA VACUNACION

Colaboradores/as:  
ASPIROZ SANCHO MARIA CARMEN  
BONED JULIANI BEATRIZ  
CESTER HERNANDEZ MARIA PILAR  
MONFORTE CIRAC MARIA LUISA  
NIEVAS MARCO MARIA PILAR  
PALACIOS HERRERO ANTONIO

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El nuevo coronavirus SARS-CoV-2 está provocando una crisis de salud pública mundial. Su aparición se ha acompañado de una gran incertidumbre sobre su epidemiología, clínica y diagnóstico.

Las autoridades sanitarias recomiendan estrategias para detección de la infección por SARS-CoV-2 en los trabajadores sanitarios. Es fundamental su diagnóstico y aislamiento para contener la propagación y proteger, tanto a los propios trabajadores como a la población vulnerable que requiere asistencia sanitaria. El gold estándar del diagnóstico etiológico de la infección por SARS-CoV-2 se realizó mediante PCR (reacción en cadena de la polimerasa) a tiempo real a partir de muestras del tracto respiratorio, especialmente de exudado nasofaríngeo. Disponer de una o varias vacunas eficaces y seguras frente a Covid-19 es fundamental para reducir el impacto de la pandemia. El 21 de diciembre de 2020 la Agencia Europea del Medicamento aprobó la primera vacuna (Pfizer/BioNTech) y el 27 de diciembre comenzó simultáneamente la vacunación en todas las CCAA a los grupos priorizados. En el mes de enero de 2021 se aprobaron las vacunas de Moderna y Astra-Zeneca. Siguiendo el plan de vacunaciones establecido por la Dirección General de salud Pública, D.G de Asistencia Sanitaria y el SALUD comenzaron la vacunación de los profesionales sanitarios -entre ellos los del HRV- en diciembre del año 2020 y los primeros meses del año 2021.

Los trabajadores de los centros sanitarios han sido considerados como grupo prioritario para la vacunación frente al SARS-CoV-2. Existen pocos estudios publicados de seroprevalencia en España tras la vacunación y dentro de las estrategias de control epidemiológico no se ha contemplado la medición de la inmunidad postvacunal como posible indicador de una inmunidad suficiente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Conocer la efectividad de la vacuna frente a SARS-CoV-2

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Las autoridades sanitarias recomiendan estrategias para detección de la infección por SARS-CoV-2 en los trabajadores sanitarios

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

En el Sector sanitario 1 se ha realizado seguimiento a lo largo del primer año de la respuesta inmunitaria en personal sanitario infectado (correspondiente a la primera ola, entre marzo y junio del año 2020).

A finales de 2020 y durante el año 2021 el personal recibió las dosis correspondientes de la vacuna frente al SARS-CoV-2.

El objetivo de este proyecto es evaluar la incidencia de infección de SARS-CoV-2 antes y después de la vacunación y estudiar la relación con las pautas vacunales recibidas y las posibles reinfecciones.

Población diana: Se han seleccionado 320 trabajadores del Sector sanitario 1 de Zaragoza, de los cuales 120 fueron trabajadores con infección por SARS-CoV-2 diagnosticada por PCR entre marzo y junio de 2020 y el resto una muestra aleatoria de trabajadores que no habían pasado la infección natural en ese periodo inicial estudiado.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. determinaciones serológicas de Ac frente a SARS-CoV-2

Fecha inicio: 01/03/2020

Fecha final.: 31/03/2021

Responsable.: María Isabel Millán Lou



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#967

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE SARS-COV-2 EN PERSONAL DEL SECTOR ZARAGOZA 1. RELACION CON LA VACUNACION

2. revisión de historias clínicas para infecciones y reinfecciones y vacunaciones

Fecha inicio: 01/03/2020

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Marisa Monforte Cirac

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

En el estudio realizado inicialmente de seguimiento de la respuesta inmunitaria se realizó el análisis de AC mediante Electroquimioluminiscente (ECLIA) en el sistema analítico Cobas 6000® de Roche Diagnostics. Además, desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (PRL), se contactó con los profesionales para realizar las extracciones de sangre en diferentes tiempos: I) al inicio del estudio, II) al mes, III) a los tres meses, IV) a los seis meses y V) al año. Los resultados cualitativos y semicuantitativos se recogieron en una base de datos (Excel). Para la determinación de la respuesta inmunitaria postvacunal, desde PRL se contacta y cita a los trabajadores para realizar las extracciones.

La continuación de este proyecto tiene como objeto estudiar las infecciones y reinfecciones tras la vacunación. En este caso, para evaluar la respuesta inmunológica, además del sistema descrito anteriormente (Cobas 6000, Roche), se utilizará el sistema VIDAS 3 (BioMérieux) para determinar cuantitativamente (BAU/ml) la respuesta IgG anti-SARS-CoV-2 frente a la espícula (S).

Tanto en la primera parte del estudio como en la segunda, se solicita autorización para la extracción de sangre y para la revisión de las historias clínicas, en las que se evaluarán:

- Los casos positivos (registro de infección primaria de SARS-CoV-2: diferenciando episodios anteriores, intermedios o posteriores a la pauta de vacunación)
- El método empleado en el diagnóstico (diagnosticados de SARS-COV2 por PCR, antígeno y/o mediante serología, en su caso)
- La fecha del diagnóstico
- La sintomatología clínica
- Las pautas de vacunación
- Las reinfecciones

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Estudio de la respuesta a la infección natural previa a las vacunas en la primera parte del estudio

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... pendiente de realización durante el proyecto

Denominador ..... pendiente de realización durante el proyecto

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Excel

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 0.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 0.00

2. Estudio de la respuesta conferida por las diferentes vacunas en la segunda parte del estudio (median

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... pendiente de realización durante el proyecto

Denominador ..... pendiente de realización durante el proyecto

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Excel

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 0.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 0.00

3. Porcentaje de reinfecciones con una dosis, dos y tres dosis de vacunas

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... pendiente de realización durante el proyecto

Denominador ..... pendiente de realización durante el proyecto

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Excel

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 0.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

La primera parte del estudio comprendió el año 2020 y 2021. La segunda parte se inicia a principios del año 2022 hasta diciembre de 2022

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#967

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE SARS-COV-2 EN PERSONAL DEL SECTOR ZARAGOZA 1. RELACION CON LA VACUNACION

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#962

### 1. TÍTULO

#### ASISTENCIA AL PACIENTE CON SECUELAS TRAS INFECCION POR CORONAVIRUS EN UNA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#962 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LANZUELA BENEDICTO TERESA

Título  
ASISTENCIA AL PACIENTE CON SECUELAS TRAS INFECCION POR CORONAVIRUS EN UNA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA

Colaboradores/as:  
BOLDOVA LOSCERTALES ANA  
HUERTAS PUYUELO ANA CARMEN  
PEREZ GIMENEZ LAURA  
PORTEIRO VALIEN MARIA BELEN  
ROSELL ABOS TERESA  
SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL  
ZUIL MARTIN MARCOS

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Tras el diagnóstico de los primeros casos de infección por Coronavirus en enero de 2020, la enfermedad y las secuelas derivadas de la misma han supuesto un gran reto para todos los profesionales de la salud. Especialmente para la Neumología, que es una de las principales especialidades implicadas en el manejo de la enfermedad pro SARS-CoV2. En nuestra comunidad autónoma, se calcula que aproximadamente un 10% de los pacientes presentan síntomas persistentes una vez superada la fase aguda de la enfermedad, siendo los principales astenia y disnea. A nivel respiratorio distintos estudios han demostrado que la infección genera la proliferación de células pro inflamatorias pudiendo dar lugar a la destrucción del alveolo y a la consecuente proliferación patológica de tejido conectivo. Clínicamente estos cambios se traducirán en la aparición de síntomas respiratorios como dolor torácico, tos o disnea progresiva.

La breve experiencia acumulada en el seguimiento de los pacientes con manifestaciones clínicas y síntomas respiratorios persistentes tras la infección por COVID-19 nos conduce a distinguir tres perfiles de pacientes:

1. Aquellos que presentan síntomas persistentes más allá de las 12 semanas posteriores a la infección, pero sin alteración orgánica en los estudios realizados que los justifiquen
2. Aquellos con secuelas: alteraciones funcionales y/o radiológicas en los estudios realizados
3. Aquellos que presentaban comorbilidades previas a la infección y cuyos síntomas han empeorado tras la infección por COVID-19.

#### ÁREAS DE MEJORA

Resulta clave conocer si estas manifestaciones respiratorias que presenta el paciente corresponden a:

- o Persistencia de clínica de infección por Coronavirus prolongada (más allá de 12 semanas)
- o Secuelas tras infección por Coronavirus o
- o Comorbilidades respiratorias ya presentes previamente a la infección por Coronavirus.

Se persigue el objetivo de optimizar el seguimiento y tratamiento de los pacientes según su perfil para ofrecer una mejor calidad asistencial.

El elevado número de pacientes derivados a la consulta de Neumología post COVID y que no se benefician de un seguimiento ni estudio neumológico, genera largas listas de espera que dificultan la asistencia a aquellos pacientes de mayor gravedad y que presentan secuelas a nivel respiratorio.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En muchas ocasiones es difícil conocer el comienzo exacto de la clínica respiratoria, así como establecer su relación causal con la infección COVID, por lo que no es posible realizar una correcta clasificación entre secuela, comorbilidad preexistente o diagnóstico inicial de enfermedad respiratoria

En muchas ocasiones se trata de pacientes pluripatológicos con elevado número de comorbilidades que pueden cursar con clínica de disnea y dolor torácico

Para mejorar las listas de espera y la atención al paciente respiratorio es de vital importancia la estrecha colaboración con Atención Primaria. Por ello, la derivación de los pacientes a la consulta de Neumología debe realizarse siguiendo el Protocolo Asistencial en Aragón para la Atención Integral a las Personas con Condición post COVID 19 en el ámbito de la Atención Primaria y criterios para su derivación a la Atención Hospitalaria

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Identificar pacientes con patología respiratoria secundaria a infección por SARS COV-2 derivados al Servicio de Neumología desde Atención Primaria según los criterios establecidos en el "Protocolo asistencial en Aragón para la atención integral a las personas con condición post COVID-19 en el ámbito de la Atención Primaria y criterios para su derivación a la Atención Hospitalaria"

Clasificar la patología respiratoria identificada en los pacientes derivados como Secuelas de la infección, Covid Persistente o Comorbilidad asociada.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#962

### 1. TÍTULO

#### ASISTENCIA AL PACIENTE CON SECUELAS TRAS INFECCION POR CORONAVIRUS EN UNA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA

Estimar la carga de trabajo generada por la atención a pacientes COVID derivados desde Atención Primaria

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar una base de datos con los pacientes derivados desde Atención Primaria mediante interconsulta virtual a la Consulta de Neumología post COVID, recogiendo la clínica presente, resultados de las

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: TERESA LANZUELA BENEDICTO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. • Presencia/Ausencia de patología respiratoria. Porcentaje de pacientes con exploración física del a

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes con presencia de patología respiratoria entre los pacientes derivados desde Atención Primaria a la consulta PostCovid

Denominador .....: Total de pacientes derivados a consulta postCovid desde atención Primaria

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos recogida en consulta

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. • Clasificación de los pacientes. Porcentaje de pacientes que presentan COVID persistente, Secuelas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes que presenta Covid persistente, secuelas o comorbilidades previas

Denominador .....: Total de pacientes derivados a consulta PostCovid desde atención Primaria

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos recogida en consulta

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. • Pruebas complementarias invertidas en la atención a estos pacientes

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número total de pruebas realizadas a los pacientes atendidos en la Consulta PostCovid derivados desde Atención Primaria

Denominador .....: Número total de pruebas realizadas a los pacientes atendidos en la Consulta PostCovid derivados desde Atención Primaria

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Número total de pruebas realizadas a los pacientes atendidos en la Consulta PostCovid derivados desde Atención Primaria

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. • Porcentaje de pruebas complementarias realizadas a estos pacientes

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pruebas complementarias realizadas a los pacientes atendidos en la Consulta PostCovid derivados desde Atención Primaria

Denominador .....: Total de pruebas complementarias realizadas en consulta de Neumología

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Total de pruebas complementarias realizadas en consulta de Neumología

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Número de consultas invertidas en la atención a pacientes postCovid

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número total de consultas invertidas en la asistencia a pacientes derivados desde Atención primaria a consulta postCovid

Denominador .....: Número total de consultas invertidas en la asistencia a pacientes derivados desde Atención primaria a consulta postCovid

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Número total de consultas invertidas en la asistencia a pacientes derivados

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#962

### 1. TÍTULO

#### ASISTENCIA AL PACIENTE CON SECUELAS TRAS INFECCION POR CORONAVIRUS EN UNA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA

desde Atención primaria a consulta postCovid

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. Porcentaje de consultas invertido en pacientes postCovid

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Porcentaje de consultas invertidas en la asistencia a pacientes derivados desde Atención Primaria a consulta Postcovid respecto a total de consultas realizadas en Neumología

Denominador .....: Número de Consultas realizadas a los pacientes derivados desde Atención Primaria a Consulta postCovid

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Número total de consultas realizadas en Neumología

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#972

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#972 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
NIETO SANCHEZ DAVID

Título  
PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

Colaboradores/as:  
BOLDOVA LOSCERTALES ANA  
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL  
HUERTAS PUYUELO ANA CARMEN  
LANZUELA BENEDICTO TERESA  
LAZARO SIERRA JAVIER  
SAN GIL LOPEZ CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Demora (listas de espera) de consultas externas de pacientes con patología respiratoria del sueño.  
Optimizar el circuito diagnóstico-terapéutico en paciente con sospecha de Apnea Obstruktiva del Sueño (AOS) procedentes tanto de Atención Primaria (AP) como de otras especialidades.

#### ÁREAS DE MEJORA

Lista de espera de consultas para entrega de resultados de pruebas complementarias  
Coordinación asistencial.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Disminución de número de estudios realizados durante la pandemia.  
Aumento de solicitudes de estudios de casos sospechosos de AOS cada año.  
Deterioro o ausencia de aparatología propia para la realización de los estudios.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Optimizar el proceso diagnóstico - terapéutico de pacientes con sospecha de trastornos respiratorios del sueño.  
Disminuir el tiempo de demora entre la solicitud de estudio y el inicio de tratamiento.  
Tele monitorización de pacientes con Apnea Obstruktiva del Sueño (AOS) que inician tratamiento con CPAP.  
Evitar visitas presenciales innecesarias.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de informe del circuito de paciente desde solicitud del estudio hasta inicio de tratamiento o entrega resultados.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: DAVID NIETO SANCHEZ

2. Elaboración de Protocolo de Tele monitorización de pacientes que inician tratamiento con CPAP

Fecha inicio: 01/09/2023

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: DAVID NIETO SANCHEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Actualización y mejora de la base de datos de pacientes con trastornos respiratorios del sueño para que sea accesible a los indicadores de evaluación del proyecto

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Tele monitorización de paciente que inician CPAP

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes que inician tele monitorización con CPAP

Denominador .....: Nuevas prescripciones de CPAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Interconsulta Virtual AP.

Interconsulta Virtual intrahospitalaria.

Base de datos propia del servicio.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#972

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 2. Visitas presenciales evitadas

Tipo de indicador: impacto  
Numerador ..: Numero de 1ª visita presencial/año  
Denominador ..: Número de solicitud de nuevas solicitudes de estudio de sueño  
x(1-100-1000) ..: 100  
Fuentes de datos.: Listados de consultas externas.  
Base de datos propia del servicio  
Interconsulta Virtual AP.  
Interconsulta Virtual intrahospitalaria.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

#### 3. Instauración urgente de CPAP

Tipo de indicador: impacto  
Numerador ..: Pacientes con AOS grave y profesión de riesgo en los que instaura CPAP en menos de 7 días.  
Denominador ..: Pacientes con AOS grave y profesión de riesgo  
x(1-100-1000) ..: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos propia del servicio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

#### 4. Instauración de tratamiento CPAP (< 30 días)

Tipo de indicador: impacto  
Numerador ..: Pacientes con AOS con indicación de CPAP que inician tratamiento antes de 30 días desde solicitud petición estudio  
Denominador ..: Pacientes con AOS con indicación de CPAP  
x(1-100-1000) ..: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos propia del servicio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1013

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1013 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ GIMENEZ LAURA

Título  
DESARROLLO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS

Colaboradores/as:  
CABESTRE GARCIA JUAN ROBERTO  
CARRETERO GRACIA JOSE ANGEL  
LAZARO SIERRA JAVIER  
NIETO SANCHEZ DAVID  
ROSELL ABOS TERESA  
SANTOLARIA LOPEZ MIGUEL ANGEL  
ZUIL MARTIN MARCOS

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una de las principales causas de morbimortalidad en nuestro medio es la insuficiencia respiratoria aguda. Las unidades de cuidados intermedios respiratorios (UCRIs) se definen como áreas de monitorización y asistencia a pacientes con insuficiencia respiratoria aguda que requieren uso de soporte respiratorio NO invasivo. Tienen la capacidad de atender a:

- Pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada
- Pacientes que precisan soporte ventilatorio NO invasivo pero sin criterios de ingreso en UCI
- Pacientes no candidatos a intubación orotraqueal (IOT) pero que se beneficiarían de terapias no invasivas
- Pacientes procedentes de UCI que requieran un paso previo a la hospitalización convencional
- Insuficiencia respiratoria grave candidata a monitorización no invasiva

Mientras que el año 2002 Europa sólo contaba con 42 UCRIs, de las cuales únicamente una pertenecía al Sistema Nacional de Salud, en el año 2019 España ya contaba con 28 UCRIs. Durante la pandemia 7 de cada 10 de estas unidades crecieron mediante un incremento en su número de camas con una media de 14,82 camas/unidad. Por otra parte se han creado nuevas unidades (aproximadamente 15) con una media de 7.91 camas / unidad. Así pues, mientras antes de la pandemia la media de las camas en UCRI era de 4,07 en el momento actual se ha incrementado notablemente. Está demostrado el papel que estas unidades desarrollan en el manejo de la insuficiencia respiratoria pudiendo evitar hasta un 40% de los ingresos en UCIS. Un metanálisis realizado en la pandemia que incluía más de 50000 pacientes concluyó que la intubación pudo evitarse en alto porcentaje utilizando diferentes estrategias de soporte respiratorio no invasivo. Las técnicas no invasivas pueden evitar la ventilación mecánica hasta en un 70% de los pacientes COVID-19.

Tanto con los datos previos a la pandemia tanto como en la situación actual y sin olvidarnos de la posibilidad futura de encontrarnos en una nueva "emergencia sanitaria" es clara la necesidad de anticiparnos y crear un plan de contingencia que incluya la creación de UCRIs.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Muchos pacientes son atendidos en UCI a pesar de no precisar este nivel asistencial debido a la ausencia de UCRIs con el consiguiente aumento no sólo del gasto asistencial sino también del uso de recursos.
- Los criterios de ingreso en estas unidades han sido en ocasiones dispares y variables, deben generarse unos criterios unificados.
- Al alta de la unidad el paciente debe ser derivado para continuar sus cuidados al servicio de procedencia o a aquel que se considere de mayor beneficio para el tratamiento del paciente.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Falta de UCRIs en nuestro entorno en el momento actual
- Desconocimiento de su importante utilidad y rentabilidad
- Ausencia de protocolos y consensos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Desde la sociedad española de Neumología se considera imprescindible el desarrollo de estas unidades en todos los centros hospitalarios. De acuerdo con las directrices de nuestra sociedad los objetivos que establecemos son los siguientes

1. Puesta en marcha de la Unidad de Cuidados Respiratorios intermedios (UCRI)
2. Centralización de la asistencia al paciente con insuficiencia respiratoria severa (IRA ó IRCA) en UCR

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. • Formación específica a del personal de enfermería y auxiliares para la atención del cuidado del paciente respiratorio con soporte ventilatorio no invasivo

Fecha inicio: 01/10/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1013

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS RESPIRATORIOS INTERMEDIOS

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: LAURA PEREZ

2. •Creación de base de datos que permita el registro de los pacientes que ingresan en la UCRI, motivo de ingreso, datos basales, evolución, tratamiento, complicaciones asociadas a uso de TNI

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: JAVIER LAZARO

3. •Creación de circuito de comunicación con el servicio de Urgencias y distintas Unidades de nuestro hospital, que permita la rápida valoración del paciente y su ingreso.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: IGUEL ANGEL SANTOLARIA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Durante la pandemia COVID-19 la UMR ha trabajado funcionalmente y de forma eficaz como una UCRI.

En una comunicación presentada en el congreso de calidad de 2021 se analizó la rentabilidad de la UMR en el tratamiento de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda en el contexto de la infección SARS CoV2. Se analizaron 611 pacientes que ingresaron en la unidad entre marzo de 2020 y marzo de 2021 concluyendo que: El tratamiento de la IRA por SARS-CoV-2 en UMR, evitó un 58% de ingresos en UCI. El tratamiento de la IRA por SARS-CoV-2 de pacientes no candidatos a UCI en UMR, logró una supervivencia al alta del 44,2%.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Exitus

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Ingresos

Denominador ..... Exitus

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Base de datos

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 1.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 1.00

#### 2. Traslados UCI

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Ingresos

Denominador ..... Traslados UCI

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Base de datos

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 1.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 1.00

#### 3. Reingresos

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Ingresos

Denominador ..... Reingresos 30 días

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Base de datos

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 1.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1078

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE EJECUCION DE LAS PRUEBAS DE FUNCION RESPIRATORIAS MEDIANTE EL USO DE APOYO AUDIOVISUAL

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1078 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SAN GIL LOPEZ CRISTINA

Título  
OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE EJECUCION DE LAS PRUEBAS DE FUNCION RESPIRATORIAS MEDIANTE EL USO DE APOYO AUDIOVISUAL

Colaboradores/as:  
BRUNA LAGUNAS MARIA JOSE  
CABESTRE GARCIA JUAN ROBERTO  
CLAVERIA MARCO PALOMA  
DELPON PESCADOR MARIA PILAR  
FERNANDEZ GAONA MARIA EVA  
GOÑI PORCAR ITXASO  
PEREZ LOPEZ ANA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La realización de los estudios de función respiratoria. Las nuevas tecnologías son herramientas útiles para familiarizar al paciente con las pruebas a las que se va someter. El proyecto va enfocado a mejorar y facilitar la comprensión de la metodología de las pruebas de función respiratoria mediante la incorporación de las mismas.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Reducción tiempo de ejecución de la prueba
2. Satisfacción del paciente
3. Transformación digital

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. La falta de comprensión sobre estas pruebas para las que es necesario una ejecución precisa hace que el tiempo invertido en su realización sea muy variable de un paciente a otro.
2. La mayoría de los pacientes a los que van dirigidas estas pruebas padecen enfermedades respiratorias de distinta gravedad. Esto hace que a menudo lleguen asustados por la perspectiva de no poder completarla, generándoles una situación de ansiedad.
3. Los métodos tradicionales para informar sobre la realización de las técnicas de función pulmonar son obsoletos y claramente insuficientes. Este hecho favorece lo expuesto en el punto anterior.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Demostrar que la aplicación de las nuevas tecnologías en formato video explicativo es útil para optimizar la realización de las pruebas de función respiratoria.
- Analizar el impacto de la aplicación de un video explicativo de las técnicas de función respiratoria sobre la duración de las mismas.
  - Demostrar la utilidad de un video explicativo para mejorar la satisfacción de los pacientes sometidos a técnicas de función respiratoria.
  - Estudiar la posibilidad de aumentar el número de pacientes al reducir el tiempo de ejecución de cada técnica.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Análisis pre-intervención: elaboración de los cuestionarios y de video explicativo. Se pasará una prueba del video a 10 pacientes para detección de errores.

Fecha inicio: 16/08/2022  
Fecha final.: 09/09/2022  
Responsable.: Cristina San Gil López

2. Fase 1: administrar cuestionarios para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes sin haber iniciado la introducción del video explicativo.  
Fecha inicio: 12/09/2022  
Fecha final.: 14/10/2022  
Responsable.: Cristina San Gil López

3. Fase 2: Inicio de visualización de video explicativo por los pacientes citados para pruebas respiratorias

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1078

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE EJECUCION DE LAS PRUEBAS DE FUNCION RESPIRATORIAS MEDIANTE EL USO DE APOYO AUDIOVISUAL

y administración de cuestionarios de satisfacción.

Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 17/11/2022  
Responsable.: Cristina San Gil López

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Alcance de la intervención

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Porcentaje de pacientes a los que se le ha administrado el video  
Denominador .....: Total de pruebas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro llevado a cabo por los participantes en el proyecto  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Indicador de satisfacción sin video

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes con una satisfacción superior a 7 puntos sin visualización de video  
Denominador .....: Total de pruebas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro llevado a cabo por los participantes en el proyecto  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Indicador de satisfacción con video

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes con una satisfacción superior a 7 puntos con visualización de video  
Denominador .....: Total de pruebas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro llevado a cabo por los participantes en el proyecto  
Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 4. Indicador de actividad sin video

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pruebas realizadas con un tiempo inferior a 40 min por prueba sin visualización de video  
Denominador .....: Total de pruebas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro llevado a cabo por los participantes en el proyecto  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 5. Indicador de actividad con video

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pruebas realizadas con un tiempo inferior a 40 min por prueba con visualización de video  
Denominador .....: Total de pruebas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro llevado a cabo por los participantes en el proyecto  
Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1078

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE EJECUCION DE LAS PRUEBAS DE FUNCION RESPIRATORIAS MEDIANTE EL USO DE APOYO AUDIOVISUAL

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1082

### 1. TÍTULO

#### USO DE UN MODELO AUDIOVISUAL PREVIO A LA BRONCOSCOPIA PARA AUMENTAR LA SATISFACCION Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1082 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CLAVERIA MARCO PALOMA

Título  
USO DE UN MODELO AUDIOVISUAL PREVIO A LA BRONCOSCOPIA PARA AUMENTAR LA SATISFACCION Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Colaboradores/as:  
BLECUA PIÑEIRO MARIA DOLORES  
DELPON PESCADOR MARIA PILAR  
FERNANDEZ BURON ANA MARIA  
FERNANDEZ GAONA MARIA EVA  
FERNANDO ALFONSO ELISA MARIA  
VALENCIA GARCIA OLGA  
VICENTE GUILLEN JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las nuevas tecnologías son herramientas útiles para familiarizar al paciente con las pruebas a las que se va a someter. El proyecto va enfocado a mejorar y facilitar la comprensión de la metodología de las endoscopia respiratoria mediante la incorporación de las mismas. Con este proyecto pretendemos aumentar el conocimiento del paciente con el objetivo de reducir su ansiedad y la incidencia de errores en la suspensión de medicación previo a la misma.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Aumento en el conocimiento y preparación de la prueba
2. Satisfacción del paciente
3. Transformación digital
4. Evitar errores en la preparación del paciente

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. La información que recibe el paciente acerca de esta prueba ocurre, a menudo en una situación de estrés por el miedo al diagnóstico. Este hecho dificulta la comprensión de la misma y por tanto la preparación
2. En estudios previos hemos demostrado que la fase previa a la realización de la endoscopia es la más estresante, impactando tanto en la satisfacción como en la propia realización de la prueba.
3. Los métodos tradicionales para informar sobre la realización de las técnicas de endoscopia respiratoria son obsoletos y claramente insuficientes. Este hecho favorece lo expuesto en el punto anterior.
4. El error más común detectado es que al indicarles que suspendan su medicación oral suspenden también la inhalada

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Demostrar que la aplicación de las nuevas tecnologías en formato video explicativo es útil para optimizar la realización de las pruebas de función respiratoria.
- Analizar el impacto de la aplicación de un video explicativo de las técnicas de función respiratoria sobre la duración de las mismas.
  - Demostrar la utilidad de un video explicativo para mejorar la satisfacción de los pacientes sometidos a técnicas de función respiratoria.
  - Estudiar la posibilidad de aumentar el número de pacientes el tiempo de ejecución de cada técnica.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Analisis pre-intervencion

Fecha inicio: 16/08/2022  
Fecha final.: 09/09/2022  
Responsable.: Paloma Claveria Marco

2. Fase 1: administrar cuestionarios para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes sin haber iniciado la introducción del video explicativo

Fecha inicio: 09/09/2022  
Fecha final.: 09/11/2022  
Responsable.: Paloma Claveria Marco

3. Fase 2: Inicio de visualización de video explicativo por los pacientes citados para endoscopias respiratorias y administración de cuestionarios de satisfacción.

Fecha inicio: 10/11/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1082

### 1. TÍTULO

#### USO DE UN MODELO AUDIOVISUAL PREVIO A LA BRONCOSCOPIA PARA AUMENTAR LA SATISFACCION Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Fecha final.: 27/01/2023

Responsable.: Paloma Claveria Marco

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Alcance de intervención

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Porcentaje de pacientes a los que se le ha administrado el video

Denominador .....: Total de pruebas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro llevado a cabo por los participantes en el proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Indicador de satisfacción sin video

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con una satisfacción superior a 7 puntos sin visualización de video

Denominador .....: Total de pruebas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro llevado a cabo por los participantes en el proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Indicador de satisfacción con video

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con una satisfacción superior a 7 puntos con visualización de video

Denominador .....: Total de pruebas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro llevado a cabo por los participantes en el proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 4. Indicador de actividad sin video

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pruebas realizadas con un tiempo inferior a 40 min por prueba sin visualización de video

Denominador .....: Total de pruebas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro llevado a cabo por los participantes en el proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 5. Indicador de actividad con video

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pruebas realizadas con un tiempo inferior a 40 min por prueba con visualización de video

Denominador .....: Total de pruebas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro llevado a cabo por los participantes en el proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1082

### 1. TÍTULO

#### USO DE UN MODELO AUDIOVISUAL PREVIO A LA BRONCOSCOPIA PARA AUMENTAR LA SATISFACCION Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#72

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO PARA LA HUMANIZACION DEL SERVICIO NEUROLOGIA DEL HOSP. ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 09/06/2022

Nº de registro: 2022#72 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VELAZQUEZ BENITO ALBA

Título  
PROYECTO PARA LA HUMANIZACION DEL SERVICIO NEUROLOGIA DEL HOSP. ROYO VILLANOVA

Colaboradores/as:  
ARTAL ROY JORGE  
GIMENEZ MUÑOZ JOSE ALVARO  
LATORRE JIMENEZ ANA MARIA  
LOPEZ LOPEZ ALFREDO  
PEREZ LAZARO CRISTINA  
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA  
RIOS GOMEZ CONSUELO

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La RAE define "humanizar" como "hacer humano, familiar y afable a alguien o algo". Aplicada al sistema sanitario sería personalizar, individualizar dicha asistencia, que el sistema sea concebido para atender a personas enfermas que lo solicitan/necesitan e implica no solo el acto médico sino también escuchar y mirar, comprender, motivar, etc. porque el enfermo tiene sentimientos, emociones, etc. que deben ser integrados en la asistencia sanitaria a la vez que mantener derechos como confidencialidad, intimidad, respeto, tranquilidad, privacidad, etc. El enfermo espera recibir no solo una atención médica respecto a su enfermedad sino también humanizada y adecuada a sus necesidades y dignidad personal, la cual también se ve afectada.

La humanización médica no es solo desarrollar una atención sanitaria personal/individualizada, integral, más amable y justa, etc. sino que es situar al enfermo en el centro de atención del sistema sanitario tanto en su vertiente personal como del entorno que le rodea y acoge, conociendo y comprendiendo su situación, creencias, necesidades, expectativas, etc. La humanización es expresión también de calidad asistencial por lo que debe ser un objetivo importante a alcanzar a la vez que un compromiso y responsabilidad por parte del profesional.

Desde la creación en 2014 del proyecto HU-CI (Humanizando los cuidados intensivos) cada vez cobra más importancia la mejora de este aspecto en la asistencia a los pacientes. Se basa en "humanizar" la atención sanitaria sobre todo a través de dos áreas: espacio físico/entorno (crear lugares más amables, estables para los pacientes) y la relación entre profesional/enfermo. El servicio de Neurología difiere de un servicio de UCI en muchos aspectos (más presencia de familiares, estancias menos largas, mayor capacidad en general de interacción con los pacientes, etc.) pero comparte muchas otras características (patologías graves y potencialmente letales, enfermedades con curso irreversible, pacientes con patologías que limitan su comunicación con el entorno, etc.). Por ello, creemos que existen opciones accesibles que pueden ayudar a mejorar la humanización de la asistencia a los pacientes ingresados en el Servicio de Neurología.

#### ÁREAS DE MEJORA

Atención médica desde el punto de vista de la humanización

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Fortalezas: el equipo de profesionales (capacitados, motivados, comprometidos), existencia página web servicio, hospital tamaño medio, habitaciones amplias con terraza, guía de acogida, jardines alrededor hospital, interés del Salud y de la sociedad en la humanización asistencia, etc.

- Debilidades: falta de formación específica en competencias relacionales, tiempo, presión asistencial, escasos recursos, rigidez agendas, falta de consideración, excesivos trámites administrativos, lenguaje muy técnico, carencia de unidades (psicología, logoterapia, etc.), ausencia voluntariado y actividades alternativas de ocio (musicoterapia, conciertos, biblioteca, etc.), etc. Sería necesario implicar a asociaciones de familiares, profesionales quemados, asistencia fundamentalmente técnica, dificultad para cambios, falta de recursos económicos, cambios de direcciones Sector y Hospital, tecnificación, etc.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la atención del paciente en todos los aspectos, desde un punto de vista global y humano.

#### CRONOGRAMA

- 1- Constitución del equipo del Proyecto. Que personal lo integra
- 2- Lectura y análisis de documentación existente. Conocer las expectativas, necesidades y demandas de los sujetos, enfermos y profesionales sanitarios
- 3- Detectar y analizar las fortalezas y debilidades/problemas del equipo /atención
- 4- Establecer objetivos/soluciones (corto y medio plazo) generales y específicos.
- 5- Establecer el plan de actuación con reuniones periódicas para ver su implementación y adecuación.
- 6- Formación en habilidades y competencias emocionales y sociales, comunicación, escucha, etc.
- 7- Implantación. Implica actuaciones a nivel humano y físico (estructural)
- 8- Seguimiento y análisis resultados



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#72

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO PARA LA HUMANIZACION DEL SERVICIO NEUROLOGIA DEL HOSP. ROYO VILLANOVA

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1. Humanizar el trato hacia los enfermos por parte de todo el personal

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 01/10/2023

Responsable.: Todo el servicio

2. 2. Mejorar la comunicación con el enfermo, especialmente a la hora de transmitir malas noticias a enfermos y familiares.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 01/10/2023

Responsable.: Todo el servicio

3. 3. Personalizar la asistencia, mejorando la relación entre el profesional y el enfermo. Desplazar el centro al enfermo, huir de paternalismo.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 01/10/2023

Responsable.: Todo el servicio

4. 4. Buscar siempre el bienestar del enfermo a nivel profesional y personal (el enfermo centro de nuestra atención y profesión).

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 01/10/2023

Responsable.: Todo el servicio

5. 5. Cuidar a la familia e implicarles en la asistencia mediante su presencia y participación en los cuidados al enfermo

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 01/10/2023

Responsable.: Todo el servicio

6. 6. Actuar sobre entorno físico (arquitectura e infraestructura), humanizándolo.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 01/10/2023

Responsable.: Todo el servicio

7. 7- Cuidados al final de la vida. Priorizar uso de habitaciones individuales para pacientes en situación terminal y facilitar el acompañamiento por familiares en estos casos.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: .

Responsable.: Todo el servicio

8. 8- Potenciar voluntariado

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 01/10/2023

Responsable.: Todo el servicio

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Esta humanización se desarrolla en contenido y forma a lo largo de su vista/estancia hospitalaria dividiéndose temporalmente en tres fases bien definidas:

Al llegar a planta/consulta:

- Saludo, presentación (identificarse) y mostrar empatía e interés.
- Entregar documento de bienvenida y del proceso.
- Explicar objetivos, normas específicas del hospital y del servicio

Durante su estancia:

- Facilitar información proceso, posibilidad de verlos a tres si no está la familia en el hospital (videoconferencia con familia si no están)
- Intentar ser visto siempre por el mismo profesional
- Utilización de pictogramas si fuera necesario en caso de dificultades de comunicación, trastornos del desarrollo,...

Al alta/traslado/finalización de visita médica:

- Darles información clara, comprensible y completa del proceso, tto y prevención, qué vigilar, etc.
- Seguimiento del paciente para detección, prevención y manejo de complicaciones tras alta.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Grado de satisfacción del paciente mediante encuesta

Tipo de indicador: Alcance

Numerador . . . . .: Se usaría escala de Likert: 1:Muy satisfecho, 2: Satisfecho, 3: Más o menos, 4: Poco satisfecho y 5: Insatisfecho

Denominador . . . . .: Se usaría escala de Likert: 1:Muy satisfecho, 2: Satisfecho, 3: Más o menos, 4: Poco satisfecho y 5: Insatisfecho

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#72

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO PARA LA HUMANIZACION DEL SERVICIO NEUROLOGIA DEL HOSP. ROYO VILLANOVA

x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Escala de Likert  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1001

### 1. TÍTULO

#### HOJA DE INFORMACION A LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE ICTUS

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#1001 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SARALEGUI RETA MARIA

Título  
HOJA DE INFORMACION A LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE ICTUS

Colaboradores/as:  
FRANCISCO SALAS RAQUEL  
PEREZ LAZARO CRISTINA  
PEREZ TRULLEN JOSE MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dada la reciente implantación de la Unidad de ICTUS en nuestra planta, creemos que es muy importante informar a la familia del funcionamiento de este área nada mas ingresar el paciente. De este modo pensamos que se posibilitaría una disminución en la ansiedad que suele acompañar en estos casos a la familia de nuestros pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Conocimiento de lo qué es un ICTUS y sus secuelas.
- Funcionamiento del área.
- Personal que trabaja en la unidad para conseguir la mejoría del paciente.
- Enseñar a la familia el manejo de este proceso.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Gran desconocimiento en la población sobre esta enfermedad.
- Estas unidades son de reciente implantación en nuestros hospitales y son desconocidas por la mayoría de la población.
- Se desconoce que en nuestra unidad hay personal médico, de enfermería, TCAE, celadores y fisioterapia.
- Se desconoce todo lo que aporta cada profesional y su coordinación.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Queremos conseguir que los familiares tengan conocimiento sobre el Ictus y sepan manejar al paciente dentro de la unidad, pero sobre todo fuera de ella en la habitación de la planta y luego en casa, conociendo y manejando óptimamente la pérdida momentánea de algunas funciones o las secuelas que hayan podido quedar.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Crear grupo de mejora

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 10/06/2022  
Responsable.: Maria Saralegui Reta

#### 2. Recopilar información más relevante

Fecha inicio: 13/06/2022  
Fecha final.: 24/06/2022  
Responsable.: Cristina Pérez Lázaro

#### 3. Realizar reuniones periódicas

Fecha inicio: 25/06/2022  
Fecha final.: 08/07/2022  
Responsable.: Raquel Francisco Salas

#### 4. Realización del folleto

Fecha inicio: 11/07/2022  
Fecha final.: 29/07/2022  
Responsable.: María Saralegui Reta

#### 5. Entrega del folleto a familiares por parte del personal del Área de ICTUS

Fecha inicio: 02/09/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Raquel Francisco Salas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1001

### 1. TÍTULO

#### HOJA DE INFORMACION A LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE ICTUS

6. Realización de encuesta para evaluar satisfacción del usuario.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 27/01/2023

Responsable.: José María Pérez Trullén

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Monitorizar la entrega del folleto a los familiares cuando se produce el ingreso.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes en la unidad de ictus desde la implantación de la entrega del folleto

Denominador .....: Número de folletos entregados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Unidad de Ictus

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Encuesta a los familiares sobre el grado de conocimiento adquirido sobre el ICTUS.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de encuestas entregadas

Denominador .....: Número de encuestas contestadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Planta de Neurología

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1265

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA: RECONOCIMIENTOS MEDICOS E INTEGRACION DE LA PREVENCIÓN

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1265 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NIEVAS MARCO MARIA PILAR

Título  
MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA: RECONOCIMIENTOS MEDICOS E INTEGRACION DE LA PREVENCIÓN

Colaboradores/as:  
CESTER HERNANDEZ MARIA PILAR  
PALACIOS HERRERO ANTONIO  
ROMERO GARCIA PALOMA  
TARRERO LOZANO MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 1\*HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA\*PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales establece la necesidad de vigilar periódicamente el estado de salud de los trabajadores en función de los riesgos inherentes al trabajo, con el fin de valorar su adaptación al puesto y los problemas de salud detectables en relación con los riesgos laborales.

La ORDEN HAP/737/2017, de 5 de mayo, publica el Plan Marco para la integración efectiva de la prevención de riesgos laborales y la promoción de la salud en la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón. Con él se incorporan una serie de medidas de planificación, de carácter normativo, de vigilancia de la salud y de participación del personal con el objetivo de lograr una integración más efectiva de la actividad preventiva en el conjunto de la organización. Una de las líneas estratégicas del citado plan se refiere a la promoción y vigilancia de la salud que constituye un elemento básico de la política preventiva.

El sector sanitario se caracteriza por ser un sector ampliamente especializado y pluridisciplinar entre el que se incluye personal sanitario y no sanitario, todos ellos imprescindibles para el correcto funcionamiento del sistema. Es un sector donde convergen colectivos de trabajadores de muy diversa cualificación y en el que, al prestar cuidados de salud, los daños a terceros pueden tener graves repercusiones. Por ello determinar la aptitud para el trabajo de estos profesionales se debe convertir en un objetivo básico.

Durante el reconocimiento médico (RM) se realizan las siguientes actividades:

- Actualización de la historia clínico-laboral.
- Revisión de estado inmunitario, consulta de serologías previas y solicitud analítica en caso necesario.
- Realización de pruebas específicas y exploración.
- Valoración, informe con recomendaciones y aptitud.

El Servicio de Prevención del sector sanitario se ubica en los centros hospitalarios. La falta de dotación de medios humanos y materiales en Salud Laboral para la práctica de los reconocimientos médicos y el desconocimiento por parte de los trabajadores de su derecho a recibir esta prestación, ha motivado hasta ahora una menor asistencia de los trabajadores de Atención Primaria a la Unidad Básica de Prevención de Riesgos del sector I.

Durante la pandemia, la actividad de los Servicios de Prevención se ha visto modificada para atender la demanda en relación a la infección por coronavirus, y ha propiciado una mayor visibilidad del Servicio de Salud Laboral.

En la planificación de la actividad a realizar a partir de ahora, se percibe la necesidad de priorizar la práctica de los RM a los trabajadores de Atención Primaria del Sector.

#### ÁREAS DE MEJORA

Aumentar el número de reconocimientos médicos realizados a los profesionales de Atención Primaria.  
Detectar problemas de salud y su posible relación con los riesgos laborales a los que están expuestos.  
Aplicar medidas preventivas e informar de los riesgos del puesto de trabajo.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Ubicación del Servicio de Prevención en los hospitales, alejados de los centros de trabajo.  
Falta de recursos humanos/tiempo de las Unidades de Prevención de Riesgos Laborales.  
Desconocimiento de los trabajadores en Salud Laboral.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Favorecer la integración de la Prevención de Riesgos Laborales y la promoción de la salud entre los trabajadores del Sector Sanitario Zaragoza I mediante la práctica de reconocimientos médicos a los profesionales de Atención Primaria del Sector Zaragoza I.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1265

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA: RECONOCIMIENTOS MÉDICOS E INTEGRACIÓN DE LA PREVENCIÓN

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaborar, registrar y realizar seguimiento de formularios de citación a reconocimiento médico por Unidades o Servicios

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/12/2023

Responsable: Pilar Cester

2. Informar a los trabajadores sobre la Vigilancia de la salud: objetivos y actividades a realizar

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 15/12/2023

Responsable: M<sup>a</sup> Carmen Tarrero y Antonio Palacios

3. Equipo sanitario se desplaza a centro de salud habilitado para la práctica de los RM

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final: 15/12/2023

Responsable: Paloma Romero y M<sup>a</sup> Carmen Tarrero

4. Captación de trabajadores con serología negativa y oferta de inmunización

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final: 15/12/2023

Responsable: Antonio Palacios y yy M<sup>a</sup> Carmen Tarrero

5. Elaborar informe de vigilancia de la salud con medidas preventivas propuestas

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final: 15/12/2023

Responsable: Pilar Nievas y Paloma Romero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se podrán mantener las actividades una vez que el proyecto haya terminado.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Evolución del nº de trabajadores que se realizan RM

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº trabajadores citados que no se han hecho RM en los últimos 5 años

Denominador .....: Nº trabajadores que realizan RM en el CS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Aplicación medtra

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Estado inmunitario frente a agentes biológicos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº vacunas frente a hepatitis B administradas

Denominador .....: Nº trabajadores con indicación (por serología negativa y riesgo en el puesto de trabajo)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Aplicación medtra: registro AntiHBs en trabajadores sanitarios

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Propuestas de mejora preventiva en los CS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº informes VS colectiva realizados

Denominador .....: Nº de centros de salud citados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Memoria del Servicio de Prevención del sector

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1265

### 1. TÍTULO

**MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA: RECONOCIMIENTOS MÉDICOS E INTEGRACIÓN DE LA PREVENCIÓN**

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#714

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA DEL PACIENTE CON CERVICOBRAQUIALGIA

Fecha de entrada: 20/07/2022

Nº de registro: 2022#714 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA

Título  
PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA DEL PACIENTE CON CERVICOBRAQUIALGIA

Colaboradores/as:  
ALAMILLO SALAS JORGE  
BONED BLANQUEZ MARIA LUISA  
CASTILLO MEDINA ANA ISABEL  
LEZCANO CISNEROS AMELIA  
MARTIN VALLADARES NATALIA  
RODRIGUEZ VICENTE CARMEN  
VALERO TOMAS MARIA ESMERALDA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La cervicobraquialgia es un síndrome clínico en el que el paciente presenta impotencia funcional y dolor a nivel cervical que se irradia al miembro superior a través del territorio correspondiente a una raíz nerviosa cervical.

Las raíces más frecuentemente afectadas son en primer lugar C7, seguida de C6.

Las causas son diversas, principalmente debido a causas degenerativas o traumáticas.

Representa la cuarta causa de discapacidad, con una tasa de prevalencia anual superior a 30 %

En las últimas décadas, se incrementa la incidencia de fenómenos biomecánicos o posturales, como desencadenantes del síndrome, y se convierte en un problema importante de salud laboral.

#### ÁREAS DE MEJORA

Desde nuestro servicio hemos detectado la necesidad de la existencia de un protocolo consensuado de tratamiento de fisioterapia en esta patología, dado que la mayoría de pacientes que se tratan se encuentran en edad activa. Dentro de este protocolo se va a proporcionar al paciente un folleto con ejercicios cervicales para realizar en el domicilio, Con esto se pretende una mejor atención fisioterápica para obtener una mejoría funcional, una correcta higiene postural y la disminución de la sintomatología en el menor tiempo posible.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Dolor cervical irradiado a extremidades superiores que no cede con analgesia habitual

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Generales:

- Unificar criterios a la hora de aplicar el tratamiento de fisioterapia en las cervicobraquialgias.
- Mejora de la calidad de vida del paciente, aumento de su capacidad funcional, mejora de su higiene postural y disminución de los síntomas de su patología.

##### Específicos:

- Enseñar al paciente ejercicios y técnicas de protección para evitar la recaída.
- Mejorar la movilidad y fuerza a nivel cervical.
- Disminuir el dolor.
- Disminuir la sobrecarga articular.
- Mejorar la calidad de vida en las actividades de la vida diaria.
- Mejorar la propiocepción.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones del equipo multidisciplinar para la distribución de trabajos a realizar (diseño de un programa de ejercicios cervicales domiciliarios, encuesta de satisfacción, escalas de valoración...)

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final: 31/01/2022

Responsable.: Ana Cristina Herrando Peiro

2. Reuniones de todos los profesionales implicados para explicar la puesta en marcha del proyecto y características del mismo.

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final: 31/01/2022

Responsable.: Ana Cristina Herrando Peiro



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#714

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA DEL PACIENTE CON CERVICOBRAQUIALGIA

3. Implantación del proyecto en los pacientes con diagnóstico de cervicobraquialgia

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Ana Cristina Herrando Peiro

4. Recogida y estudio de todos los datos y valoración de los resultados obtenidos.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Ana Cristina Herrando Peiro

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El tratamiento será individualizado. Consistirá en un tratamiento de fisioterapia de 10-15 sesiones, donde se incluirán tratamiento de electroterapia analgésica (TENS, ultrasonidos, Termoterapia...), terapias manuales y/o tracciones mecánicas o manuales.

Se dará hoja con ejercicios protocolizados que se enseñarán a lo largo del tiempo de tratamiento, para que posteriormente el paciente los realice en su domicilio.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Intensidad de dolor antes y después del tratamiento

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Análisis de Escala Visual Analógica de dolor (EVA) antes de iniciar el tratamiento

Denominador .....: Análisis de Escala Visual Analógica de dolor (EVA) después de acabar el tratamiento

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recogida de datos en gimnasio

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Características del dolor antes y después del tratamiento

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Cuestionario DN4 antes d iniciar tratamiento

Denominador .....: Cuestionario DN4 después de acabar el tratamiento.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recogida de dato en gimnasio

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se realizarán tres evaluaciones: al inicio de tratamiento, al final del mismo y al mes tras el alta en fisioterapia. Las escalas que se utilizarán serán:

- Escala visual analógica (EVA)
- Cuestionario dolor neuropático DN4

Al mes de finalización de tratamiento, vía telefónica, se realizará una encuesta diseñada por nosotros (satisfacción con el trato recibido, facilidad/dificultad al realizar ejercicios, mejoría...)

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#924

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTOPERATORIOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#924 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
RODRIGUEZ NOGUE LUIS

Título  
PROTOCOLO DE CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTOPERATORIOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA

Colaboradores/as:  
BADIOLA VARGAS JARA VICTORIA  
BARRADO MELERO ANDREA  
CECILIA RAMOS LORENA  
MALO FINESTRA LAURA  
MARTIN CABRERO ARIANA  
PINILLA GRACIA CRISTIAN JOSE  
ROMANOS PEREZ JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La prótesis total de rodilla es una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas en el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Un correcto cuidado postoperatorio y el seguimiento de un adecuado protocolo de recuperación postoperatoria son fundamentales para alcanzar resultados satisfactorios.

#### ÁREAS DE MEJORA

A pesar de explicar a todos los pacientes los cuidados postoperatorios y los ejercicios de recuperación que deben llevar a cabo tras la intervención, en la mayoría de ocasiones éstos no recuerdan la información entregada, lo que se traduce en un mal cuidado de la herida quirúrgica y/o en una falta de cumplimiento de los ejercicios necesarios para alcanzar una recuperación completa y satisfactoria. Por otro lado, aunque todos los cirujanos seguimos protocolos postoperatorios similares, a veces la información dada a los pacientes puede ser poco homogénea, creando dudas e inseguridades.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Cuando se explica a los pacientes los cuidados postoperatorios y los ejercicios de recuperación que deben llevar a cabo tras la intervención, éstos se encuentran en una situación de estrés que conlleva un aumento de la dificultad para la comprensión de toda la información transmitida, que se ve agravada por la avanzada edad de algunos de nuestros pacientes. Aunque empleamos el tiempo necesario y hacemos especial hincapié en transmitir adecuadamente a todos los pacientes los cuidados postoperatorios y los ejercicios de recuperación que deben llevar a cabo tras la intervención, la elevada carga de trabajo impide que invirtamos más tiempo en estar seguros de que los pacientes han comprendido la información transmitida. Al ser varios los cirujanos que llevamos a cabo esta intervención y al encargarse del pase de planta cada día un traumatólogo diferente, la información dada a los pacientes puede variar de un día para otro, dificultando la realización de un protocolo homogéneo de recuperación.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Conseguir un cuidado adecuado de la herida quirúrgica y la aplicación de un protocolo homogéneo de recuperación postoperatoria que mejore los resultados funcionales y disminuya el número de complicaciones.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Entrega en el momento de ingreso hospitalario de un folleto informativo con los cuidados postoperatorios y los ejercicios de recuperación que deberán llevar a cabo tras la intervención.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Luis Rodríguez Nogué

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla que reciben folleto al ingreso.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes que han recibido el folleto

Denominador .....: Pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#924

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE CUIDADOS Y EJERCICIOS POSTOPERATORIOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA

Fuentes de datos.: Encuesta realizada en consulta

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. Complicaciones en pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla

Tipo de indicador: impacto  
Numerador ....., Número de complicaciones  
Denominador ....., Pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Revisión HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

3. Rango de movilidad en pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla

Tipo de indicador: impacto  
Numerador ....., Número de pacientes que alcanza un rango de movilidad de al menos 0° de extensión y 90° de flexión  
Denominador ....., Pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Revisión HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

4. Visitas a urgencias de pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla

Tipo de indicador: impacto  
Numerador ....., Número de visitas a urgencias relacionadas con la intervención  
Denominador ....., Pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Revisión HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

5. Grado de satisfacción en pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla

Tipo de indicador: impacto  
Numerador ....., Número de pacientes que se encuentran satisfechos con los resultados de la intervención  
Denominador ....., Pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta realizada en consulta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#926

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROTESIS TOTAL DE CADERA

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#926 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ROMANOS PEREZ JAVIER

Título  
PROTOCOLO DE CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROTESIS TOTAL DE CADERA

Colaboradores/as:  
BADIOLA VARGAS JARA VICTORIA  
CONTE GALVEZ MARIA MARTA  
GORRINDO ANGOS MARTA  
PINILLA GRACIA CRISTIAN JOSE  
RODRIGUEZ NOGUE LUIS  
RUJULA AZNAR MARGARITA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La coxartrosis es una de las enfermedades más prevalentes en la población adulta, manifestándose como una causa muy frecuente de discapacidad funcional además de suponer una carga socioeconómica importante. La artroplastia total de cadera aumenta la calidad de vida de los pacientes, aproximándose los años de vida ajustados por calidad a la de los pacientes sanos de edad similar. La OMS indica que aproximadamente el 10% de los hombres y el 18% de las mujeres mayores de 60 años tienen artrosis sintomática. El 80% de las personas con artrosis tienen limitación en el movimiento y hasta un tercio de ellos puede considerarse gravemente discapacitado. Se trata de un problema que aumentará en incidencia con el tiempo, al estimarse que la población de personas mayores de 60 años se triplicará para el año 2050. Un porcentaje importante de pacientes con coxartrosis precisaran una prótesis de cadera, siendo uno de los procedimientos ortopédicos que más incrementa la calidad de vida. El problema surge cuando aparecen las complicaciones derivadas de la misma como las luxaciones, las infecciones o las fracturas, que aunque relativamente infrecuentes son muy importantes por las consecuencias tan negativas que generan. Por ello, es fundamental la educación de los pacientes y del personal sanitario respecto a las cuestiones básicas del cuidado postoperatorio para evitar algunas de estas complicaciones.

#### ÁREAS DE MEJORA

Falta de conocimiento de los pacientes del protocolo de cuidados que deben seguir en el postoperatorio de una prótesis total de cadera.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La presión asistencial existente tanto en las consultas como en el hospital dificulta la posibilidad de ofrecer una explicación completamente detallada del procedimiento quirúrgico que se va a realizar al paciente así como del proceso inmediatamente posterior a la cirugía en la planta de hospitalización, y también de todos los cuidados, necesidades y aspectos a tener en cuenta en el domicilio tras el alta hospitalaria.

Otra de las posibles causas es la falta de personal de enfermería, auxiliares de enfermería o celadores que sean fijos en la planta de traumatología, ya que la existencia de personal que no está acostumbrado a tratar con este tipo de pacientes además de que puede cometer errores en los cuidados, no puede solucionar algunas de las dudas o problemas que surgen durante el periodo de hospitalización de los pacientes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo de este proyecto es mejorar el conocimiento de los pacientes sobre su patología y su tratamiento mediante una prótesis total de cadera así como de los cuidados postoperatorios y las recomendaciones necesarias para evitar algunas de las complicaciones postoperatorias más importantes.

La población diana se trata de todos aquellos pacientes que van a ser intervenidos de prótesis total de cadera de forma electiva por coxartrosis en el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Royo Villanova.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Entrega de un manual/librito/folleto explicativo de todo el proceso de una prótesis total de cadera así como de los cuidados postoperatorios necesarios

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Javier Romanos Pérez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

En el folleto se incluirá:

- Movimientos o ejercicios que puede realizar en las primeras horas.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#926

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROTESIS TOTAL DE CADERA

- Aspectos relacionados con la herida quirúrgica: como curar, donde, cada cuanto, cuando retirar las grapas o la sutura.
- Aspectos relacionados con el dolor postoperatorio.
- Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa.
- Forma de deambulación y ayudas necesarias.
- Posiciones de la extremidad intervenida que puede y no puede realizar.
- Aspectos relacionados con actividades de la vida diaria: Formas de sentarse y tumbarse, de caminar, de subir y bajar escaleras, de vestirse, de recoger objetos del suelo, de montarse en el coche, etc.
- Ayudas necesarias en el domicilio.
- Actividad física y deportiva.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. % pacientes intervenidos de PTC que han recibido el folleto

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: pacientes que han recibido el folleto

Denominador .....: total de pacientes intervenidos.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta dada en la consulta de control postoperatorio

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

##### 2. Grado de satisfacción del paciente

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: pacientes muy satisfechos

Denominador .....: total de pacientes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta dada en la consulta de control postoperatorio

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

##### 3. % complicaciones aparecidas entre los pacientes intervenidos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: total de pacientes con complicaciones

Denominador .....: Total de pacientes intervenidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: revisión de HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Grado de satisfacción del paciente: posibles resultados de la encuesta: nada satisfechos - poco satisfechos - satisfechos - muy satisfechos

% complicaciones: como complicaciones solo se incluyen luxaciones, infecciones u otras complicaciones aparecidas en los primeros 6 meses

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1118

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACION EN EL MANEJO DE LA HERIDA QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1118 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CALAVIA GALE PABLO

Título  
RECOMENDACION EN EL MANEJO DE LA HERIDA QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

Colaboradores/as:  
BAETA BELTRAN MARTA  
CANALES CORTES VICENTE  
CASTELLS MURILLO INMACULADA  
GARCIA AGUILERA DAVID  
GARCIA ESQUES ANDREA  
MUÑOZ MARTIN SUSANA  
PEREZ JIMENO NURIA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La artroplastia de rodilla primaria es una de las cirugías más frecuente en el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de cualquier centro hospitalario. La importancia de un correcto manejo de la herida quirúrgica puede condicionar lograr unos resultados óptimos o presentar grandes complicaciones, entre ellas, la infección de la misma, la cual puede condicionar problemas derivados, tales como el aflojamiento del implante o inestabilidad articular. La infección de la artroplastia total de rodilla oscila aproximadamente en el 1% según la literatura, siendo este porcentaje similar a las tasas de nuestro centro. La elaboración de un documento informativo con recomendaciones y posteriormente protocolización del manejo de la herida quirúrgica tras artroplastia total de rodilla mejoraría la atención al paciente ya que permitiría optimizar los recursos sanitarios (tanto humanos como materiales), reducir la carga asistencial del personal de enfermería, permitir la valoración visual rutinaria de la zona quirúrgica y mejora la calidad en la atención y seguridad del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Disminuir la tasa de infección de artroplastia total de rodilla primaria.
2. Optimizar los recursos humanos y materiales en el postoperatorio inmediato de artroplastia total de rodilla.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. La variabilidad en los cuidados postoperatorios, puede condicionar un aumento del riesgo de infección de la herida quirúrgica. La protocolización y estandarización de los cuidados postoperatorios disminuye este riesgo y permite que se desarrollen de una forma más eficiente.
2. La realización de curas convencionales diarias supone un aumento de la labor asistencial del equipo de enfermería, así como un gasto en material fungible.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Disminuir la tasa de infección en postoperatorio en la artroplastia total de rodilla primaria.
- Unificar los criterios en el manejo de la herida quirúrgica de la artroplastia total de rodilla primaria.
- Reducir la carga asistencial del equipo de enfermería, evitando intervenciones superfluas y poco costo-efectivas.
- Realizar un estudio económico de costes enfrentando la cura convencional con la cura tipo Mölnal.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de un documento informativo con recomendaciones del manejo de la herida quirúrgica en artroplastia primaria de rodilla.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Pablo Calavia Galé

2. Evaluación económica del gasto en material fungible necesario para la realización de curas convencionales diarias frente al gasto necesario para realizar cura tipo Mölnal  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Susana Muñoz Martín

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1118

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACION EN EL MANEJO DE LA HERIDA QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA PRIMARIA TOTAL DE RODILLA EN EL SECTOR ZARAGOZA I

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Consecucion de la realización de la memoria.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Proporción de la redacción de la elaboración del documento informativo

Denominador .....: Documento informativo con recomendaciones.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Desarrollo de la memoria

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1245

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE CON FRACTURA DE RADIO DISTAL

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1245 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ZAMORA LOZANO MARTA

Título  
RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE CON FRACTURA DE RADIO DISTAL

Colaboradores/as:  
CALAVIA GALE PABLO  
FLORES SAN MARTIN MARIA MERCEDES  
FREILE PAZMIÑO PATRICIO ANDRES  
GARCIA AGUILERA DAVID  
GARCIA ESQUES ANDREA  
GARCIA-POLIN LOPEZ CRISTINA  
MEJIA CASADO ANA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La fractura del extremo distal del radio es una de las fracturas más frecuentes que se atienden en los Servicios de Urgencias de Traumatología (entre un 10 y un 25% del total de las fracturas). Afecta predominantemente a mujeres mayores de cincuenta años, y en la mayoría de las ocasiones se trata de fracturas osteoporóticas, por traumatismos de baja energía.

Su tratamiento consiste en realizar una reducción cerrada de la fractura e inmovilización mediante un yeso cerrado o férula antebraquial según el tipo de fractura. Independientemente de que el tratamiento definitivo sea conservador o quirúrgico, todos los pacientes son dados de alta a domicilio el mismo día, tras la reducción de la fractura.

En los casos en que aparece un hematoma o inflamación importantes, la propia inmovilización puede provocar dolor, edema, compromiso vascular o nervioso distal, por lo que es muy importante seguir unas pautas para que la inflamación sea la mínima posible. En ocasiones, los pacientes acuden de nuevo a Urgencias por alguno de estos motivos, lo que implica un mayor consumo de recursos humanos y materiales y mayor saturación de los servicios de Urgencias.

Se propone la elaboración de un folleto que incluya información básica sobre la lesión, la evolución esperable del proceso (inflamación de los dedos, hematoma..), los cuidados del yeso, y los signos de alarma por los que acudir a Urgencias. También se explicarán medidas y ejercicios para prevenir las posibles complicaciones. Se redactará de forma clara y sencilla procurando la correcta comprensión por parte del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1.1 Aparición de complicaciones de las fracturas de radio distal (dolor, edema, compromiso vascular o nervioso)
- 2.1 Revisita o nueva consulta de los pacientes al Servicio de Urgencias y su consecuente consumo innecesario de recursos humanos y materiales

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- 1.2 Falta de comprensión por parte del paciente de las medidas para evitar complicaciones, y de su importancia
- 2.2 Falta de información detallada de la patología que sufren y la evolución más probable de la misma.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Mejorar la calidad asistencial de los pacientes atendidos en urgencias por fracturas de radio distal ampliando la información sobre el proceso y recomendaciones al alta.
2. Aumentar la satisfacción de los pacientes atendidos con este tipo de fracturas disminuyendo las dudas e inseguridad que pueda generarles el proceso.
3. Disminuir las complicaciones por inflamación de la región distal del antebrazo.
4. Disminuir el número de visitas a Urgencias derivado de estas complicaciones.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración del borrador del documento

Fecha inicio: 15/08/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Todos



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1245

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE CON FRACTURA DE RADIO DISTAL

2. Puesta en común dentro del Servicio de Traumatología  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Todos

3. Elaborar el folleto definitivo incluyendo imágenes y formato DIN A4 en blanco y negro  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Todos

4. Comenzar distribución del mismo junto con el alta a todos los pacientes que hayan sufrido una fractura de radio distal  
Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 01/01/2024  
Responsable.: Todos

5. Recoger todos los pacientes que regresen al Servicio de Urgencias por dolor e inflamación de los dedos  
Fecha inicio: 01/12/2023  
Fecha final.: 01/01/2024  
Responsable.: Todos

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Reparto de folleto

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de personas con una fractura de radio distal que han recibido el folleto informativo

Denominador .....: Número de personas atendidas en Urgencias HRV con fractura de radio distal

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Se preguntará al paciente en la primera consulta tras la fractura si ha recibido el folleto

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Uso del folleto

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de personas que han consultado el folleto informativo tras el alta del servicio de urgencias

Denominador .....: Número de personas que han recibido el folleto informativo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Se preguntará al paciente en la primera consulta tras la fractura si ha hecho uso del folleto

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Revisitas a urgencias

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de personas que han vuelto a Urgencias HRV por complicaciones o dudas tras ser atendidos de una fractura de radio distal en nuestras urgencias

Denominador .....: Número de personas que han recibido el folleto informativo tras sufrir una fractura de radio distal

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Se recogerán los datos de los pacientes cuando vuelvan al servicio de urgencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 4. Complicaciones

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de personas que han sufrido alguna complicación

Denominador .....: Número de personas que han recibido el folleto informativo tras sufrir una fractura de radio distal

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1245

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE CON FRACTURA DE RADIO DISTAL

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Se preguntará a los pacientes si han sufrido alguna complicación en la primera consulta o sucesivas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Satisfacción  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Media de satisfacción de los pacientes (1-10) x10  
Denominador .....: 100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Se preguntará a los pacientes que evalúen del 1 al 10 la satisfacción y utilidad del folleto  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1273

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE ACOGIDA PARA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE TRAUMATOLOGÍA

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1273 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ

Título  
PROGRAMA DE ACOGIDA PARA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE TRAUMATOLOGÍA

Colaboradores/as:  
BAETA BELTRAN MARTA  
BLASCO ARNEDO LAURA  
CASADO ADIEGO BLANCA  
CASTELLS MURILLO INMACULADA  
DE LA CERDA VELAZ ANA ISABEL  
LARROY BUIL SUSANA  
MUÑOZ MARTIN SUSANA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Por diferentes motivos, la renovación del personal de enfermería que trabaja en los diferentes servicios es muy frecuente (sustituciones de vacaciones y otros permisos, personal con reducciones de jornada y/o deslizamientos, bajas laborales, personal que se incorpora al hospital tras aprobar oposición o tras un concurso de traslados, convocatorias de movilidad interna dentro de los hospitales...).

Ante esta realidad muy complicada de modificar, al menos en el corto plazo, se hace imprescindible poder contar con un programa de acogida para los profesionales de nueva incorporación que facilite la adaptación al puesto de trabajo en una unidad que desconocen (lo que conlleva inseguridad y estrés), y mejore su capacitación (que garantizará la calidad de los cuidados).

#### ÁREAS DE MEJORA

Con respecto a los pacientes y la práctica profesional:

- Mantener la seguridad clínica.
- Garantizar la calidad de los cuidados.

Con respecto a los trabajadores:

- Facilitar la adaptación al puesto de trabajo y mejorar su capacitación para el desempeño profesional.
- Disminuir la inseguridad y el estrés que supone la adaptación a un nuevo servicio.
- Mejorar su sentimiento de pertenencia a la organización.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La causa de los problemas anteriormente descritos son la renovación tan frecuente que se produce en el personal de enfermería que trabaja en los diferentes servicios. Aunque hay competencias enfermeras básicas y avanzadas, así como competencias transversales que el trabajador tiene que "traer de casa" (mentalidad de aprendizaje constante, capacidad de adaptación, gestión del tiempo, planificación y organización, trabajo en equipo...), no se puede ignorar que cada servicio tiene sus peculiaridades, y son precisamente esas peculiaridades las que debemos de intentar que el personal conozca cuando se vaya a incorporar.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Facilitar la adaptación al puesto de trabajo al personal de enfermería (enfermer@s y TCAE) de nueva incorporación.
- Promover el sentimiento de pertenencia a la organización.
- Favorecer la adhesión a prácticas seguras.
- Mejorar la calidad de los cuidados.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Encuesta a todo el personal de enfermería que forma parte del equipo, para hacer un sondeo de opinión acerca de los temas que les parecen más importantes para incluir en el programa.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: B Casado, S Larroy, S Muñoz

2. Elaborar documento escrito que contenga el programa de acogida

Fecha inicio: 16/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1273

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE ACOGIDA PARA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE TRAUMATOLOGÍA

Responsable.: M Baeta, L Blasco, I Castells

3. Diseñar sesiones formativas presenciales y/o mediante videoconferencia,

Fecha inicio: 16/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: A de la Cerda, S Larroy, S Muñoz

4. Elaborar videos breves como material didáctico para explicar de una forma más visual y amena diversas prácticas enfermeras

Fecha inicio: 16/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: B Casado, A de la Cerda, MP Simón

5. Nueva encuesta para que el personal de enfermería haga una valoración de los resultados obtenidos hasta el momento tras la implantación del programa de acogida.

Fecha inicio: 12/12/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: M Baeta, L Blasco, I Castells

6. Reunión del equipo de mejora para realizar una memoria de seguimiento que refleje el trabajo realizado y los resultados alcanzados durante 2022.

Fecha inicio: 19/12/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: María Paz Simón

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La encuesta inicial se realizará a todo el personal de enfermería que forma parte del equipo, para hacer un sondeo de opinión acerca de los temas que les parecen más importantes y que consideran que deberían estar incluidos en el programa de acogida (se tendrá muy en cuenta la opinión del personal que lleva menos de un año de antigüedad en el servicio para saber qué es lo que echaron en falta al incorporarse a la unidad). Se incluirá también a personal del pool ya que pueden tener una visión más objetiva y global y su aportación puede ser muy útil.

Se diseñará un programa de acogida que incluya aparte de un documento escrito, sesiones formativas presenciales y/o mediante videoconferencia, especialmente en los momentos del año en los que se produzca un elevado número incorporaciones de personal nuevo en la plantilla, así como la elaboración de videos breves como material didáctico para explicar de una forma más visual y amena diversas prácticas enfermeras. Comenzaremos revisando el material que tenemos y determinando cuáles van a ser las actividades más necesarias y/o urgentes para comenzar por éstas y llevarlas a cabo en lo que queda de 2022, ya que continuaremos completando el programa en 2023.

Se realizará a final de año una reunión del equipo de mejora para ultimar la memoria de seguimiento que refleje el trabajo realizado y los resultados alcanzados durante 2022. Se hará una valoración de los avances, se realizarán las correcciones oportunas y planificarán nuevas acciones de cara al 2023.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de profesionales de nueva incorporación que se incluyen en el programa de acogida

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales de nueva incorporación que se incluyen en el programa de acogida

Denominador .....: Nº de profesionales de nueva incorporación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: servicio de personal/supervisora enfermería unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de profesionales que valora la influencia del programa en los resultados de forma positiva.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de profesionales con valoración = 6

Denominador .....: Nº de profesionales que han respondido la encuesta.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuesta de valoración de resultados obtenidos tras la implantación del programa de acogida (valoración del 1 al 10)

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1273

### 1. TÍTULO

#### **PROGRAMA DE ACOGIDA PARA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE TRAUMATOLOGÍA**

La percepción de los trabajadores sobre si el programa de acogida ha influido de forma positiva se recogerá en aspectos como:  
mantener la seguridad clínica, garantizar la calidad de los cuidados, facilitar la adaptación al puesto de trabajo y disminuir la inseguridad y el estrés que supone la incorporación a un nuevo servicio entre otros.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1217

### 1. TÍTULO

#### REVISION DEL PLAN FUNCIONAL DEL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL DE "PARQUE GOYA"

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1217 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BENAVENTE PORTOLES EVA

Título  
REVISION DEL PLAN FUNCIONAL DEL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL DE "PARQUE GOYA"

Colaboradores/as:  
MARTINEZ POBLETE CAROLINA  
ORGA SORIANO CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: UCE HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Hospital de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental "Parque Goya", es un dispositivo que se puso en marcha el 3 de diciembre del 2018 por la Consejería de Sanidad del Gobierno de Aragón. Dicho dispositivo se encuentra dentro de los objetivos del Plan de Salud Mental 2017-2021 de Aragón. Está ubicado en la segunda planta del Centro de Salud "Parque Goya", perteneciente al Sector Sanitario 1 de Zaragoza. Servicio de Psiquiatría HRV. Fue creado como un dispositivo suprasectorial y de atención a toda la población Infanto-Juvenil de la CC.AA. Es un recurso que complementa a otros dispositivos que atienden a esta población. Se define como un tipo de hospitalización parcial, intensivo, estructurado y limitado en el tiempo, para pacientes menores de 18 años con trastorno mental grave. Son derivados por los profesionales de las USMIJ y la UCE del Hospital Clínico, cuando se presenta una necesidad de abordaje de dichos pacientes, que además de la sintomatología clínica, presentan un desajuste en el área social, ocupacional y educativa.

#### ÁREAS DE MEJORA

Con el proyecto se pretende realizar una revisión del Plan Funcional que se realizó inicialmente para la puesta en marcha de este dispositivo, tras 3 años y medio de funcionamiento. Los profesionales nos hemos encontrado con que algunos de los objetivos, programas terapéuticos, criterios de inclusión y exclusión de pacientes, en la práctica no se ajusta a las necesidades de los pacientes de Hospital de Día.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Este Hospital de Día es el primer Hospital de este tipo que se ha creado en esta CC.AA. Para la puesta en marcha del servicio y la creación del Plan Funcional, los profesionales contratados realizamos una lectura y análisis de otros dispositivos similares en otras CC.AA. Posteriormente realizamos visitas a cuatro Hospitales de día: Barcelona, Villanova e la Geltrú, Madrid y Pamplona. En base a toda la información recogida, se realizó el Plan Funcional de este Hospital, ya que no había referencias previas en esta Comunidad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la calidad de la atención de los pacientes del Hospital de Día (6-17 años).
- Revisar los diferentes criterios de inclusión y exclusión porque no se ajustan al encuadre terapéutico del Hospital.
- Clarificar los criterios de alta de los pacientes.
- Ajustar el tiempo de valoración de los pacientes a la entrada del hospital, ya que con el periodo inicialmente previsto en el Plan Funcional se considera insuficiente.
- Realizar un estudio de la estancia media de los pacientes en Hospital de Día ya que en la experiencia durante estos años, no hemos podido acotar a lo inicialmente planteado.
- Reflexionar sobre la duplicación de recursos terapéuticos públicos y privados con los que algunos pacientes vienen a Hospital de Día.
- Analizar el beneficio terapéutico de los pacientes que tienen que desplazarse de largas distancias geográficas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Lectura y revisión del actual Plan Funcional.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 02/12/2022

Responsable.: Psicología, Terapia Ocupacional, TCAE

2. Unificar criterios de modificación de los objetivos anteriormente planteados y comunicarlos al resto del equipo para consensuar.

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 10/03/2023

Responsable.: Psicología, Terapia Ocupacional, TCAE

3. Ajuste del Plan Funcional a la necesidades reales observadas durante estos años en Hospital de Día.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1217

### 1. TÍTULO

#### REVISION DEL PLAN FUNCIONAL DEL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL DE "PARQUE GOYA"

Fecha inicio: 13/03/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Psicología, Terapia Ocupacional, TCAE

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Detección de fallos o ineficiencias que hemos detectado en el Plan Funcional y que hay que mejorar.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de incidencias.

Denominador .....: Número total de criterios.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Datos de Hospital de día y Plan funcional.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Grado de consenso que alcanza el equipo respecto a las deficiencias detectadas.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de profesionales que aceptan.

Denominador .....: Número de profesionales total.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Datos de Hospital de día y Plan funcional.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Análisis cuantitativo y cualitativo de las deficiencias detectadas y propuestas de mejora.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Deficiencias solventadas.

Denominador .....: Número total de deficiencias.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Datos de Hospital de día y Plan funcional.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1229

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE HUMANIZACION DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1229 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MARTINEZ ROIG MIGUEL

Título  
PROYECTO DE HUMANIZACION DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Colaboradores/as:  
ARILLA AGUILLELLA JOSE ALFONSO  
BASANTA PATIÑO MARIA TERESA  
CHENLO TOUCEDA SILVIA  
GONZALEZ MORALES BORJA  
PUEYO JIMENEZ ALBA MARIA  
ROLANDO URBIZU RAQUEL MACARENA  
SANSEGUNDO SANCHEZ GUILLERMO

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: UCE HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los cambios legislativos y la creciente demanda para disminuir las medidas coercitivas y de limitación de libertad con los pacientes psiquiátricos obligan a replantear el funcionamiento de la unidad con el objetivo de convertirla en lo que se viene a denominar una unidad abierta.

Todo ello forma parte de la corriente de humanización de los servicios sanitarios en la que cada vez toma más preponderancia del papel del usuario y sus familiares.

Coincidiendo con los cambios arquitectónicos que se van a promover dentro de la unidad para favorecer estas medidas, es necesario elaborar un grupo de trabajo que revise las normas y las pautas internas de la unidad para ser coherentes con el objetivo de humanización

#### ÁREAS DE MEJORA

Limitaciones en la libertad de los pacientes (salir fuera de la unidad, disponer de teléfono móvil, posibilidad de llamada y contacto con el exterior) que se aplican indiscriminadamente a todos los pacientes siendo que solo los pacientes en los que habido una intervención judicial o un ingreso involuntario serían susceptibles de estas medidas

#### ANALISIS DE CAUSAS

El afán de mantener un entorno seguro para los pacientes ha hecho que tradicionalmente se adopten estas medidas sin que haya un cuestionamiento de si son realmente necesarias

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Se espera disponer de un protocolo nuevo que permita establecer reglas internas para manejar las situaciones de riesgo de forma personalizada para cada paciente y que permita que la restricción de libertades sea la mínima imprescindible. Este protocolo debe de estar puesto en marcha en el momento en el que finalicen las obras de adecuación de la unidad y debe de ser realizado incorporando a los grupos de trabajo a usuarios y familiares

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de un grupo de trabajo que se reunirá semanalmente durante 3 meses para elaborar un nuevo protocolo para la planta de psiquiatría del HRV

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final: 16/12/2022

Responsable.: Miguel MARTINEZ ROIG

2. Designar un grupo de seguimiento del protocolo, su nivel de implantación y las incidencias surgidas al aplicar el mismo

Fecha inicio: 19/12/2022

Fecha final: 15/06/2023

Responsable.: Alfonso Arilla Aguilera

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

En el grupo de trabajo participarán los miembros incluidos en este proyecto pero que será abierto a todo el personal de la unidad y a asociaciones de familiares y usuarios.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1229

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE HUMANIZACION DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

1ª y 2ª memoria)

1. Reuniones para elaborar de implantación de unidad abierta de Psiquiatría en el HRV

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de reuniones con acta levantada

Denominador .....: Numero de reuniones posibles (12)

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Datos del grupo

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.80

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.80

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Documento elaborado y compartido con el personal de la unidad

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Documento elaborado

Denominador .....: Documento elaborado

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Datos del grupo

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Reuniones de seguimiento

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Numero de reuniones con acta levantada

Denominador .....: Numero de reuniones posible (10)

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Datos del grupo

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.80

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.80

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1280

### 1. TÍTULO

#### IMPACTO DEL CAMBIO ESTRUCTURAL Y HUMANIZACION DE ESPACIOS EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LAS MEDIDAS COERCITIVAS

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1280 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ ALVAREZ CANDELA

Título  
IMPACTO DEL CAMBIO ESTRUCTURAL Y HUMANIZACION DE ESPACIOS EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LAS MEDIDAS COERCITIVAS

Colaboradores/as:  
BAUTISTA MONTIN LAURA  
LOPEZ BENEDE CLARA  
MARTINEZ LLARIA MARIA MAGDALENA  
SANCHEZ ARTIGAS CRISTINA  
SERRA CASAUS MIQUEL  
SEVERO SANCHEZ CLARA  
VILLAGRASA CANTIN ANA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: UCE HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las características diferenciales de las Unidades de Corta Estancia de psiquiatría (UCE) respecto a otras unidades del hospital se centran en las medidas necesarias para la seguridad del paciente y del entorno, la necesidad de promover la contención psicológica, la instauración de tratamientos que no son posibles en el entorno ambulatorio y la modificación de patrones conductuales gravemente alterados por la enfermedad.

#### ÁREAS DE MEJORA

La UCE de Psiquiatría del HRV, aun en un entorno privilegiado y contando con espacio suficiente y luz natural, ha quedado desactualizada y empobrecida en su diseño, y existe un desgaste y envejecimiento de los equipamientos. La reforma estructural y renovación de las instalaciones de nuestra UCE nos brindaría la posibilidad de contar con hábitats colaborativos en los que aprovechar mejor la interacción entre los usuarios, las familias y el personal sanitario. También permitiría mejorar la calidad de vida durante la hospitalización y reducir las medidas coercitivas y eventos auto y heteroagresivos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Muchos aspectos relacionados con el ambiente y el aspecto físico de la UCE pueden contribuir a reducir el estrés, la conducta patológica y las agresiones. Algunos de estos aspectos han sido revisados en la literatura e incluyen poder contar con una acústica adecuada, que evite la reverberación, proporcionar toda la luz natural posible, aprovechamiento de espacios abiertos y terrazas, adecuada decoración de las estancias que proporcione calidez, espacios colectivos e individuales más aislados pero seguros que permitan la introspección y autogestión emocional...La creencia actual es que este tipo de medidas que impactan en el ambiente de la unidad y el estilo de trabajo del personal, disminuyen la necesidad de tratamientos y medidas coercitivas sin disminuir la seguridad de los pacientes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Implantación de reformas estructurales y ambientales en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría HRV.
2. Creación de un registro de medidas coercitivas y eventos adversos de todos los pacientes que ingresan en UCE.
3. Mantener seguridad de pacientes y personal en la UCE, reduciendo en todo lo posible las medidas coercitivas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Implantación de reformas estructurales y ambientales en la UCE Psiquiatría HRV

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Servicio de Salud Mental Sector I

2. Creación de un registro de medidas coercitivas y eventos adversos en UCE psiquiatría durante los 3 meses previos a la reforma estructural

Fecha inicio: 12/06/2022

Fecha final.: 11/09/2022

Responsable.: Laura Bautista, M<sup>a</sup> Magdalena Martínez, Clara López

3. Creación de un registro de medidas coercitivas y eventos adversos en UCE psiquiatría durante los 3 meses posteriores a la reforma estructural

Fecha inicio: 01/01/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1280

### 1. TÍTULO

#### IMPACTO DEL CAMBIO ESTRUCTURAL Y HUMANIZACION DE ESPACIOS EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LAS MEDIDAS COERCITIVAS

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Cristina Sánchez, Ana Villagrasa, Clara Severo

4. Comparativa de ambos registros y elaboración de nuevas propuestas de mejora en función de los datos obtenidos y la experiencia adquirida en los primeros meses de funcionamiento de la UCE

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Miquel Serra, Candela Pérez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Medidas coercitivas: Contenciones mecánicas, contenciones farmacológicas, ingresos de carácter involuntario. Eventos adversos en UCE psiquiatría: episodios autoagresivos o heteroagresivos entre pacientes o hacia el personal.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Ingresos Involuntarios

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Números de internamientos involuntarios en pacientes ingresados tras la reforma de la UCE

Denominador .....: Números de internamientos involuntarios en pacientes ingresados antes de la reforma

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

##### 2. Contenciones mecánicas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes sometidos a contención mecánica tras la reforma

Denominador .....: Número de pacientes sometidos a contención mecánica antes de la reforma

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

##### 3. Contenciones farmacológicas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes que recibieron medicación involuntaria tras la reforma

Denominador .....: Número de pacientes que recibieron medicación involuntaria tras la reforma

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

##### 4. Seguridad

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de eventos auto/heteroagresivos en pacientes ingresados tras la reforma

Denominador .....: Número de eventos auto/heteroagresivos en pacientes ingresados antes de la reforma

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1280

### 1. TÍTULO

**IMPACTO DEL CAMBIO ESTRUCTURAL Y HUMANIZACION DE ESPACIOS EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRIA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LAS MEDIDAS COERCITIVAS**

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1288

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE INSERCIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES DE ACCESO PERIFÉRICO EN LA UCI PARA PACIENTES INGRESADOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1288 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
TIRADO ANGLÉS GABRIEL ANGEL

Título  
PROYECTO DE INSERCIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES DE ACCESO PERIFÉRICO EN LA UCI PARA PACIENTES INGRESADOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Colaboradores/as:  
GONZÁLEZ CABALLERO ANA CRISTINA  
MARTÍN YUS CRISTINA  
MONZÓN ALONSO MARÍA  
NASARRE NAVARRO LAURA  
OMEDAS BONAFONTE PAULA  
QUÍLEZ PERNIA ANA MARÍA  
RABAL PACHECO NELIDA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la actualidad los catéteres venosos centrales (CVC) son indispensables para el tratamiento de muchos pacientes que necesitan soporte hospitalario. Es una manera de lograr un acceso vascular seguro para la administración de ciertos fármacos y evitar venopunciones repetidas. También permiten efectuar extracciones de sangre para pruebas analíticas.

En la actualidad, cuando un paciente necesita un CVC, éste se solicita al servicio de anestesia y éste procede a su colocación, en muchos casos, mediante un acceso central, con el mayor riesgo de complicaciones que esta técnica implica.

Se trata de aprovechar la experiencia del personal de la UCI en esta técnica y ponerla a disposición de todos los pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Nuestro proyecto pretende ofertar la posibilidad de inserción del CVC, mediante punción periférica (CVCp), a todos los pacientes que lo precisen que estén ingresados en el Hospital Royo Villanova (HRV).

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Existencia de pacientes en los que no está indicado el CVC de acceso central por elevado riesgo

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Ofrecer a aquellos pacientes de alto riesgo la inserción de un CVCp  
Aumentar el número de CVCp que se insertan en el HRV

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaborar una base de datos de registro de CVCp

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Gabriel Tirado Angles

2. Elaborar una hoja de solicitud para otros servicios

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 17/10/2022

Responsable.: Gabriel Tirado Angles

3. Elaboración del protocolo

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Gabriel Tirado Angles

4. Informar al resto de servicios del HRV como solicitar este servicio

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Gabriel Tirado Angles

5. Inicio de la actividad

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/12/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1288

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE INSERCIÓN DE CATETERES VENOSOS CENTRALES DE ACCESO PERIFÉRICO EN LA UCI PARA PACIENTES INGRESADOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Responsable.: Gabriel Tirado Angles

6. Elaborar memoria de la actividad

Fecha inicio: 01/12/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Gabriel Tirado Angles

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboracion base de datos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Elaboracion base de datos

Denominador .....: Elaboracion base de datos

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Memoria del proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Elaboracion de Hoja de solicitud

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Elaboracion de Hoja de solicitud

Denominador .....: Elaboracion de Hoja de solicitud

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Memoria del proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Numero de solicitudes de insercion recibidas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de solicitudes recibidas

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Memoria del Proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

4. % Numero de CVCp insertados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Numero de CVCp insertados

Denominador .....: N° de solicitudes recibidas

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Memoria del proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todo tipo de patologías

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1261

### 1. TÍTULO

#### DIGITALIZANDO LA DOCENCIA EN SALUD MENTAL DEL SECTOR ZARAGOZA 1

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1261 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARCO GOMEZ BARBARA MARIA

Título  
DIGITALIZANDO LA DOCENCIA EN SALUD MENTAL DEL SECTOR ZARAGOZA 1

Colaboradores/as:  
AZNAR ALEMANY VICENT  
DIAZ-URGORRI DEL SOL PAULA  
GARCIA ANTOLIN GERMAN  
HERNANDEZ HERNANDEZ LAURA  
ORTEGA LOPEZ MARIA CARMEN  
PASCUAL PARRILLA MARIA SOLEDAD  
SEDANO MARTIN JULIA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: UP (PSICOSOMATICA) HOSIPITAL ROYO VILLANOVA

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La formación del residente en Salud Mental es un proceso continuo con un alto componente multidisciplinar. La digitalización como herramienta docente ofrece al residente un soporte para complementar su formación. Además, brinda la posibilidad de crear foros de discusión, un repositorio de material docente y científico, un directorio con recursos de interés y reversionado de clases, con acceso en cualquier momento y lugar. Esta ventana de oportunidad permite empoderar al residente respecto a su propia formación, fomentando un sistema de docencia cooperativa y continua de la que el personal en formación es protagonista.

#### ÁREAS DE MEJORA

Dentro del servicio de salud mental, se vienen desarrollando un conjunto de sesiones clínicas y docentes de carácter mensual y quincenal respectivamente, que son un punto de encuentro entre residentes y adjuntos de las diferentes especialidades que conforman los equipos de salud mental. El material desarrollado durante las mismas no es accesible de manera virtual, y supone una pérdida de información valiosa para la docencia y el desarrollo profesional.

Es necesaria la creación de un repositorio de material docente online y de accesibilidad interna para todos los profesionales de salud mental del sector sanitario Zaragoza I.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En las entrevistas y tutorías realizadas a los profesionales en formación se pone de manifiesto que, tras la pandemia la metodología online se ha utilizado con mayor frecuencia, y la dificultad de distribución de los materiales elaborados en estas sesiones es un problema mostrado de manera reiterada. A su vez, no existe en la actualidad ningún acceso privado a profesionales de psicología, enfermería y psiquiatría, que trabajan y rotan por diferentes puntos de la geografía del sector sanitario I de Zaragoza, que incluya información docente, de gestión y agrupación de protocolos propios.

En la actualidad, existe una página web ya desarrollada por parte de la Unidad Docente, en la que no existe material concreto de salud mental, por lo que no sería necesario crear de novo, si no mejorar y desarrollar dentro de la misma una agrupación propia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Desarrollo y actualización de la Salud Mental en la web propia de la Unidad Docente Especializada del Sector Zaragoza I.
2. Creación de un repositorio de sesiones clínicas y materiales docentes.
3. Difusión y mantenimiento de la web por parte del servicio de Salud Mental.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de una pestaña de Salud Mental dentro de la intranet del Sector Zaragoza I con acceso privado a los profesionales de Salud Mental

Fecha inicio: 30/08/2022

Fecha final.: 31/08/2023

Responsable.: Germán García Antolín, Mª Soledad Pascual

2. Sesión Clínica sobre la utilización de la web para los profesionales del Servicio de Salud Mental

Fecha inicio: 19/10/2022

Fecha final.: 31/08/2023

Responsable.: Bárbara Marco Gómez, Laura Hernández

3. Actualización de la web de manera frecuente.

Fecha inicio: 30/08/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1261

### 1. TÍTULO

#### DIGITALIZANDO LA DOCENCIA EN SALUD MENTAL DEL SECTOR ZARAGOZA 1

Fecha final.: 31/08/2023

Responsable.: Julia Sedano, Vicent Aznar

4. Encuesta de satisfacción para valorar la implantación y utilidad de la web a los profesionales

Fecha inicio: 21/06/2023

Fecha final.: 21/06/2023

Responsable.: Paula Diaz-Urgorri

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Números de profesionales de Salud Mental que acuden a la sesión informativa

Denominador .....: Números de profesionales de Salud Mental

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 2. Material actualizado

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de documentos incluidos en la página web de manera anual

Denominador .....: no

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Página web

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

##### 3. Encuesta de Satisfacción

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Escala Likert sobre la satisfacción y usabilidad de la web

Denominador .....: no

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Formación

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1250

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DEL HABITO SALUDABLE DEL ALMUERZO Y FOMENTO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL DE LOS PACIENTES DE HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL "PARQUE GOYA"

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1250 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ORGA SORIANO CRISTINA

Título  
PROMOCION DEL HABITO SALUDABLE DEL ALMUERZO Y FOMENTO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL DE LOS PACIENTES DE HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL "PARQUE GOYA"

Colaboradores/as:  
BENAVENTE PORTOLES EVA  
MARTINEZ CIRIANO BEGOÑA  
MARTINEZ POBLETE CAROLINA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: UP (PSICOSOMATICA) HOSIPITAL ROYO VILLANOVA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 1\*HOSPITAL ROYO VILLANOVA\*UCE HOSPITAL ROYO VILLANOVA\*SM (Salud Mental)

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Hospital de día Infanto-Juvenil de Salud Mental (HDIJ), es un único recurso para la hospitalización parcial/tratamiento intensivo ambulatorio, para la población de 6 - 17 años de la Comunidad Autónoma de Aragón. Se trata de un dispositivo asistencial intensivo y de tiempo limitado para niños y adolescentes con trastornos mentales graves y que provocan una pérdida en sus posibilidades evolutivas y de vida autónoma, así como serias dificultades en la vida relacional social y familiar pudiendo estar alteradas sus capacidades académicas o profesionales.

El objetivo principal es ofrecer un espacio de relación y de trabajo terapéutico, para potenciar los recursos personales y afectivos de cada paciente. Se realiza a través de terapias y talleres con el equipo multidisciplinar de HDIJ.

#### ÁREAS DE MEJORA

Los pacientes de HDIJ acuden a Hospital de día en horario de 9.30-14hs, durante este horario se realizan terapias y talleres entre ellos se trabajan las actividades de la vida diaria como el taller de cocina en el que los pacientes mejoran su autonomía.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Ya que el Hospital de día se encuentra fuera del Hospital Royo Villanova, no nos llegan productos de la cadena fría por lo que nos vemos limitados a la hora de llevar a cabo este taller.

-La hora del almuerzo se considera una actividad terapéutica por lo que sería interesante poder contar con los alimentos de la cadena fría. Debido a que los pacientes pertenecen al Hospital Royo Villanova consideramos importante que se nos suministren.

-Debido a que muchos de nuestros pacientes tienen problemas con la alimentación, se considera importante poder ofrecer desde el hospital un espacio dónde compartir el momento de la comida y socializar en un ambiente más normalizado.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Proveer en la furgoneta de una nevera para poder traer los productos de la cadena fría a Hospital de día y así poder realizar el taller de cocina con los pacientes del HDIJ.

- Mejorar las relaciones sociales de los pacientes a través de un espacio menos estructurado como es la hora del almuerzo.

- Poder llevar a cabo el taller de cocina de una forma más regular que fomenta la autonomía de los pacientes.

- Fomentar una alimentación saludable a través de este espacio.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Ponernos en contacto con nuestros Superiores del servicio.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final: 31/10/2022

Responsable.: Equipo HDIJ

3. Comunicar a cocina las decisiones de los Superiores y consensuar la forma de llevar a cabo el pacto.

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final: 28/11/2022

Responsable.: TCAE HDIJ

4. Observar la repercusión de la medida en el hábito de almuerzo de los pacientes.

Fecha inicio: 02/01/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1250

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DEL HABITO SALUDABLE DEL ALMUERZO Y FOMENTO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL DE LOS PACIENTES DE HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL "PARQUE GOYA"

Fecha final.: 26/06/2023

Responsable.: Equipo HDIJ

5. Llevar a cabo de forma periódica el taller de cocina sin dificultad por el abastecimiento de alimentos.

Fecha inicio: 02/01/2023

Fecha final.: 26/06/2023

Responsable.: Equipo HDIJ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. Número de pacientes que incorporan el hábito del almuerzo.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes que lo incorporan

Denominador .....: Número de pacientes totales.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Observación directa.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Número de sesiones periódicas que se realizan del taller de cocina.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de sesiones realizadas.

Denominador .....: Duración del proyecto.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuantitativa

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#463

### 1. TÍTULO

#### ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÍTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fecha de entrada: 04/07/2022

Nº de registro: 2022#463 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
OCHOA LINARES SUSANA

Título  
ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÍTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Colaboradores/as:  
CARNICER HENAR INMACULADA  
CORTES GIRAL MARIA CRISTINA DE  
ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA IGNACIA  
GASCON GRIMA MONICA  
LARDIES PUERTOLAS MARIA DOLORES  
LASAOSA PES LOURDES  
MARTINEZ JIMENEZ CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Urgencia es la aparición fortuita (inesperada o imprevista), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la consciencia de una necesidad inminente de atención por parte del paciente, familiar o acompañante (OMS). El término emergencia se reserva para aquel tipo de situación en la que existe un riesgo inminente para la vida del paciente o para la función de algún órgano o sistema fundamental para la vida.

La asistencia al paciente en riesgo vital precisa una intervención sistematizada tanto a nivel extra como intrahospitalario de forma prioritaria y preferencial sobre las tareas que se realizan a diario.

Existe por tanto una necesidad de organizarla, aplicando una serie de actuaciones para establecer prioridades en situación de emergencia, con una adecuada dotación de material y recursos humanos. Tener recursos materiales no significa solo el disponer de más o menos medios diagnósticos y terapéuticos, sino también el mantenerlos y usarlos con eficiencia.

Una correcta gestión clínica de esta asistencia implica también que los equipos humanos desempeñen su actividad con calidad y eficiencia. Es imprescindible promover su participación mediante la adquisición de conocimientos y habilidades a través de cursos específicos, además de crear y mantener actitudes positivas.

En los Servicios de Urgencia Hospitalarios es preciso tener bien diferenciados los circuitos asistenciales y las áreas específicas para la atención de estos pacientes cumpliendo unas condiciones de calidad, eficiencia y seguridad.

Con carácter general todos los Servicios de Urgencias Hospitalarias del Departamento de Salud y Consumo estarán organizados en circuitos asistenciales:

1. Todos los pacientes que acudan a los Servicios de Urgencia Hospitalarios accederán a la asistencia previo triaje. Se utilizará el Sistema Español de Triage (S.E.T.) recomendado por la SEMES que contempla 5 niveles de gravedad.

La organización de la asistencia se basará en las necesidades establecidas en dichos niveles.

2. Todos los Servicios de Urgencia Hospitalarios dispondrán diferenciadamente de un área de atención a pacientes críticos o cuartos de vitales que se encontrará ubicada próxima a la puerta de entrada y será de fácil acceso en camilla desde el transporte sanitario.

La gestión por procesos aporta al Servicio de Urgencias una visión y unas herramientas con las que se puede mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los usuarios. Los estándares evalúan cómo las actuaciones de los profesionales han sido sistematizadas y consensuadas con el objeto de disminuir la variabilidad en la práctica asistencial

El Servicio de Urgencias del HRV debe tener identificado el proceso asistencial de los pacientes críticos y establecer una estrategia de implantación.

#### ÁREAS DE MEJORA

- ? Análisis del nivel de calidad mediante indicadores de calidad estandarizados
- ? Organizar un circuito asistencial desde triaje del paciente crítico
- ? Reciclaje del personal sanitario / no sanitario en el manejo del paciente crítico
- ? Reorganización de los recursos materiales y humanos
- ? Actualización de Protocolos de Emergencias
- ? Creación de subgrupos de trabajo

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Cumpliendo con los estándares de calidad hemos seguido los siguientes niveles

1. Planificación: Para la gestión basada en la calidad en nuestro servicio de urgencias hemos realizado un planteamiento sistemático y probado de planificación y gestión de actividades
2. Conocimiento de los requerimientos del servicio: se realizó una encuesta a los trabajadores del mismo,

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#463

### 1. TÍTULO

#### ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÍTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

recogiendo necesidades y propuestas de mejora y posterior análisis DAFO

3. Conocimiento de la variación de costos resultantes de la gestión de la calidad con propuestas a la dirección del hospital por los cauces apropiados

4. Toma de conciencia y aceptación del compromiso con el sistema de calidad adoptado para resolver problemas y planificar actividades.

5. Medición de los resultados, corrección de errores y toma de decisiones in continuum y en sesiones trimestrales presenciales o telemáticas además de la realización de una memoria anual.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

? Definir las funciones y responsabilidades de los puestos de trabajo en la sala de críticos del SU

? Identificar las necesidades de formación de los profesionales en función del puesto que ocupan

? Definir y aplicar las actuaciones necesarias para garantizar que la sala de críticos del SU dispone del espacio, medios técnicos y recursos materiales y humanos necesarios para la realización de su actividad bajo condiciones de seguridad

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. CREACIÓN GRUPO DE MEJORA DE VITALES (REUNIONES TRIMESTRALES)

Fecha inicio: 01/04/2021

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: SUSANA OCHOA

2. Elaboración del proceso: "Organización de la asistencia al paciente crítico en el Servicio de Urgencias del Hospital Royo Villanova", PROCEDIMIENTO REVISIÓN Y MANTENIMIENTO CARRO DE PARADAS

Fecha inicio: 01/04/2021

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: SUSANA OCHOA

#### 3. FORMACIÓN DE SUBGRUPOS DE TRABAJO

Fecha inicio: 01/03/2021

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: SUSANA OCHOA

4. 2 Talleres de RCP básica: (8-10 y 15-16/11/21) y (4 y 6/5/22), Taller reciclaje en Soporte Vital Avanzado (25-27/10/21)

Fecha inicio: 08/10/2021

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: SUSANA OCHOA

5. DIVULGACIÓN Carteles, Posters, Carpeta

Fecha inicio: 01/04/2021

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: SUSANA OCHOA

#### 6. PROTOCOLOS TÉCNICAS EN VITALES (Octubre y diciembre 2021)

Fecha inicio: 01/10/2021

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> JOSÉ DEL MOLINO

#### 7. REORGANIZACIÓN MATERIAL Y FÁRMACOS

Fecha inicio: 01/04/2021

Fecha final.:

Responsable.: REYES FABRO

#### 8. SESIONES Médicos (4/11/21) Enfermería y TCAES (junio-diciembre 2022)

Fecha inicio: 04/11/2021

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: De médicos: SUSANA OCHOA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

TALLER DE HABILIDADES DE MOVILIZACIÓN EN URGENCIAS - 26/4/22 Responsable CRISTINA JIMENEZ

OTRAS PENDIENTES DE REALIZACIÓN EN ÚLTIMO TRIMESTRE 2022 Y CADA AÑO: protocolos, sesiones, talleres

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Información al paciente y/o familia

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº pacientes críticos a los que se les da información (paciente y/o familia)

Denominador .....: Total de pacientes críticos atendidos en urgencias

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#463

### 1. TÍTULO

#### ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÍTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: H<sup>a</sup> clínica  
Est.Mín.1<sup>a</sup> Mem ..: 95.00  
Est.Máx.1<sup>a</sup> Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2<sup>a</sup> Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2<sup>a</sup> Mem ..: 100.00

#### 2. Derivación adecuada del paciente crítico al área de vitales

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° pacientes derivados al área de críticos cumpliendo criterios  
Denominador .....: Total de pacientes críticos atendidos en urgencias  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: H<sup>a</sup> clínica y registro manual  
Est.Mín.1<sup>a</sup> Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1<sup>a</sup> Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2<sup>a</sup> Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2<sup>a</sup> Mem ..: 100.00

#### 3. T. hasta 1<sup>a</sup> asistencia facultativa en sala de vitales (SV) niveles I y II inestables desde triaje

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° pacientes críticos que son atendidos en < 20 minutos (nivel II) ó inmediato (nivel I)  
Denominador .....: Total de pacientes críticos atendidos en SV  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: H<sup>a</sup> clínica y registro manual  
Est.Mín.1<sup>a</sup> Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1<sup>a</sup> Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2<sup>a</sup> Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2<sup>a</sup> Mem ..: 100.00

#### 4. T. hasta 1<sup>a</sup> asistencia de enfermería en sala de vitales (SV) niveles I y II inestables desde triaje

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° pacientes críticos que son atendidos en < 15 minutos (nivel II) ó inmediato (nivel I)  
Denominador .....: Total de pacientes críticos atendidos en SV  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: H<sup>a</sup> clínica y registro manual  
Est.Mín.1<sup>a</sup> Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1<sup>a</sup> Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2<sup>a</sup> Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2<sup>a</sup> Mem ..: 100.00

#### 5. Tiempo de demora en la realización de pruebas de imagen: radiología, ecografía, TAC

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° pacientes críticos en los que se realiza estudio de imagen en < 30 minutos  
Denominador .....: Total de pacientes críticos atendidos en SV  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: H<sup>a</sup> clínica  
Est.Mín.1<sup>a</sup> Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1<sup>a</sup> Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2<sup>a</sup> Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2<sup>a</sup> Mem ..: 100.00

#### 6. Tiempo de demora en los resultados de laboratorio

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° pacientes críticos con resultados de laboratorio solicitados en < 30 minutos  
Denominador .....: Total de pacientes críticos atendidos en SV  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: H<sup>a</sup> clínica  
Est.Mín.1<sup>a</sup> Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1<sup>a</sup> Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2<sup>a</sup> Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2<sup>a</sup> Mem ..: 100.00

#### 7. Estabilización y diagnóstico inicial en la primera hora

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° pacientes críticos con estabilización inicial y pruebas complementarias realizadas en la primera hora de estancia en SV  
Denominador .....: Total de pacientes críticos atendidos en SV  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: H<sup>a</sup> clínica  
Est.Mín.1<sup>a</sup> Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1<sup>a</sup> Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#463

### 1. TÍTULO

#### ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CRÍTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

8. Estancia media en sala de críticos: intervalo de tiempo entre la hora de entrada y destino  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° pacientes críticos con estancia media < 4h en sala de críticos  
Denominador .....: Total de pacientes críticos atendidos en SV  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro manual  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> TODAS LAS PATOLOGÍAS QUE REQUIERAN ATENCIÓN URGENTE Y VITAL

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#722

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DEL PACIENTE AGITADO EN URGENCIAS : PAUTAS CONSENSUADAS DE CONTENCIÓN

Fecha de entrada: 20/07/2022

Nº de registro: 2022#722 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA IGNACIA

Título  
MANEJO DEL PACIENTE AGITADO EN URGENCIAS : PAUTAS CONSENSUADAS DE CONTENCIÓN

Colaboradores/as:  
BAILLACH PASCUAL JOSE IGNACIO  
BALLESTIN SOROLLA SOFIA  
BAYO IZQUIERDO MARIA CELESTE  
BUENO SANTOLARIA MARIA DEL MAR  
CORTES GIRAL MARIA CRISTINA DE  
ESPI BERNAL MARIA ANGELES  
SARASA CLAVER MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La agitación psicomotriz y las conductas disruptivas son trastornos de alta prevalencia en servicios de urgencias sanitarios. Se define como un estado de hiperactividad física y mental descontrolada e improductiva, asociada a tensión interna. Puede acompañarse de alteraciones afectivas, del pensamiento, del estado de conciencia, típicamente fluctuantes. Incidencia mayor en hombres y más frecuente en jóvenes y adultos de edad media. Son pacientes de difícil abordaje por falta de cooperación y en los que la orientación diagnóstica inicial es de vital importancia para descartar organicidad. La gravedad puede oscilar desde la banalidad hasta el riesgo vital del paciente, del personal sanitario y de seguridad. Es un problema que genera imprevisión, estrés en el personal, ineptitud, que obliga a intervenir sin demora (no debemos estar supeditados a la actuación de los psiquiatras) y con un manejo flexible e individualizado del paciente. Requiere a su vez conocer la conducta a seguir, tener protocolo de actuación escalonado y consensuado, personal formado y entrenado para ser así más efectivo en el abordaje de estos casos siendo el objetivo garantizar la seguridad de las personas mediante el control de la conducta. En urgencias tras triage de estos pacientes hay cuatro pilares básicos de actuación : medidas de seguridad, contención verbal, farmacológica y mecánica. El uso de contención mecánica y /o farmacológica resulta controvertido. Ha de ser en situaciones excepcionales ya que suponen vulneración de derechos fundamentales del paciente y porque son medidas con riesgo clínico y legal si están mal aplicadas y que pueden asociarse a múltiples complicaciones, de ahí la necesidad de realizar manejo protocolizado en la agitación.

#### ÁREAS DE MEJORA

La coordinación del personal sanitario/ no sanitario en el momento de realizar la contención. Coordinación con los servicios de destino del paciente .  
Registro en HCE del consentimiento verbal /escrito cuando se realice una contención mecánica.  
Correcto registro en HCE (herramienta informática ya existente) de las contenciones mecánicas realizadas en el servicio de urgencias. Garantizar la continuidad de tratamientos y cuidados sanitarios en la atención de estos pacientes.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Cumpliendo con estándares de calidad hemos seguido los siguientes niveles:  
Planificación: para la gestión basada en la calidad hemos realizado un planteamiento sistemático y probado de planificación y gestión de actividades a realizar. Conocimiento de los requerimientos del servicio de urgencias: se realizan múltiples reuniones del grupo de mejora de seguridad del paciente donde se recogen las necesidades, se analizan defectos en el manejo de estos pacientes y las propuestas de mejora. Conocimiento de fallos de seguridad y aportación de propuestas de mejora en la atención de estos pacientes tras reuniones telemáticas con los servicios de psiquiatría y geriatría.  
Toma de conciencia y aceptación del compromiso con el sistema de calidad adoptado para resolver problemas y planificar actividades.  
Medición de resultados, corrección de errores y toma de decisiones in continuum y en sesiones mensuales presenciales o telemáticas del grupo de mejora de seguridad del paciente además de la realización de una memoria anual. Propuestas de mejora de gestión de calidad a la dirección del hospital por los cauces apropiados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Elaborar un documento consensuado de actuación por todos los servicios que participan en la atención de pacientes agitados en el hospital. Establecer criterios/ pautas unificadas en la contención farmacológica/ mecánica para garantizar la seguridad del paciente y del personal sanitario (médicos, enfermeros, TCAE) /no sanitario (celadores y personal de seguridad) que interviene en el proceso. Estableciendo indicaciones, contraindicaciones, complicaciones, secuencia de actuación, procedimiento técnico y registro mediante herramienta informática de la misma creando acceso directo en programa PCH de urgencias. Ajustándola a



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#722

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DEL PACIENTE AGITADO EN URGENCIAS : PAUTAS CONSENSUADAS DE CONTENCION

principios éticos. Adecuar la contención mecánica a la normativa legal, registrando en HCE, la solicitud de consentimiento verbal/ escrito a la familia o responsable legal del paciente. Se realizará como último procedimiento tras fracaso de otras medidas alternativas (acompañamiento, medidas ambientales, contención verbal y farmacológica).

Formación de profesionales del servicio de urgencias que intervienen en la atención de estos pacientes para favorecer toma de decisiones, autonomía del paciente y sus derechos como usuario. Mejorar asistencia prestada, obtener cambios positivos en práctica asistencial. Garantizar derechos del paciente y minimizar riesgos innecesarios y posibilidad de cometer errores.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones mensuales del grupo de mejora de seguridad del paciente para planificar atención del paciente agitado  
Fecha inicio: 22/03/2022  
Fecha final: 22/11/2023  
Responsable.: ALFREDO GARCIA GARCIA

2. Comunicaciones telemáticas/ presenciales con servicio de psiquiatría, psiquiatría infanto juvenil y geriatría para establecer pautas consensuadas de actuación.  
Fecha inicio: 22/03/2022  
Fecha final: 31/10/2022  
Responsable.: IGNACIA ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA

3. Sesión clínica dirigida a enfermería, TCAE y celadores sobre contención verbal y mecánica.  
Fecha inicio: 21/06/2022  
Fecha final: 21/06/2022  
Responsable.: MARIA DEL MAR BUENO SANTOLARIA

4. Sesión clínica sobre contención farmacológica del paciente agitado.  
Fecha inicio: 19/10/2022  
Fecha final: 19/10/2022  
Responsable.: IGNACIA ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA

5. Megacode en urgencias para manejo del paciente agitado.  
Fecha inicio: 19/09/2022  
Fecha final: 19/09/2023  
Responsable.: SONIA BALLESTIN SOROLLA

6. creación de acceso directo en PCH de herramienta informática de registro de contención mecánica ya existente en HCE  
Fecha inicio: 05/05/2022  
Fecha final: 28/11/2022  
Responsable.: MARIA PILAR SARASA MARTIN

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Megacode mensual.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Información al paciente y/o familia  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº pacientes agitados a los que se da información (paciente/familia)  
Denominador .....: Total de pacientes agitados atendidos en urgencias  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Consentimiento informado.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº de consentimientos informados de contención mecánica ( verbal/ escrito) reflejados en HCE.  
Denominador .....: Total de pacientes agitados atendidos en urgencias.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de contenciones verbales realizadas con éxito.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#722

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DEL PACIENTE AGITADO EN URGENCIAS : PAUTAS CONSENSUADAS DE CONTENCIÓN

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Contenciones verbales realizadas efectivas.  
Denominador .....: Total de contenciones verbales realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Porcentaje de contenciones farmacológicas realizadas con éxito.

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Contenciones farmacológicas realizadas efectivas.  
Denominador .....: Total de contenciones farmacológicas realizadas.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Porcentaje de contenciones mecánicas realizadas con éxito.

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Contenciones mecánicas realizadas efectivas.  
Denominador .....: Total de pacientes agitados.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. Porcentaje de pacientes que han desarrollado alguna complicación durante la contención mecánica .

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de pacientes con complicación  
Denominador .....: Total de pacientes con contención mecánica .  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. Porcentaje de pacientes que han desarrollado alguna complicación durante la contención farmacológica

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de pacientes con complicación  
Denominador .....: Total de pacientes con contención farmacológica.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

8. Pacientes agitados

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Total pacientes agitados  
Denominador .....: Total pacientes atendidos en urgencias  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#722

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DEL PACIENTE AGITADO EN URGENCIAS : PAUTAS CONSENSUADAS DE CONTENCIÓN

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#204

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE DETECCIÓN DE DEPRESIÓN EN EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO Y APOYO EMOCIONAL EN PERIODO PERINATAL

Fecha de entrada: 21/06/2022

Nº de registro: 2022#204 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARCO ARNAU INMACULADA

Título  
PROYECTO DE DETECCIÓN DE DEPRESIÓN EN EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO Y APOYO EMOCIONAL EN PERIODO PERINATAL

Colaboradores/as:  
ALCANTARA CANO ROCIO  
GIMENEZ ALCANTARA BLANCA  
SALETE GARCIA CLAUDIA  
SANTARELLI FRANCESCA  
TENA DOMINGO INMACULADA

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: USMIJ ACTUR OESTE

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA I\*AP ZARAGOZA I\*UNIDAD DE ATENCION A LA MUJER (MATRONAS)\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se trata de un programa de coordinación y colaboración entre una enfermera de salud mental infanto-juvenil y las matronas del sector. Pretende realizar una intervención dirigida a futuras madres y madres recientes que detecte precozmente una posible depresión perinatal. Realizando los trámites necesarios para remitir a los servicios especializados y pueda recibir una adecuada y completa atención sanitaria.

En los casos en los que no se requiera intervención por parte de SM pero confluían circunstancias como ansiedad elevada en embarazo o postparto, separación madre-bebé en postparto inmediato, factores sociales como, soledad, falta de compañero o de apoyo del entorno, vuelta precipitada al trabajo, condiciones particulares en torno al nacimiento, prematuridad, hospitalización del neonato y antecedente de muerte neonatal o fetal, duelo de difícil elaboración... Se le ofrecerá apoyo desde la consulta de Enfermería de SM, facilitando un espacio de elaboración, escucha, entrenamiento en técnicas de relajación, búsqueda de recursos de apoyo mutuo, foros o grupos de crianza, asesoramiento sobre el desarrollo infantil... Consultas que podrán ser dirigidas hacia la madre, la pareja, la diada madre-bebé o padres y bebé.

Con un objetivo eminentemente preventivo de la Salud Mental, de los padres y del hijo.

#### ÁREAS DE MEJORA

-Apoyo emocional a las mujeres en periodo perinatal. Los problemas afectivos y emocionales, así como el estrés materno pueden ocasionar enfermedad mental en la madre.

-Prevención en Salud Mental Infanto-Juvenil. Contribuir al establecimiento del vínculo afectivo y un apego seguro como factor esencial en la prevención de la enfermedad mental en el hijo/a

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La intervención en el periodo perinatal (durante la gestación y en los 4 primeros meses tras el parto) se justifica por ser un momento que plantea numerosas exigencias adaptativas. Es este un periodo decisivo en el que se asientan las bases de la relación con el nuevo hijo, considerado como el de mayor vulnerabilidad para las mujeres y en el que la ansiedad y estrés materno en el embarazo, la depresión pre o postparto requieren una intervención precoz y desde diferentes ámbitos. Su mayor rendimiento se encuentra en aspectos preventivos. Tanto para promover padres con un desempeño competente en sus nuevos roles, como en el desarrollo madurativo y de personalidad en los hijos. La depresión materna afecta al 13 % de las mujeres con repercusión en el neurodesarrollo del bebé, efectos que se muestran en el área de la cognición, memoria y atención a lo largo del desarrollo infantil y se vincula a mayor vulnerabilidad en la salud mental adulta.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

OBJETIVO GENERAL: Detección precoz e intervención enfermera en los factores de riesgo perinatal.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Detección precoz de signos y síntomas de una posible depresión perinatal en futuras madres y madres recientes que requieran una valoración especializada y su derivación a los servicios específicos de SM.

-Detección de situaciones adaptativas, en las que realizará intervención de apoyo, cuidados y acompañamiento de enfermería que contribuya a aliviar los momentos de temor y ambivalencia, así como para el establecimiento de las bases para la buena marcha del embarazo y parto y la preparación de una maternidad satisfactoria.

-Normalización de la experiencia y ofrecimiento de apoyo, escucha, sostén y acompañamiento si lo requiere.

#### OBJETIVO FINALISTA

-Prevención en Salud Mental

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Las matronas que en el seguimiento de futuras madres o madres recientes detecten situaciones de riesgo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#204

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE DETECCIÓN DE DEPRESION EN EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO Y APOYO EMOCIONAL EN PERIODO PERINATAL

remitirán a la enfermera de salud mental.

Fecha inicio: 31/01/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: MATRONAS DEL SECTOR I

2. En la consulta de Enfermería de USMIJ se realizará una valoración enfermera que determinará si requiere derivación a SM y/o realizará intervención de apoyo, cuidados, escucha y acompañamiento.

Fecha inicio: 31/01/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: ENFERMERA SM USMIJ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Detección de FR en consulta según escala Edimburgo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Mujeres que obtienen una puntuación <11 en Escala Edimburgo

Denominador ..... Mujeres a las que se realiza escala Edimburgo en Consulta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro en consulta

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Valoración en consulta de Enfermería de SM.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Mujeres que tras valoración en consulta de enfermería de SM inician seguimiento

Denominador ..... Mujeres derivadas desde la consulta de matrona con consentimiento firmado a valoración de enfermería SM.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro en consulta

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Mujeres que requieren intervención especializada en Equipo de SM de adultos.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Mujeres que requieren ser derivadas a tratamiento en SM adultos

Denominador ..... Mujeres que tras valoración en consulta de enfermería de SM inician seguimiento.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro en consulta

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. Cuestionario COMFORTS para medir la satisfacción materna en puerperio

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Número de mujeres que a los 3 meses de ser incluidas en el programa obtienen un grado de satisfacción adecuado

Denominador ..... Número de mujeres incluidas en el programa.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Escala comfots

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.50

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#204

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE DETECCION DE DEPRESION EN EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO Y APOYO EMOCIONAL EN PERIODO PERINATAL

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#805

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DERIVACION DE USMIJ A USM

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#805 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ORCAJO VILLAPUN DAVID

Título  
PROTOCOLO DERIVACION DE USMIJ A USM

Colaboradores/as:  
FERNANDEZ ANES EDUARDO  
GALLEGO VILLALTA SANDRA ALMUDENA  
GIL EGEA MARIA MARUSELA  
MARTINEZ LLORENTE MARIA  
RIVASES AUNES ANA ISABEL  
SARASA CLAVER MARIA DOLORES

Ubicación principal del proyecto.: H ROYO VILLANOVA

Servicio/Unidad principal .....: USMIJ ACTUR OESTE

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Uno de los factores modificables con mayor impacto en el pronóstico de trastornos mentales es la adherencia terapéutica; y se sabe que el cambio de centro y de profesionales de referencia puede suponer una dificultad para continuar el tratamiento recomendado. Por ese motivo, se propone este protocolo de derivación con la intención de mejorar la transición de los pacientes desde el USMIJ al USM.

#### ÁREAS DE MEJORA

Desconocimiento de fecha de revisión con nuevos profesionales de referencia en USM.  
Participación multidisciplinar en el informe de derivación, dejándose colgado en HCE para su consulta siempre que sea necesario en el tratamiento del paciente adulto.  
Receta electrónica actualizada (además de constar en el informe de derivación).  
Coordinarse con USM en pacientes de 17 años casi 18 años para que no se prolongue la cita cuando sea derivación directa sin primera consulta en USMIJ (volantes nuevos). Y los que están ya en seguimiento.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En algunas ocasiones, se despedía y derivaba al paciente de 18 años al USM, pendiente de recibir cita. Consideramos que es un factor modificable, ya que en algunas ocasiones se desvinculaban del sistema sanitario.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir el número de pacientes que interrumpe su seguimiento en SM en el paso del USMIJ al USM.  
Garantizar el seguimiento y tratamiento de los pacientes transferidos. Instaurar un procedimiento protocolizado que coordine todas las acciones. Establecer reuniones de coordinación y transmisión de la información.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Buscar cita, rellenar informes, acompañar a algunos casos a USM en la primera cita.  
Registrar los pacientes que han sido derivados desde USMIJ y los que han acudido a la primera cita en USM.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: DAVID ORCAJO VILLAPUN

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizará comunicación con el nuevo responsable del paciente en el csma para favorecer el feedback, en caso que sea necesario.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Continuidad en el seguimiento de los pacientes derivados desde la USMIJ al USM

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Numero de pacientes que acuden a la primera cita en el USM  
Denominador .....: Numero de pacientes derivados desde el USMIJ al USM  
x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Se realizará un registro de los pacientes derivados al USM y las fechas de la cita proxima en el USM y se confirmará que acude a la cita a través de la HCE o con el personal administrativo del USM  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#805

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DERIVACION DE USMIJ A USM

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de informes de derivacion en HCE en pacientes derivados de la USMIJ al USM

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de informes de derivacion en HCE en pacientes derivados de la USMIJ al USM

Denominador .....: Numero de pacientes derivados desde el USMIJ al USM

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de pacientes derivados al csm con cita en el csm

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero pacientes con cita en el csm derivados al csm

Denominador .....: Numero de pacientes derivados desde el USMIJ al USM

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE y registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Acompañamiento de pacientes TMG al csm

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de pacientes TMG acompañados en primera consulta en USM

Denominador .....: Numero de pacientes TMG derivados desde el USMIJ al USM

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Actualizacion de receta electronica de pacientes en tratamiento con psicofarmacos por psiquiatra

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de pacientes en tratamiento con psicofarmacos con receta electronica actualizada derivados por Psiquiatras desde USMIJ a USM

Denominador .....: Numero de pacientes en tratamiento con psicofarmacos con receta electronica derivados por Psiquiatras desde USMIJ a USM

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se evaluarán la adherencia de los pacientes derivados del USMIJ según las citas dadas en el USM

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#745

### 1. TÍTULO

#### SEMBRANDO ACTIVOS EN LA COMARCA DE BELCHITE. PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE ACTIVOS EN EL MEDIO RURAL

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#745 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SUÑER ABADIA SILVIA

Título  
SEMBRANDO ACTIVOS EN LA COMARCA DE BELCHITE. PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE ACTIVOS EN EL MEDIO RURAL

Colaboradores/as:  
MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA  
MORENO GARCIA DAVID JESUS  
PARDOS GARCIA ROSA ANA  
SANCHEZ GALAN PATRICIA  
SANJUAN DOMINGO RAQUEL  
SOLSONA MARTINEZ M. PILAR  
TRILLO CALVO EVA

Ubicación principal del proyecto.: CS BELCHITE

Servicio/Unidad principal .....: EAP CAMPO DE BELCHITE

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Incorporar un enfoque basado en activos de salud en la asistencia sanitaria, hace que personas y comunidades sean más capaces de utilizar sus propios recursos para promover su salud y bienestar convirtiéndose en una herramienta muy útil a utilizar en la consulta de Atención Primaria. La inclusión de una prescripción de este tipo de recursos en nuestra práctica profesional es un instrumento de gran valor tanto en la asistencia a nivel individual como familiar, grupal o comunitario. Por otro lado, tras la elaboración de la Agenda Comunitaria del centro, quedó pendiente la realización de un Mapa de Activos en Salud que permitiese identificar, con la participación de vecinos, entidades locales y profesionales sanitarios, aquellos recursos basados en la interacción social que podían ser usados para mejorar la salud mental de la población, y por tanto, la salud en general. Finalmente, la recomendación formal de activos desde la consulta es uno de los objetivos planteados en el acuerdo de gestión por lo que, tras revisar nuestra situación de partida, nos proponemos una mejora de este indicador.

#### ÁREAS DE MEJORA

A nivel del paciente, mejora de la salud mental y la reducción del aislamiento social poniendo especial énfasis en aquel que está vinculado a las personas mayores. Mejora respecto de la identificación y conocimiento de las necesidades y recursos que disponen nuestros pacientes para poder potenciarlos: sabiendo lo que funciona y lo que no podremos realizar un catálogo que permita reunir todos los recursos de la zona. A nivel comunitario, mejorar la participación y la colaboración en la comunidad, mediante la implicación de todos, tanto ciudadanos como profesionales: trabajando juntos mejoramos y reforzamos la atención comunitaria. A nivel profesional, mejorar la prescripción de activos, incluyéndolos en la oferta del Centro de Salud para incorporarlos a la práctica diaria y mejorar los indicadores previstos dentro del acuerdo de gestión del centro relacionados con la recomendación formal de activos.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Soledad, aislamiento y patología mental son tres cuestiones muy frecuentes en nuestra zona de salud puesto que abarca una población mayormente envejecida. Junto a ello, la dispersión geográfica y la abundancia de patologías hace que la interacción social sea en muchas ocasiones complicada, a veces inexistente, por lo que es frecuente que el personal sanitario se convierta en el principal apoyo haciendo labores que van más allá de la asistencia sanitaria. La atención comunitaria en nuestra zona de salud está despegando, aun queda mucho camino por recorrer respecto de procesos de participación con la comunidad. Se han hecho colaboraciones puntuales pero queda establecer un canal de comunicación bidireccional continuo que no quede en la mera colaboración puntual. También hay un desconocimiento por parte de los profesionales de los recursos de la zona, así como de lo que es una prescripción de activos y como se puede realizar. Sin mapa de activos esta opción es imposible de realizar. Tampoco podemos mejorar indicadores sin no tenemos la práctica de realizar este tipo de prescripción.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El proyecto va dirigido a personas de todas las edades y sexos. Objetivos: Identificación y realización del Mapa de Activos de la zona de salud. Conocimiento y difusión de los activos de salud tanto a pacientes como a los profesionales sanitarios. Poner en marcha la prescripción de activos en el E.A.P. y alcanzar el indicador previsto en el Contrato de gestión. Mejorar el acceso a la población a todos estos recursos recopilados. Implicar a los ciudadanos a usar promover su salud y bienestar favoreciendo la participación activa y el empoderamiento en su salud. Implicar a los profesionales del E.A.P. en la atención comunitaria. Conseguir un grado de satisfacción aceptable tanto de la población como de los profesionales.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#745

### 1. TÍTULO

#### SEMBRANDO ACTIVOS EN LA COMARCA DE BELCHITE. PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE ACTIVOS EN EL MEDIO RURAL

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Toma de contacto con la comunidad y recopilación de Activos de Salud de la zona.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 31/01/2023

Responsable.: Silvia Suñer, Begoña Martinez y Raquel Sanjuan

2. Realización formal del Mapa de Activos y difusión al EAP+comunidad.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final: 30/06/2023

Responsable.: Silvia Suñer, Rosa Ana Pardos, Patricia Sanchez y Eva Trillo

3. Trabajo con el EAP, puesta en marcha de la prescripción de activos, sistemática, registro e indicadores.

Fecha inicio: 01/07/2023

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: Silvia Suñer, David Moreno y Pilar Solsona

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. ADHESION DE ACTIVOS EN LA COMUNIDAD

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de activos que se adhieren y se integran

Denominador .....: Nº activos salud total

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Comunidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

#### 2. PRESCRIPCION DE ACTIVOS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº pacientes con prescripción comunitaria de activos en salud

Denominador .....: Nº pacientes captados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

#### 3. ADHESION DE ACTIVOS EN PROFESIONALES

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº profesionales del E.A.P. que se adhieren y prescriben activos en salud

Denominador .....: Nº total de profesionales del E.A.P.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro interno EAP

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

#### 4. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Encuesta de satisfacción tipo Likert realizada a los pacientes con 3 ítems que se ha elaborado ad hoc.

Denominador .....: 0

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Encuestas a pacientes

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 5. PERCEPCION DE LA SALUD

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº pacientes que expresan mejoría en su percepción de salud

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#745

### 1. TÍTULO

#### SEMBRANDO ACTIVOS EN LA COMARCA DE BELCHITE. PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE ACTIVOS EN EL MEDIO RURAL

Denominador .....: N° total de pacientes han acudido a los activos en salud  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

#### 6. CONTRATO DE GESTION

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Mejora en el indicador del contrato de gestión del centro: promoción de la recomendación formal de activos para la salud desde la consulta.  
Denominador .....: 0  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Evaluacion contrato programa  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#750

### 1. TÍTULO

#### USO DE LA WEB Y APP SALUD INFORMA EN LA ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE. DIFUSION Y FORMACION

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#750 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PARDOS GARCIA ROSA ANA

Título  
USO DE LA WEB Y APP SALUD INFORMA EN LA ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE. DIFUSION Y FORMACION

Colaboradores/as:  
BELLO MARTINEZ AMPARO  
CALVO VERA JOSE JUAN  
CAPABLO MAÑAS M BELEN  
GRACIA CASCAN KARINA  
MARTINEZ VIÑUELAS LORENA  
MAZA RODRIGUEZ RUTH  
RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE

Ubicación principal del proyecto.: CS BELCHITE

Servicio/Unidad principal .....: EAP CAMPO DE BELCHITE

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La ZBS Campo de Belchite comprende 15 localidades cuya población se distribuye en 6 cupos de medicina de familia y uno de pediatría. La pandemia de la covid 19 ha supuesto una revolución en la gestión de la asistencia sanitaria y en el acceso a la misma, potenciándose el uso del teléfono, la videollamada y el uso de internet como medio de citación e información sanitaria. La página web Salud Informa y la aplicación móvil son herramientas de gran utilidad, no sólo por la posibilidad de cita previa en Atención Primaria sino también por el acceso a la información que facilita el PIN: fechas de cita con especialista, caducidad de tratamiento crónico... El contacto con las asociaciones y entidades locales abre nuevas vías para el desarrollo de proyectos futuras dentro de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Las líneas telefónicas del C.S se saturan con frecuencia, sobre todo durante el periodo estival.
2. La página web Salud Informa está infrautilizada. Su generalización supondría un alivio en el mostrador de Admisión y en las consultas a profesionales.
3. La Estrategia de Atención Comunitaria está en vías de desarrollo en nuestra zona de salud

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. Una única administrativa es la responsable de la recepción de llamadas, citaciones y gestiones varias.
2. Nuestra ZBS tiene un porcentaje elevado de población envejecida, que no maneja las nuevas tecnologías.
3. La pandemia paralizó la Agenda Comunitaria que se venía trabajando en el EAP.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Dar a conocer la web Salud Informa y la aplicación móvil entre los profesionales del EAP y hacerlo extensivo a la población adscrita a la ZBS, en especial a los mayores de 65 años.
- Aumentar el número de citaciones a través de la web para evitar saturación en las líneas telefónicas.
- Crear vínculos con las asociaciones y administraciones locales de la zona con la implementación de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón.
- Garantizar el derecho del usuario a la información de ámbito sanitario en el marco de la Ley de Autonomía del Paciente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación de los profesionales del EAP, dando visibilidad a los recursos y posibilidades de la página web.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 19/09/2022

Responsable.: Karina Gracia Cascán

2. Elaboración de la presentación Power Point para su utilización en los talleres

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final.: 03/10/2022

Responsable.: M José Rodríguez Rivera

3. Elaboración de material divulgativo para su utilización en los talleres

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final.: 03/10/2022

Responsable.: Ruth Maza Rodríguez

4. Contacto con las entidades y asociaciones locales

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#750

### 1. TÍTULO

#### USO DE LA WEB Y APP SALUD INFORMA EN LA ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE. DIFUSION Y FORMACION

Fecha inicio: 26/09/2022  
Fecha final.: 24/10/2022  
Responsable.: Amparo Bello Martínez

5. Realización de los talleres en las diferentes localidades  
Fecha inicio: 31/10/2022  
Fecha final.: 12/06/2023  
Responsable.: Belén Capablo Mañas

6. Elaboración de la encuesta de satisfacción de los usuarios  
Fecha inicio: 26/09/2022  
Fecha final.: 03/10/2022  
Responsable.: Lorena Martínez Viñuales

7. Revisión de las agendas de atención primaria para estudiar cambios en los hábitos de citación (telefónicas/web)  
Fecha inicio: 31/10/2022  
Fecha final.: 12/06/2023  
Responsable.: José Juan Calvo Vera

8. Evaluación de los resultados  
Fecha inicio: 12/06/2023  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Rosa Ana Pardos García

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Profesionales adheridos  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de profesionales del EAP que se comprometen a incentivar el uso de la web en las consultas  
Denominador .....: Número de profesionales que asisten a las sesiones formativas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de asistencia a las sesiones  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Localidades adheridas  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de localidades donde se celebran los talleres  
Denominador .....: Número de poblaciones donde se ha ofertado la actividad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de entidades locales y ayuntamientos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Número de talleres realizados  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de talleres realizados  
Denominador .....: Número de charlas objetivo  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Registro de charlas realizadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 7.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 7.00

4. Aumento citación web tras las charlas  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de citas vía web en un mes en atención primaria tras la realización de las charlas  
Denominador .....: Número de citas vía web en un mes en atención primaria antes de la realización de las charlas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Agendas de profesionales de atención primaria en OMI- AP

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#750

### 1. TÍTULO

#### USO DE LA WEB Y APP SALUD INFORMA EN LA ZONA BASICA DE SALUD CAMPO DE BELCHITE. DIFUSION Y FORMACION

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 5. Aumento citación web total

Tipo de indicador: impacto  
Numerador ..: Número de citas vía web en un mes en las agendas de atención primaria  
Denominador ..: Número de citas totales en un mes en atención primaria  
x(1-100-1000) ..: 100  
Fuentes de datos.: Agendas de profesionales de atención primaria en OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 6. Satisfacción de los usuarios

Tipo de indicador: impacto  
Numerador ..: Encuesta tipo liker de 5 ítems  
Denominador ..: Encuesta tipo liker de 5 ítems  
x(1-100-1000) ..: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción recogidas tras la realización de los talleres  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#781

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES AL ALTA: MEJORANDO EL AUTOCUIDADO DE NUESTROS PACIENTES

Fecha de entrada: 23/07/2022

Nº de registro: 2022#781 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANJUAN DOMINGO RAQUEL

Título  
RECOMENDACIONES AL ALTA: MEJORANDO EL AUTOCUIDADO DE NUESTROS PACIENTES

Colaboradores/as:  
BELTRAN CABEZA ALBA  
MUÑOZ DOMINGUEZ M. ELENA  
RAMON ARBUÉS ENRIQUE  
RODRIGUEZ RIVERA MARIA JOSE  
SANCHEZ GALAN PATRICIA  
SOLSONA MARTINEZ M. PILAR  
TRILLO CALVO EVA

Ubicación principal del proyecto.: CS BELCHITE

Servicio/Unidad principal .....: EAP CAMPO DE BELCHITE

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Diferentes estudios refieren que alrededor del 40% de los pacientes atendidos en un servicio de Urgencias admiten tener dudas tras ser dados de alta, acerca de las instrucciones verbales recibidas. Estas dudas eran generadas, principalmente, por los síntomas de alarma por los que deberían consultar de nuevo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Solucionar las dudas que pueden tener los pacientes para consultar de nuevo.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Las dudas pueden ser generadas por varias causas. Por un lado, el estrés que supone a los pacientes acudir a urgencias influye a la hora de procesar la información facilitada por el profesional. Por otra parte, el envejecimiento de la población y el posible deterioro cognitivo asociado, puede dificultar la asimilación de las instrucciones dadas. Otras causas pueden ser la timidez de los pacientes a preguntar sus dudas, o los tecnicismos que en muchas ocasiones utilizamos los profesionales sanitarios como lenguaje común, dificultando su comprensión. Incluso en ocasiones no les damos unas instrucciones al alta, presuponiendo que tienen conocimientos que consideramos básicos, cuando deberíamos hacer una educación para la salud. Por estos motivos nos hemos decidido a realizar este proyecto de calidad, para que los pacientes atendidos en urgencias de nuestros dos puntos de Atención Continuada de nuestra Zona Básica de Salud ( ZBS): Centro de Salud Campo de Belchite y PAC de Azuara , tengan un material donde consultar las dudas que les surjan y una educación básica de autocuidados para la salud.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Analizar los motivos de consulta y las principales patologías atendidas en nuestros dos puntos donde se realiza la Atención Continuada de nuestra ZBS en el último año y realizar una hoja de recomendaciones al alta según las últimas recomendaciones bibliográficas.

Entregar a los pacientes estas hojas de recomendaciones tras ser dados de alta de nuestro servicio de urgencias. Evaluar mediante llamada telefónica la utilidad de la información facilitada en la hoja de recomendaciones al alta.

Evaluar la satisfacción de los profesionales del equipo y paciente con este proyecto.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Analizar los motivos de consulta y las principales patologías atendidas en nuestros dos puntos donde se realiza la Atención Continuada de nuestra ZBS en el último año

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: R Sanjuán, E Ramón, P Sánchez, E Trillo, MJ Rodríguez, MP Solsona, E Muñoz, A Beltrán

2. Realizar una hoja de recomendaciones al alta según las últimas recomendaciones bibliográficas.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: R Sanjuán, P Sánchez, E Ramón, E Trillo, MJ Rodriguez, MP Solsona, E Muñoz, A Beltrán

3. Entregar a los pacientes estas hojas de recomendaciones tras ser dados de alta de nuestro servicio de urgencias.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/12/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#781

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES AL ALTA: MEJORANDO EL AUTOCUIDADO DE NUESTROS PACIENTES

Responsable.: R Sanjuán, P Sánchez, E Ramón, E Trillo, MP Solsona, MJ Rodríguez, E Muñoz

4. Evaluar mediante llamada telefónica la utilidad de la información facilitada en la hoja de recomendaciones al alta.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: R Sanjuán, MP Solsona, E Muñoz, MJ Rodriguez

5. Evaluar la satisfacción de los profesionales del equipo y paciente con este proyecto.

Fecha inicio: 01/12/2023

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: R Sanjuán, E Ramón, E Trillo, P Sánchez

6. Reunión de presentación del proyecto a todos los profesionales del EAP

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 31/07/2022

Responsable.: R Sanjuán, E Ramón, E Trillo, P Sánchez, A Beltrán

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se planificará una serie de reuniones del equipo, en las que se seleccionarán las patologías diana para la estrategia. La elección se basará en criterios de importancia clínica y prevalencia.

Se constituirán subgrupos de trabajo para la elaboración de las diferentes hojas de recomendaciones de cada una de las patologías elegidas. Estas recomendaciones se basarán en la evidencia más actual.

Una vez realizadas, estas hojas de recomendaciones serán entregadas a los pacientes como apoyo a nuestra educación e instrucciones verbales tras la asistencia.

Posteriormente, a una muestra representativa de estos pacientes (calculada con un nivel de confianza del 95%) se le efectuará una encuesta telefónica con objeto de evaluar la utilidad percibida de los materiales didácticos entregados. Además, esta encuesta evaluará una serie de ítems relativa a la calidad metodológica de los materiales.

Finalmente se realizará una breve encuesta a los profesionales de nuestro centro para conocer su nivel de satisfacción con la iniciativa.

Se realizarán unas reuniones de seguimiento del grupo de trabajo semestralmente (Junio 2022, Diciembre 2022, Junio 2023, Diciembre 2023), así como una reunión final, donde se realizará una evaluación y análisis de resultados en Diciembre de 2023. También al finalizar el proyecto se presentarán los resultados al resto de profesionales del EAP en enero de 2024.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cobertura. Número de recomendaciones al alta entregadas/número de urgencias atendidas. Estándar =80

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de recomendaciones al alta entregadas

Denominador .....: número de urgencias atendidas. Estándar

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Revisión OMI y HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

2. Retorno a urgencias AP

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de retorno a Urgencias de AP por el mismo motivo

Denominador .....: Número de Urgencias a las que se les entrega hoja de recomendaciones al alta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Revisión OMI y HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

3. Calidad de los materiales

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Evaluación a través Escala Likert

Denominador .....: Escala Likert

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Escala Likert

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

4. Utilidad.

Tipo de indicador: Impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#781

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES AL ALTA: MEJORANDO EL AUTOCUIDADO DE NUESTROS PACIENTES

Numerador .....: Número de pacientes que utilizan útil la documentación ( escala del 1 al 10, siendo 1 nada útil y 10 muy útil)  
Denominador .....: Número total de pacientes a los que se entrego hoja de recomendaciones  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Encuesta pacientes  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

5. Satisfacción de los profesionales  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de profesionales que consideran útil la iniciativa( escala del 1 al 10, siendo 1 nada útil y 10 muy útil)  
Denominador .....: Número total del profesionales del EAP  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Encuesta profesionales EAP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Zona Básica de Salud Campo de Belchite

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Urgencias Atención primaria

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#913

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE INDICADORES "REVISION PIE DIABETICO" Y "DIABETES CONOCIMIENTOS" EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN C.S. CAMPO DE BELCHITE

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#913 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ CASANOVA BEGOÑA

Título  
INTERVENCION SOBRE INDICADORES "REVISION PIE DIABETICO" Y "DIABETES CONOCIMIENTOS" EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN C.S. CAMPO DE BELCHITE

Colaboradores/as:  
BELLO MARTINEZ AMPARO  
CAPABLO MAÑAS M BELEN  
MARTINEZ VIÑUELAS LORENA  
MAZA RODRIGUEZ RUTH  
MORENO GARCIA DAVID JESUS  
PEREZ JIMENEZ RAFAEL  
SUÑER ABADIA SILVIA

Ubicación principal del proyecto.: CS BELCHITE

Servicio/Unidad principal .....: EAP CAMPO DE BELCHITE

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

De todos es conocido el aumento de la incidencia y prevalencia de la diabetes en nuestra sociedad; enfermedad crónica que constituye un problema significativo a nivel individual y a nivel de salud pública per se y por las complicaciones derivadas de ella. Entre estas complicaciones encontramos todo lo que conlleva el llamado "pie diabético". Con una prevalencia de diabetes en Aragón de algo más del 7% y teniendo en cuenta que se estima que entre un 5-10% de estos pacientes con diabetes desarrollarán una úlcera en el pie a lo largo de su vida y todo ello sumado al elevado gasto económico y a los recursos sanitarios destinados a ello, merece la pena trabajar en estrategias de prevención y educación de pacientes y personal sanitario.

#### ÁREAS DE MEJORA

Con este proyecto pretendemos aumentar la exploración tanto a nivel vascular como neurológico del pie de nuestros diabéticos en nuestras consultas, ya sean programadas, a demanda o mediante captación activa, con los medios de los que dispongamos. Valorar y cuantificar el grado de riesgo que tiene cada uno de nuestros pacientes diabéticos, animar a la autoexploración visual diaria, higiene, uso de calzado adecuado,... ofertando información por escrito y animando a consultar sus dudas.  
Unificar en nuestro equipo también un protocolo de derivación en caso de duda o necesidad a las consultas/unidades que proceda.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Desconocimiento de los profesionales sanitarios de la metodología/formación para implementar dichos campos en cartera de servicio en OMI.  
Descoordinación entre dichos profesionales (en parte debido a la dispersión de nuestros puestos de trabajo) para unirnos en trabajar en una misma dirección.  
Poca disponibilidad de medios físicos (dopler, monofilamentos) en nuestras consultas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Resultados en "Cuadro de Mando de Diabetes" de los indicadores:  
-Revisión Pie Diabético (6%)  
-Valoración Pie Diabético(2%)  
en C.S. Campo de Belchite para acercarnos o mejorar los datos medios del Sector Zaragoza II (12% y 7% respectivamente)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesiones formativas del grupo de trabajo de dicho proyecto en C.S. Campo de Belchite.  
Puesta en común del procedimiento a seguir y unificar criterios para la exploración del pie. Medios disponibles.

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 16/10/2022  
Responsable.: Begoña Martínez, Lorena Martínez, Silvia Suñer

2. Preparación de la encuesta de satisfacción del paciente sobre la participación en el proyecto y puesta en común con el grupo de trabajo.

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 16/10/2022  
Responsable.: Amparo Bello, Rafael Pérez

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#913

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE INDICADORES "REVISION PIE DIABETICO" Y "DIABETES CONOCIMIENTOS" EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN C.S. CAMPO DE BELCHITE

3. Trabajo diario en las consultas en la cumplimentación de dichos indicadores tras la exploración y educación para la salud de nuestros diabéticos.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 15/10/2023

Responsable.: Todos los componentes del grupo

4. Trabajo sobre resultados finales, indicadores.

Puesta en común al resto del EAP

Fecha inicio: 16/10/2023

Fecha final.: 15/12/2023

Responsable.: Begoña Martínez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Participación profesionales sanitarios (méd-enf del EAP Campo de Belchite)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº profesionales sanitarios (méd-enf del EAP Campo de Belchite) que participan en el proyecto.

Denominador .....: nº profesionales sanitarios (méd-enf del EAP Campo de Belchite) a fecha de inicio del proyecto.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: EAP

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

2. Diabetes. Pie de riesgo.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: nº pacientes diabéticos (T90)> 15 años en los que aparezca cumplimentado en cartera de servicios PCE Riesgo Det. Piel (Pie Diabético) a fecha 15/10/2023

Denominador .....: nº pacientes diabéticos > 15 años en el EAP a fecha 15/10/2023

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI + cuadro de mandos de diabetes

Est.Mín.1ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

3. Diabetes. Conocimientos deficientes.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: nº pacientes diabéticos (T90)> 15 años en los que aparezca cumplimentado en cartera de servicios PCE- Conocimientos deficientes diabetes NOC Autocontrol... a fecha 15/10/2023

Denominador .....: nº pacientes diabéticos > 15 años en el EAP a fecha 15/10/2023

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI + cuadro de mandos de diabetes

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

4. Breve encuesta de satisfacción del paciente diabético sobre la participación en el proyecto

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº pacientes satisfechos con la participación en el proyecto

Denominador .....: nº pacientes que han participado en el proyecto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Resultados encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#913

### 1. TÍTULO

**INTERVENCION SOBRE INDICADORES "REVISION PIE DIABETICO" Y "DIABETES CONOCIMIENTOS" EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES EN C.S. CAMPO DE BELCHITE**

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#459

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UNA CONSULTA ESPECIFICA PARA LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDICA DEL CENTRO DE SALUD DE CASABLANCA

Fecha de entrada: 04/07/2022

Nº de registro: 2022#459 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
LAMPLE LACASA LUIS ANTONIO

Título  
CREACION DE UNA CONSULTA ESPECIFICA PARA LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDICA DEL CENTRO DE SALUD DE CASABLANCA

Colaboradores/as:  
JUANA RAMON ROSARIO  
SAINZ ARELLANO CRISTINA  
SALVADOR DEL VAL MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: CS CASABLANCA

Servicio/Unidad principal .....: EAP CASABLANCA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Creacion de una consulta especifica para los pacientes con insuficiencia cardica para mejor control desde el ambito de la atención primaria y evitar hospitalizaciones que aumentan la mortalidad

ÁREAS DE MEJORA  
Mejorar la asistencia y calidad de vida de estos pacientes con la disminución de las hospitalizaciones

ANALISIS DE CAUSAS  
No se realiza el seguimiento adecuado xde estos pacientes ppor farma de presencialidad y tiempo

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Disminuir la hospitalizaciones de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardica del Centro de Salud y la población diana es los pacientes incluídos en el listado diagnosticados de esta enfermedad y con registro en omi

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Estado actual del paciente y seguimiento

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 16/05/2024  
Responsable.: Luis Lample Lacasa

2. Hacer reuniones de formacion para médicos y enfermeras

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/09/2023  
Responsable.: Luis Lample Lacasa

3. Educar a pacientes y cuidadores sobre insuficiencia cardica

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/09/2022  
Responsable.: Luis Lample Lacasa

4. Reuniones de seguimiento

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 16/05/2024  
Responsable.: Luis Lample Lacasa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Analíticas Nt-ProBNP, potasio y filtrado glomerular

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Paciente con Insuficiencia cardiaca del Centro de salud registrados en OMI

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº de pacientes que hay intervención  
Denominador .....: Nº de pacientes total diagnosticados y que figuran en el listado de omi  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Omi  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#459

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UNA CONSULTA ESPECIFICA PARA LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDICA DEL CENTRO DE SALUD DE CASABLANCA

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. Número de Médicos que han asistido a la formación  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de médicos que han asistido  
Denominador .....: Número de médicos que hay en el centro de salud  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de registro de firmas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Pacientes ingresados  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes ingresados por IC  
Denominador .....: Número de pacientes con IC  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: omi  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Existen carpetas que daremos a cada paciente incluido en el seguimiento para anotación de los parámetros que hemos expuesto

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#482

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN AL PACIENTE CON FRCV EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

Fecha de entrada: 05/07/2022

Nº de registro: 2022#482 \*\* Cardiopatía Isquémica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
UBALDE SAINZ JESUS MANUEL

Título  
ATENCIÓN AL PACIENTE CON FRCV EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

Colaboradores/as:  
ALVAREZ ROY JOSE LUIS  
CARO ESPINOSA MARIA  
LAMPLE LACASA LUIS ANTONIO  
LOPEZ GASCA CARMEN M.  
ROMERO BILBAO BORJA  
SAINZ ARELLANO CRISTINA  
SALVADOR DEL VAL MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: CS CASABLANCA

Servicio/Unidad principal .....: EAP CASABLANCA

Línea estratégica: Cardiopatía Isquémica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los pacientes que ya presentan una enfermedad cardiovascular (prevención secundaria) son prioritarios según las recomendaciones de las diferentes guías a la hora de intervenir de forma energética para lograr disminuir la mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares

#### ÁREAS DE MEJORA

Actuar de una forma proactiva haciendo revisiones de estos pacientes y diseñar planes personalizados

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No se ha podido hacer seguimiento adecuado durante la pandemia

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir el número de eventos cardiovasculares y la mortalidad por esta causa

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Control de cifras de LDL- colesterol en pacientes con cardiopatía isquémica y/o ictus

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/04/2024

Responsable.: Luis Lample Lacasa

2. Asegurar que los pacientes entre 14-18 años con diagnóstica de cardiopatía isquémica e ictus tengan cifras de LDL por debajo de 70 mg/dl

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/04/2024

Responsable.: Jesus Ubalde Sainz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Disponer de un listado de pacientes que ya presentan una enfermedad cardiovascular y selección de pacientes a revisar

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. LDL colesterol por debajo de 70 mg/dl

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de pacientes con cifras de LDL-colesterol por debajo de 70

Denominador .....: Número de pacientes con enfermedad cardiovascular establecida

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: omi

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

2. Mortalidad

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de pacientes fallecidos por enfermedad cardiovascular en prevención secundaria

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#482

### 1. TÍTULO

#### ATENCION AL PACIENTE CON FRCV EN PREVENCION SECUNDARIA

Denominador .....: Numero de pacientes en prevencion secundaria  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: omi  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

#### 3. Solicitud de perfil lipidico

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Pacientes en los que se ha solicitado analitica con perfil lipidico en los pacientes con enfermedad cardiovascular  
Denominador .....: Total de pacientes con enfermedad cardiovascular establecida  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#105

### 1. TÍTULO

#### REORGANIZACION DEL SERVICIO DE ENTREGA AL USUARIO DE DOCUMENTACION EN FORMATO PAPEL DESDE ADMISION

Fecha de entrada: 13/06/2022

Nº de registro: 2022#105 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GRACIA GARCIA MARIA ELENA

Título  
REORGANIZACION DEL SERVICIO DE ENTREGA AL USUARIO DE DOCUMENTACION EN FORMATO PAPEL DESDE ADMISION

Colaboradores/as:  
ENCUENTRA ALCUBIERRE M. JOSE  
FONTECILLA LOPEZ FRANCISCO  
GALINDO LEDESMA MARIA JOSE  
GIL GARCIA MARIA JESUS  
LECINA FRANCES MARIA TERESA  
VAL VILLAVARDE MARIA ANGELES

Ubicación principal del proyecto.: CS FERNANDO EL CATOLICO

Servicio/Unidad principal .....: EAP FERNANDO EL CATOLICO

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Durante la pandemia de Covid con las restricciones de acceso a la consulta presencial, se multiplicó el número de pacientes citados en consulta no presencial, y con ello se incrementó exponencialmente el número de documentos en papel a entregar a los pacientes: partes de IT, recetas electrónicas, solicitud de interconsultas, certificados de vacunación, pautas de coagulación, etc...Documentación, que una vez emitida por el médico, tenemos que clasificar, ordenar, distribuir y almacenar para poder entregarla al usuario.

Una vez ha vuelto la consulta presencial, el % de consultas no presenciales se ha incrementado considerablemente respecto a la etapa pre-pandemia, con lo que el volumen de documentación a entregar no ha disminuido. Además, los médicos dejan los documentos en diferentes puntos del servicio de admisión generándose desorden. En su momento se crearon depósitos de documentos diferenciados según su tipología, por lo que actualmente tenemos en admisión 5 cajas repletas de documentos creándose un problema estructural que consume materiales, espacio logístico y tiempo de los profesionales de admisión.

Además, se están depositando documentos que están disponibles para su consulta en Web, App (por ejemplo, receta electrónica y resultados de analíticas, recetas) o innecesarios (p.ej. partes de IT).

Las consecuencias son variadas:

- Hay documentos en sobre cerrado que no se recogen ni se tramitan, quedándose indefinidamente en depósito sin que el médico sepa si se ha recogido.
- Nos hemos encontrado situaciones en que el usuario ya había tenido incluso la consulta y no había venido a recoger la derivación, recetas que ya habían caducado, 38 partes del mismo usuario de su IT, o IT completas (primer parte, partes de confirmación y alta) sin recoger, e interconsultas en sobres cerrados sin tramitar después de varios meses.

#### ÁREAS DE MEJORA

- La dimensión del depósito de documentos.
- Definir y unificar el lugar dónde depositar los documentos que los médicos dejan en Admisión.
- Establecer una clasificación que facilite el localizar el documento a entregar.
- Que los documentos no recogidos no se depositen indefinidamente.
- Que no haya documentos dentro de sobre no recogidos ni tramitados.
- Reducir el tiempo de espera en el centro para recoger documentos.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- La cita no presencial hace que el usuario venga en diferido a recoger la documentación.
- No hay un punto único dónde los médicos dejan los documentos a recoger.
- Espacio desbordado por 5 cajas de documentos, lo que implica mayor tiempo y dificultad en la búsqueda del documento a entregar.
- No se depura lo que no se recoge, lo que produce documentos en depósito indefinido.
- Lo que está en sobre cerrado y sin recoger se queda sin tramitar.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Reducir en un 20% el número de documentos en depósito de documentación sin entregar.
- Tramitar en tiempo y forma todos los documentos que lo precisen (especialmente los que bajan en sobre cerrado y no se recogen).
- Reducir en un 10% la cantidad de papel, medida en folios, consumida por el EAP.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión clínica para informar a los profesionales de la nueva organización, y de los documentos que ya no es necesario imprimir.

Fecha inicio: 16/11/2021



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#105

### 1. TÍTULO

#### REORGANIZACION DEL SERVICIO DE ENTREGA AL USUARIO DE DOCUMENTACION EN FORMATO PAPEL DESDE ADMISION

Fecha final.: 16/11/2021

Responsable.: María Elena Gracia García

2. Además, se pondrá en los casilleros de correo interno una nota informativa del emplazamiento, horario y plazos de este nuevo servicio de Admisión.

Fecha inicio: 02/11/2021

Fecha final.: 05/11/2021

Responsable.: María Elena Gracia García

3. Entregar los documentos en la entrada del centro por el celador, fuera de Admisión. Excepción: en el turno de tarde se entregará en admisión dado que no hay celador.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: María Teresa Lecina Francés

4. Recogida de documentos a entregar por el celador en cada consulta, al final de cada una, en dos turnos de mañanas (11:30 y 13:30), y un turno de tardes por un Auxiliar Administrativo a las 17:30.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: María Teresa Lecina Francés

5. La documentación se tendrá en depósito 15 días, después se depurará el documento como no recogido por el usuario y se devolverá al médico que lo ha emitido.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: María Elena Gracia García

6. Clasificación por tipología, datación por fecha de emisión, y ordenación de documentos en un único cajetín por orden alfabético.

Fecha inicio: 01/12/2021

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: María Elena Gracia García

7. Las interconsultas se tramitarán en cuanto lleguen a Admisión, sin esperar a que el paciente venga a recoger el documento. Con esta medida damos mejor cumplimiento a la ley de plazos.

Fecha inicio: 01/12/2021

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: María Elena Gracia García

8. Sesión clínica para informar a los profesionales de los datos recogidos en el primer semestre.

Fecha inicio: 31/05/2022

Fecha final.: 31/05/2022

Responsable.: María Elena Gracia García

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Reducción de documentos en depósito no recogidos.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de documentos no recogidos en el mes

Denominador .....: Número total de documentos no recogidos en desde 1 enero hasta 31 mayo de 2022.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro específico de documentos no recogidos.

Est.Mín.1ª Mem ..: 18.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 22.00

2. Reducción en consumo de papel en el centro.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Consumo papel noviembre 2023

Denominador .....: Consumo de papel en diciembre de 2021

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Albarán de pedido a suministros.

Est.Mín.1ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#105

### 1. TÍTULO

#### REORGANIZACION DEL SERVICIO DE ENTREGA AL USUARIO DE DOCUMENTACION EN FORMATO PAPEL DESDE ADMISION

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#225

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION EDUCATIVA A NIÑOS PARA LA DETECCION PRECOZ DEL ICTUS

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#225 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
EXPOSITO SANCHEZ MARIA CARMEN

Título  
INTERVENCION EDUCATIVA A NIÑOS PARA LA DETECCION PRECOZ DEL ICTUS

Colaboradores/as:  
SESE SANCHEZ MARIA  
GUTIERREZ BLASCO JAVIER  
LARGO SOLA LUCIA  
NAVARRO TEJERO BARBARA  
ORRUÑO CEBOLLADA CORAL  
PASTOR GIMENEZ CELIA DEL CARMEN  
PAZ RAMOS BORJA

Ubicación principal del proyecto.: CS FERNANDO EL CATOLICO

Servicio/Unidad principal .....: EAP FERNANDO EL CATOLICO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El ICTUS es un problema de salud pública de primer orden. En los países desarrollados es una de las primeras causas de muerte, junto con la enfermedad cardiovascular y el cáncer, siendo la primera causa de discapacidad permanente en la edad adulta.

Aproximadamente las tres cuartas partes de los ictus afectan a pacientes mayores de 65 años, y debido a las previsiones de población en las que España sería en el año 2050 de las poblaciones más envejecidas del mundo, se prevé un incremento de la incidencia de esta patología en los próximos años. En España, las cifras permiten calcular la dimensión del problema: la incidencia del ictus se estima en 150-250 casos/año por cada 100.000

El término ictus o enfermedad cerebrovascular hace referencia a cualquier trastorno de la circulación cerebral, generalmente de comienzo brusco, que puede ser consecuencia de la interrupción de flujo sanguíneo a una parte del cerebro (isquemia cerebral) o la rotura de una arteria o vena cerebral (hemorragia cerebral)

#### ÁREAS DE MEJORA

Desde Atención Primaria se intentará hacer una prevención primordial, evitando la exposición a los factores de riesgo que pueden facilitar la aparición del ictus, aunque las campañas se centran casi siempre en una prevención primaria. Cuando esto no es posible y se instaura la enfermedad es esencial dar una respuesta rápida a la demanda asistencial. Un factor determinante en la evolución de estos pacientes es el reconocimiento precoz del cuadro, esto favorecerá una atención especializada más temprana, para que se puedan beneficiar de un menor retraso diagnóstico y terapéutico y consecuentemente un mejor pronóstico de los pacientes afectados por esta patología. Por todo ello es importante incluir programas de educación sanitaria en todas las esferas de la sociedad, potenciando las actitudes que el individuo nos brinda para mejorar su tiempo de respuesta en esta situación.

Es por ello por lo que creemos importante incluir estos conocimientos en la educación de niños y adolescentes, muchos de los cuales conviven con personas con riesgo de sufrir una enfermedad cerebrovascular aguda, como pueden ser sus padres, abuelos, maestros, etc.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Con esta intervención queremos incidir en pautas saludables que acompañen en el crecimiento del niño hasta su etapa adulta, cumpliendo con el apartado 3 del Plan de salud de Aragón 2030, que indica la necesidad de desarrollar estrategias orientadas a la promoción de estilos de vida saludables así como que los niños sean los vehículos transmisores para que la información recibida en los talleres sobre síntomas y hábitos de vida saludable lleguen a sus hogares.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

? Realizar una intervención educativa para niños en edad comprendida entre los cursos académicos de 1º y 5º de primaria, para la identificación de señales susceptibles de ICTUS y activación precoz de la asistencia sanitaria.

? Promocionar hábitos saludables a niños en edad escolar para que ellos sensibilicen y aporten los conocimientos adquiridos en la intervención, sobre la enfermedad y sus factores de riesgo a las personas mayores con las que conviven.

? Concienciación de los menores en hábitos de vida saludable desde la edad infantil, promocionando las medidas preventivas en los factores de riesgo sobre la enfermedad cerebro vascular.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#225

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION EDUCATIVA A NIÑOS PARA LA DETECCION PRECOZ DEL ICTUS

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Contacto con los colegios ubicados en nuestra zona de salud para captación de los que deseen participar en nuestro proyecto educativo.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 07/10/2022

Responsable.: Javier Gutiérrez

2. Organización y preparación del equipo de trabajo para la planificación de las futuras sesiones formativas y prácticas que se realizarán en los colegios

Fecha inicio: 08/07/2022

Fecha final.: 29/12/2022

Responsable.: Carmen Expósito

3. Intervención educativa en los colegios

Fecha inicio: 02/10/2022

Fecha final.: 01/10/2023

Responsable.: Lucía Largo

4. Evaluación del proyecto realizado

Fecha inicio: 02/10/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Borja Paz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: niños de 6-10 años cuyos tutores legales hayan firmado el consentimiento informado para la participación en el proyecto.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No haber firmado el consentimiento informado.

Se realizará un cronograma donde se especificará : sesiones, fechas, grupo de alumnos y lugar. Así como una hoja informativa para los responsables legales de los niños, y un consentimiento informado.

\* la información sobre detección y actuación precoz ante un accidente cerebro vascular agudo estará adaptada a la población infantil.

\* El desarrollo del contenido de la intervención será con los menores a través de un taller teórico práctico para la identificación y activación del método F.A.S.T

· Las sesiones formativas teóricas serán de 60 minutos donde se expondrán causas, síntomas más relevantes, así como medidas de prevención a través de proyecciones de video educativos, infografías.

· Sesiones prácticas, talleres y role playing los niños interactuarán para identificar síntomas más relevantes del ICTUS, se utilizará método F.A.S.T.

\* Tras la intervención se les dará al alumnado y docente un tríptico informativo sobre el tema desarrollado, para que esta información sea compartida con sus familiares.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. .  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador ..... :  
Denominador ..... :  
x(1-100-1000) ... : 100  
Fuentes de datos.:  
Est.Mín.1ª Mem .. : 0.00  
Est.Máx.1ª Mem .. : 0.00  
Est.Mín.2ª Mem .. : 0.00  
Est.Máx.2ª Mem .. : 0.00

2. Niños que participan en el proyecto  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador ..... : Nº total de niños que participen en el proyecto educativo  
Denominador ..... : Nº total de niños de 6 a 10 años de educación primaria del centro  
x(1-100-1000) ... : 100  
Fuentes de datos.: 50%  
Est.Mín.1ª Mem .. : 35.00  
Est.Máx.1ª Mem .. : 50.00  
Est.Mín.2ª Mem .. : 55.00  
Est.Máx.2ª Mem .. : 60.00

3. Talleres realizados  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador ..... : Nº talleres realizados

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#225

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION EDUCATIVA A NIÑOS PARA LA DETECCION PRECOZ DEL ICTUS

Denominador .....: N° talleres incluidos en la programación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: 100%  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 4. Respuestas correctas del cuestionario pre-intervención

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de respuestas correctas del cuestionario pre-intervención sobre conocimientos de intervención ante un ICTUS  
Denominador .....: N° total de preguntas formuladas en el cuestionario  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: 60%  
Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 5. Respuestas correctas del cuestionario post-intervención

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de respuestas correctas del cuestionario post-intervención sobre conocimientos de intervención ante un ICTUS  
Denominador .....: N° total de preguntas formuladas en el cuestionario  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: 70%  
Est.Mín.1ª Mem ..: 35.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 6. Cuestionarios de satisfacción

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de cuestionarios de satisfacción aprobados  
Denominador .....: N° de cuestionarios de satisfacción realizados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: 80%  
Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#228

### 1. TÍTULO

#### MAPEO COMUNITARIO DE ACTIVOS PARA LA SALUD DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#228 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
PAZ RAMOS BORJA

Título  
MAPEO COMUNITARIO DE ACTIVOS PARA LA SALUD DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

Colaboradores/as:  
SESE SANCHEZ MARIA  
EXPOSITO SANCHEZ MARIA CARMEN  
GUTIERREZ BLASCO JAVIER  
LARGO SOLA LUCIA  
ORRUÑO CEBOLLADA CORAL  
PASTOR GIMENEZ CELIA DEL CARMEN  
RABADAN DE LA PUENTE MARTA

Ubicación principal del proyecto.: CS FERNANDO EL CATOLICO

Servicio/Unidad principal .....: EAP FERNANDO EL CATOLICO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El desarrollo del Servicio de Atención Comunitaria debe ser un pilar fundamental y estratégico que forme parte de la cartera de servicios de nuestro centro. Desarrollar dicha estrategia implica una serie de acciones organizativas y formativas por parte de los profesionales de Atención Primaria. Sabemos que en nuestro medio se realizan distintas acciones e iniciativas relacionadas con la salud (bien por iniciativas individuales de profesionales o bien por otros activos en salud), pero no están reflejadas ni contextualizadas en el organigrama de nuestro centro, así como publicitadas en el Consejo de Salud de Zona, siendo éste un órgano de participación esencial.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se observa en nuestra comunidad (zona de salud de este centro), una falta de cohesión entre el tejido social y el centro sanitario. Con este mapeo para la búsqueda de activos en salud, pretendemos poner en contacto la comunidad con los pacientes y así ser conocedores de todas las opciones pertinentes en salud y aumento de la calidad de vida que estén a su alcance.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Se ha creado un grupo multidisciplinar con los componentes del equipo y representantes de los principales recursos del barrio, estableciendo una relación y coordinación con ellos para el desarrollo del proyecto. Mediante la delimitación del área geográfica, repartiéndose en diversos equipos de trabajo que se encargarán de la actividad del mapeo junto con los propios pacientes. Así mismo se comunicará al equipo las diferentes actividades realizadas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Reactivar el Consejo de Salud de la zona.  
Analizar las necesidades reales de la población de la zona de salud en materia de Educación y Salud Comunitaria.  
Identificar los distintos recursos y activos en salud de la zona.  
Fortalecimiento de la población en el mantenimiento y/o mejora de su calidad de vida.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesiones formativas presentando la Estrategia Comunitaria a los miembros del Equipo de Salud.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/10/2022  
Responsable.: Javier Gutierrez

2. Establecer contacto con Consejo de Salud, Trabajador Social, Residencias, Comarca, colegio, instituciones y asociaciones para crear un entorno de Salud Comunitaria.

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/01/2023  
Responsable.: Carmen Expósito

3. Reunión con Consejo de Salud.

Fecha inicio: 02/01/2023  
Fecha final.: 15/01/2023  
Responsable.: Coral Orruño

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#228

### 1. TÍTULO

#### MAPEO COMUNITARIO DE ACTIVOS PARA LA SALUD DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

4. Elaboración de un buscador de activos que va vinculado al OMI.

Fecha inicio: 03/03/2023

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Borja Paz

5. Análisis de los datos obtenidos de las distintas reuniones para dar una respuesta a la demanda por parte de los miembros del proyecto.

Fecha inicio: 13/04/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Celia Pastor

6. Captación de los activos en salud de la zona.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 03/03/2023

Responsable.: Lucía Largo

7. Reparto de cuestionarios a pacientes sobre "iniciativas o actividades de promoción de la salud que creen necesarias en su zona"

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/11/2022

Responsable.: Marta Rabadán

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Activos de salud en el mapa de activos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de activos de salud creados en el centro de salud

Denominador .....: nº total de activos de salud existentes en la zona.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: 100%

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. ¿Se ha presentado la Estrategia Comunitaria en el Consejo de Salud de Zona?

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: SI

Denominador .....: NO

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Indicador dicotomico

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Cuestionarios cubiertos por pacientes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de cuestionarios respondidos

Denominador .....: Nº de cuestionarios entregados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionarios

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. Profesionales del EAP

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales del EAP a los que se ha presentado la Estrategia Comunitaria

Denominador .....: Nº de todos los profesionales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Profesionales

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#228

### 1. TÍTULO

#### MAPEO COMUNITARIO DE ACTIVOS PARA LA SALUD DEL CENTRO DE SALUD FERNANDO EL CATOLICO

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> MAPEO DE ACTIVOS EN SALUD

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#311

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCION PRIMARIA EN EL C.S. FERNANDO EL CATOLICO

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#311 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RODRIGUEZ NOGUE MARTA

Título  
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCION PRIMARIA EN EL C.S. FERNANDO EL CATOLICO

Colaboradores/as:  
FERRE GONZALEZ ANTONIA  
FRAJ VALLE MARIA MAR  
GAUDO PERALES CLAUDIA  
GOMEZ PELIGROS ANTONIO  
SALIDO MARCO LAURA  
VALGAÑON PALACIOS DAMIAN  
VICENTE ALDEA MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CS FERNANDO EL CATOLICO

Servicio/Unidad principal .....: EAP FERNANDO EL CATOLICO

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En nuestro EAP detectamos en el cuadro de mando de AG que la cobertura de evaluación en el tratamiento de las dislipemias en prevención primaria es mejorable, 11,79 %.

Muchos pacientes con ésta patología los tenemos en la actualidad con tratamientos combinados de ezetimiba-estatina, ezetimiba sola o fibratos , solos o combinados. Por lo que el balance entre beneficios y riesgos no sería el adecuado y el balance entre costes y uso de recursos tampoco.

#### ÁREAS DE MEJORA

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la primera causa de muerte en la mayoría de los países industrializados. En España, el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio se mantiene como la primera causa de muerte. Todas las guías actuales sobre prevención de ECV en la práctica clínica recomiendan la evaluación del riesgo de EC o riesgo CV total, ya que la ECV ateroesclerótica suele ser el resultado de diversos factores de riesgo y la prevención de la ECV en una persona determinada se debe adaptar a su riesgo CV total: cuanto mayor es el riesgo, cobertura más intensa debe ser la medida que aplicar.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Al analizar nuestros datos nos damos cuenta que el cálculo del RCV entre nuestros pacientes solo había alcanzado 29,10%, y de detección del tabaco era 15,12 %. En todas las guías de práctica clínica sobre tratamiento de dislipemias en prevención primaria se considera que las funciones de riesgo son el mejor instrumento actualmente disponible para detectar a los pacientes de alto riesgo, aunque su rendimiento predictivo a nivel individual es bajo.

Estudios de cohortes han demostrado que las ecuaciones de riesgo, cuando se aplican a poblaciones similares a aquellas a partir de las cuales se han elaborado, predicen con un alto grado de exactitud lo estimado previamente. Ya que la actuación a nivel de los factores de riesgo modificables es la primera acción a tomar en cuenta, decidimos actuar sobre éstos para mejorar nuestra cobertura en el tratamiento de dislipemias en atención primaria.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir la cobertura ineficiente de tratamiento hipolipemiante combinado en prevención primaria. Para lo cual incidiríamos:

- Mejorar la cobertura en el calculo de RCV en nuestros pacientes.
- Mejorar las coberturas en detección e intervención en tabaquismo.
- Insistir en las medidas dietéticas y cambios de estilo de vida antes de iniciar un tratamiento.
- Fijarnos en las tablas de riesgo ( REGICOR)
- Actualizar los conocimientos a los profesionales sobre guías de tratamiento de dislipemias.
- Actualizar los conocimientos a los profesionales de cómo usar el cuadro de mandos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión clínica sobre el uso de cuadro de mandos y OMI.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Maria Mar Fraj Valle

2. Sesión clínica de recomendaciones para la utilización de hipolipemiantes en el manejo de la dislipemia como factor de riesgo cardiovascular .

Fecha inicio: 19/01/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#311

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCION PRIMARIA EN EL C.S. FERNANDO EL CATOLICO

Fecha final.: 19/01/2023

Responsable.: Marta Rodríguez Nogué

3. Sesión clínica sobre medidas dietéticas y cambios de estilos de vida .

Fecha inicio: 23/03/2023

Fecha final.: 23/03/2023

Responsable.: Laura Salido Marco

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Números de profesionales de medicina de familia y enfermería que realizan la formación

Denominador .....: Número de profesionales de medicina de familia y enfermería en el EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 2. Tratamiento en prevención primaria dislipemias

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes con prescripción activa de tratamiento combinado en prevención primaria (%)

Denominador .....: Pacientes con prescripción activa de hipolipemiante y diagnóstico de prevención primaria

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 9.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 7.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

#### 3. Riesgo Cardiovascular

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Población incluida en el denominador en quienes consta calculado el DGP 'RCV%' (Riesgo cardiovascular) en los últimos 5 años

Denominador .....: Población entre 35-74 años sin episodio abierto de cardiopatía isquémica angina (K74) o

cardiopatía isquémica infarto (K75) o isquemia miocárdica crónica (K76) o artropatía periférica (K92) o ACV (K90

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 45.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 45.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

#### 4. Detección tabaco

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Población = 15 años con algún registro en el periodo de evaluación en quienes consta realizado el DGP 'AA' entre el 1-ene del año anterior y la fecha de cálculo.

Denominador .....: Población = 15 años con algún registro en el periodo de evaluación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Dislipemias

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#311

### 1. TÍTULO

**INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO DE DISLIPEMIAS EN PREVENCION PRIMARIA EN EL C.S. FERNANDO EL CATOLICO**

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#347

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S FERNANDO EL CATOLICO

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#347 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VICENTE ALDEA MARIA TERESA

Título  
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S FERNANDO EL CATOLICO

Colaboradores/as:  
FRAJ VALLE MARIA MAR  
GAUDO PERALES CLAUDIA  
NAVARRO TEJERO BARBARA  
RABADAN DE LA PUENTE MARTA  
RODRIGUEZ NOGUE MARTA  
ROY PEREZ M. JOSE  
SANCHEZ MARTINEZ ANA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: CS FERNANDO EL CATOLICO

Servicio/Unidad principal .....: EAP FERNANDO EL CATOLICO

Línea estratégica: Diabetes

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
En nuestro EAP detectamos en el cuadro de mando de AG y de DM datos mejorables en la estrategia de Diabetes:

ÁREAS DE MEJORA  
-La determinación de microalbuminuria es sensiblemente inferior al resto de parámetros recogidos en el perfil de diabetes, alcanzando un valor de 44,35% en diciembre 2021.  
-La evaluación del riesgo del pie diabético no llega al 8 % de los pacientes en diciembre de 2021, lo que puede tener consecuencias en la tasa de amputaciones

ANALISIS DE CAUSAS  
La baja determinación de microalbuminuria puede ser debido a la solicitud de analítica fuera del protocolo de DM o solicitud por otros motivos distintos de DM sin solicitar microalbuminuria.  
El bajo resultado en el indicador de la evaluación del riesgo del pie diabético puede ser debido a un número menor de visita presenciales en los años anteriores debido a la pandemia y también a un registro incompleto en OMI en la exploración del pie diabético.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
1. Formación sobre el plan personal de diabetes, pie diabético y su registro en OMI  
2. Incrementar la determinación de microalbuminuria.  
3. Incrementar la valoración del riesgo del pie diabético

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Asistencia de los profesionales a la sesión informativa facilitada desde la Dirección de Atención Primaria.  
- Formación en registro de planes personales al personal

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/06/2023  
Responsable.: M TERESA VICENTE ALDEA

2. -Formación en pie diabético  
Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/06/2023  
Responsable.: M TERESA VICENTE ALDEA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. NONBRE DEL INDICADOR: Formación  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de profesionales de medicina de familia y enfermería que realizan la formación  
Denominador .....: Número de profesionales de medicina de familia y enfermería en el EAP  
x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#347

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S FERNANDO EL CATOLICO

Fuentes de datos.: : Hoja de firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 2. Diabetes revisión HbA1C

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con al menos una prueba válida en DGP 'EHGBA1C' desde 6 meses antes del periodo de evaluación.

Denominador .....: Pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

#### 3. Revisión microalbuminuria (Periodo a analizar: 12 meses.)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes diabéticos= 15 años, diagnosticados antes de los últimos 12 meses, con revisión de microalbuminuria en el último año.

Denominador .....: Pacientes diabéticos = 15 años diagnosticados antes de los 12 últimos meses

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

#### 4. Diabetes - Pie de riesgo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con valoración del pie diabético de riesgo (DGP 'V\_RIESGP') en el periodo de evaluación.

Denominador .....: Pacientes diabéticos = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#555

### 1. TÍTULO

#### TRAZABILIDAD EN LAS RECETAS VISADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE FUENTES DE EBRO

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#555 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CORTES PES MARIA BEATRIZ

Título  
TRAZABILIDAD EN LAS RECETAS VISADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE FUENTES DE EBRO

Colaboradores/as:  
PEGUERO COLLAR M. JOSE

Ubicación principal del proyecto.: CS FUENTES DE EBRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP FUENTES DE EBRO

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En nuestro centro de Salud las recetas visadas tienen que ir al Servicio Provincial de Sanidad, para lo cual tenemos creado una carpeta en Omi con la nomenclatura de "visado recetas", en la cual anotamos cuando las enviamos y cuando las recibimos, para una mayor trazabilidad de las mismas hemos detectado que no anotábamos cuando pasaban a recogerlas quien era. La consecuencia es que si en un momento determinado un paciente reclama no haber recibido una receta visada, nosotros no podríamos garantizar que la receta se habría entregado y por lo tanto podríamos responsabilizarnos de extraviarla por falta de trazabilidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Tener controlada en todo momento la receta visada

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No poder garantizar la trazabilidad de la receta

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Tener controlada en todo momento la trayectoria de la receta visada desde su entrega en recepción a la entrega al paciente

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Además de anotar cuando enviamos las recetas visadas y cuando las recibimos, anotaremos también cuando pasan por el centro de salud para recogerlas y el dni de la persona o en su caso autorizado.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/02/2023

Responsable.: Beatriz Cortés Pes

2. A principio de mes haremos comprobación siguiendo el indicador para comprobar que no se ha perdido trazabilidad

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/03/2023

Responsable.: Beatriz Cortés Pes

3. Día a día, en el momento que soliciten los pacientes la receta visada se anotará el dni en Omi

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/02/2023

Responsable.: Beatriz Cortés Pes

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Medir si sigue ocurriendo lo que queremos corregir

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de recetas visadas registradas como entregadas

Denominador .....: nº de recetas visadas recibidas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Si el resultado no es 100, se pierde la trazabilidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.01

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Sesión formativa

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#555

### 1. TÍTULO

#### TRAZABILIDAD EN LAS RECETAS VISADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE FUENTES DE EBRO

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: sesión formativa con el equipo de admisión para seguimiento  
Denominador .....: sesión formativa  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: bdu  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todo tipo de patología que requiera receta visada

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#586

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD ,MEJORA DE LA CONDICION FISICA EN MAYORES DE 65 AÑOS

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#586 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ARNAL RUBIO EVA PILAR

Título  
RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD ,MEJORA DE LA CONDICION FISICA EN MAYORES DE 65 AÑOS

Colaboradores/as:  
CASTELLANO IRALDE SUSANA  
CORTES PES MARIA BEATRIZ  
GRACIA MORENO MERCEDES  
PEÑA GASCON M.JOSE  
RUIZ PEREZ MARIA ANTONIA  
SALVADOR VALDOVIN PATRICIA  
VALLEJO GERMOSEN LORENZA

Ubicación principal del proyecto.: CS FUENTES DE EBRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP FUENTES DE EBRO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Partimos de una situación de orientación comunitaria inexistente, No tenemos grupo de Atención Comunitaria , no hay agenda comunitaria , desconocimiento formal de los profesionales sobre la recomendación de activos formal aunque se realice recomendación informal en algunas consultas, en general escasa información de las actividades que se realizan por otras asociaciones o instituciones en la ZBS.

#### ÁREAS DE MEJORA

- la formación de los profesionales en atención comunitaria
- poner en marcha atención comunitaria
- comunicación con la comunidad

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- falta de conocimientos
- desconocimiento de las actividades de comunidad
- falta de comunicación

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Crear grupo de atención comunitaria interdisciplinar e intersectorial.
- Mejorar la formación de los profesionales del EAP en orientación y atención comunitaria.
- Crear agenda comunitaria de CS Fuentes de Ebro.
- Iniciar una recomendación formal de activos en actividad física a mayores de 65 años.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar formación del EAP sobre atención comunitaria, formalizar el grupo de atención comunitaria .  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2023  
Responsable.: Eva Arnal Rubio

2. Establecer diversas reuniones con grupo de trabajadores sociales de las comarcas y los departamentos de cultura y deporte de los ayuntamientos para informar y formar sobre el proyecto,  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2023  
Responsable.: grupo de atención comunitaria

3. Realizar una búsqueda de activos que ya se estén realizando en la ZBS en relación con la actividad física en mayores de 65 años, con los criterios de selección de gratuidad o muy bajo precio.  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2023  
Responsable.: grupo de atención comunitaria

4. Contactar con la persona de referencia del activo y crear una colaboración , estableciendo un protocolo de derivación desde consulta , una ficha de la actividad  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2023  
Responsable.: grupo de atención comunitaria

5. Reunión con el EAP para informar de las actividades realizadas y formar sobre la Web y el uso buscador de



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#586

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD ,MEJORA DE LA CONDICION FISICA EN MAYORES DE 65 AÑOS

activos y la recomendación formal de activos a los pacientes diana y su seguimiento desde OMI.

Fecha inicio: 01/09/2023

Fecha final.: 30/09/2024

Responsable.: grupo de atención comunitaria

6. Realizar la agenda comunitaria del EAP Fuentes de Ebro.

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 30/09/2024

Responsable.: grupo de atención comunitaria

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Información profesionales

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de profesionales del EAP en reunión informativa

Denominador .....: total profesionales del centro

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: listado asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

#### 2. Activos registrados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de actividades registradas en el buscador de activos

Denominador .....: nº de actividades realizadas en la ZBS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: buscador de activos Web estrategia comunitaria

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

#### 3. Recomendación de activos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de pacientes que acuden al activo.

Denominador .....: nº de pacientes con recomendación de activos hechos en consulta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: omi

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

#### 4. Mejora condición física

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de pacientes que manifiestan mejora en su condición física

Denominador .....: nº de pacientes que realizan la actividad por recomendación de activos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: cuestionario de actividad fisica CHAMPS o YPAS

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

#### 5. Satisfacción profesionales

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de profesionales satisfechos con la recomendación de activos

Denominador .....: nº total de profesionales EAP (50%).

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

#### 6. Reuniones con personas de la comunidad

Tipo de indicador: Alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#586

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD ,MEJORA DE LA CONDICION FISICA EN MAYORES DE 65 AÑOS

Numerador .....: nº de reuniones con personas de la comunidad  
Denominador .....: nº de pueblos de la ZBS.  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: registro interno, acta de reunión.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 7.00

7. Formación grupo comunitaria  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº profesionales del grupo comunitaria con formación de atención comunitaria  
Denominador .....: nº de profesionales del grupo de comunitaria  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: información interna, certificado formativo  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

8. Satisfacción población  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: nº de pacientes satisfechos con la recomendación de activos  
Denominador .....: nº de pacientes con recomendación de activos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: protocolo de seguimiento de OMI de recomendación de activos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: --Otros--> diversas patologías, sin concretar ninguna .

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#695

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S FUENTES DE EBRO

Fecha de entrada: 19/07/2022

Nº de registro: 2022#695 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ADELL PORTOLES PILAR

Título  
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S FUENTES DE EBRO

Colaboradores/as:  
CONDON GRACIA MARIA ELENA  
DIAZ GUERRERO M. CARMEN  
PERCHES FALCO ALFREDO  
PUYO CUELLA JOSE-LUIS  
SANCHEZ GRASA MARIA-PILAR  
SUMELZO LISO ANA CRISTINA  
ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CS FUENTES DE EBRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP FUENTES DE EBRO

Línea estratégica: Diabetes

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Areas de mejora: Determinación de la MAU y Evaluación del Pie diabético

ÁREAS DE MEJORA  
n nuestro EAP detectamos en el cuadro de mando de AG y de DM datos mejorables en la estrategia de Diabetes:  
-La determinación de microalbuminuria ha alcanzado perfil de diabetes, alcanzando un valor de 53.08% en diciembre 2021.  
-La evaluación del riesgo del pie diabético no llega al 23.3% de los pacientes en diciembre de 2021.

ANALISIS DE CAUSAS  
La baja determinación de microalbuminuria puede ser debido a la solicitud de analítica fuera del protocolo de DM o solicitud por otros motivos distintos de DM sin solicitar microalbuminuria.  
El bajo resultado en el indicador de la evaluación del riesgo del pie diabético puede ser debido a un número menor de visita presenciales en los años anteriores debido a la pandemia y también a un registro incompleto en OMI en la exploración del pie diabético.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
1. Formación sobre el plan personal de diabetes, pie diabético y su registro en OMI  
2. Incrementar la determinación de HbA1c  
3. Incrementar la determinación de microalbuminuria.  
4. Incrementar la valoración del riesgo del pie diabético

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Asistencia de los profesionales del centro de salud a la sesión informativa facilitada desde la Dirección de Atención Primaria.  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 30/03/2023  
Responsable.: personal del equipo

3. Formación en registro de planes personales al personal en el centro de salud.  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2023  
Responsable.: personal del equipo

4. Formación en pie diabético por el personal de enfermería y su registro  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2023  
Responsable.: personal del equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. : Formación  
Tipo de indicador: alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#695

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S FUENTES DE EBRO

Numerador .....: Números de profesionales de medicina de familia y enfermería que realizan la formación

Denominador .....: Número de profesionales de medicina de familia y enfermería en el EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 3. Diabetes revisión HbA1c

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con al menos una prueba válida en DGP EHGBA1C desde 6 meses antes del periodo de evaluación

Denominador .....: Pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

#### 4. Revisión microalbuminuria

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes diabéticos= 15 años, diagnosticados antes de los últimos 12 meses, con revisión de microalbuminuria en el último año.

Denominador .....: Pacientes diabéticos = 15 años diagnosticados antes de los 12 últimos meses

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de DM

Est.Mín.1ª Mem ..: 54.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#811

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN ANTOBIÓTICA EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCÓCICA EN ADULTOS Y PEDIATRÍA EN EL EAP PARQUE ROMA

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#811 \*\* IRAS PROA \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA

Título  
MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN ANTOBIÓTICA EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCÓCICA EN ADULTOS Y PEDIATRÍA EN EL EAP PARQUE ROMA

Colaboradores/as:  
AZNAR PEREZ INMACULADA  
BERDASCAS VIRUETE JULIA MARIA  
CATALAN SESMA LEANDRO  
GOROSTIZA MATEO MARIA LUISA  
PENON PANZANO JULIA  
RUIZ PASTORA RAFAEL LUIS

Ubicación principal del proyecto.: CS PARQUE ROMA

Servicio/Unidad principal .....: EAP PARQUE ROMA

Línea estratégica: IRAS PROA

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La faringoamigdalitis aguda (FA) es una de las infecciones respiratorias más frecuentes que motiva numerosas consultas en Atención Primaria. Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el clínico ante una FA es poder realizar un diagnóstico diferencial etiológico de sospecha en función del cual poder instaurar el tratamiento más adecuado.

La faringitis aguda es un proceso autolimitado y frecuentemente originado por una infección del tracto respiratorio de etiología viral.

Cuando la FA es bacteriana, el agente etiológico más frecuente es *Streptococcus pyogenes* o  $\beta$ -hemolítico del grupo A (EBHGA).

A pesar de que la etiología principal es vírica, la prescripción antibiótica asociada al tratamiento de la faringitis aguda es elevada y la elección del tipo de antibiótico es también inadecuada en un porcentaje elevado de casos.

Para facilitar el diagnóstico diferencial se debe aplicar la escala de Centor (fiebre, exudado amigdalario, linfadenopatía cervical anterior dolorosa y ausencia de tos), de tal modo que cuando los datos clínicos apunten hacia etiología bacteriana (puntuaciones de la escala Centor 3 o 4 puntos), está indicado realizar pruebas diagnósticas, que permiten confirmar el diagnóstico. Las dos pruebas diagnósticas de que se dispone en AP son.

-El cultivo faríngeo, que es la prueba de referencia para la confirmación diagnóstica. Limitación: demora del resultado 48 h

-Los test de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDRA). Ventaja: resultado en 10 minutos.

Uno de los objetivos de la estrategia IRASPROA-Aragón es mejorar la adecuación de la prescripción antibiótica, contribuyendo de este modo al control del desarrollo de las resistencias bacterianas. Para contribuir a ello, desde la estrategia IRASPROA se han adaptado las recomendaciones de tratamiento empírico del PRAN (Plan nacional frente a las resistencias antimicrobianas) a la situación epidemiológica de Aragón considerándose como tratamiento de elección: -Adultos: Penicilina V 500 mg/12h VO (con estómago vacío) o Amoxicilina 500mg/12h VO, y en pacientes alérgicos Azitromicina 500mg/24h 3 días.

-Pediatria: Penicilina V: si <27 kg, 250mg/12h y si >27kg 500mg/12h o Amoxicilina 50mg/kg/día (2 tomas VO) Dosis máxima: 1 g /24 h (5-10 días). En pacientes alérgicos, el tratamiento de elección es Azitromicina 10mg/kg/24h (Dosis máxima: 500 mg) 3 días. Si alergia no mediada por Ig-E: Cefadroxilo 30 mg/kg/día en una toma (max 1g/día) (7-10 días).

En el Sector II en 2021 se ha actualizado el protocolo para el diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda en adultos y pediatría que está disponible en todos los centros de salud.

Del total de faringoamigdalitis agudas estreptocócicas diagnosticadas y registradas en OMI-AP a fecha 01/01/2022 y a fecha 01/07/2022 fueron tratadas con los antibióticos de elección:

01/01/2022

01/07/2022

Variación

Medicina de familia

EAP Parque Roma

44,44%

49,21%

10,73%

Medicina de familia

Sector Zaragoza II

69,73%

71,53%

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#811

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCÓCICA EN ADULTOS Y PEDIATRÍA EN EL EAP PARQUE ROMA

2,58%  
Pediatria  
EAP Parque Roma  
100,00%  
90,48%  
-9,52%  
Pediatria  
Sector Zaragoza II  
95,02%  
96,34%  
1,39%

#### ÁREAS DE MEJORA

El proyecto asistencial que se propone pretende impulsar en el EAP:

-Aumentar la adecuación del tratamiento, tratando de reducir el consumo de antibióticos no adecuados, especialmente aquellos de más amplio espectro (amoxicilina-clavulánico, cefuroxima, cefixima y cefditoreno) y potenciando la prescripción del antibiótico de espectro más reducido (penicilina V o fenoximetilpenicilina).

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desconocimiento de las recomendaciones de tratamiento de la faringoamigdalitis

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Incrementar el uso de antibióticos de elección en la Faringoamigdalitis aguda estreptocócica

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Difundir sesión formativa en el EAP sobre el manejo de las herramientas diagnósticas y los tratamientos de elección. Responsable de antibióticos del EAP junto con un pediatra

Monitorizar la situación

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Susana Larripà de la Natividad

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

-Desconocimiento de las recomendaciones de tratamiento de la faringoamigdalitis.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. porcentaje de profesionales que acuden a la sesión

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales med y pediatría que acuden a la sesión

Denominador .....: total de profesionales MF y ped del EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mandos d farmacia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.70

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.80

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.70

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.80

2. Uso de antibióticos de elección en faringoamigdalitis estreptocócica en adultos:

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº prescripciones (activas en algún momento de los últimos 12 meses) de penicilina V (J01CE02)

o amoxicilina (J01CA04) o bencilpenicilina benzantina (J01CE08) o bencilpenicilina procaína (J01CE09) o f

Denominador .....: Nº prescripciones(activas en algún momento de los últimos 12 meses) de antibióticos sistémicos

(J01\*) asociadas al código CIAP faringoamigdalitis estreptocócica aguda (R72).

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de datos de farmacia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.60

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.65

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.65

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.70

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#811

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA PRESCRIPCION ANTIBIOTICA EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN ADULTOS Y PEDIATRIA EN EL EAP PARQUE ROMA

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#952

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S. PARQUE ROMA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#952 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GUILLEN CABALLERO ANA BELEN

Título  
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S. PARQUE ROMA

Colaboradores/as:  
BENITEZ VIDAL BARBARA MARIA  
GIL GREGORIO ESMERALDA  
INISTERRA VIU EVA  
LASTANAO HERNANDEZ ANA M.  
QUILES SANCHEZ DAMARIS  
TENA BONA ANDREA

Ubicación principal del proyecto.: CS PARQUE ROMA

Servicio/Unidad principal .....: EAP PARQUE ROMA

Línea estratégica: Diabetes

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
En nuestro EAP detectamos en el cuadro de mando de AG y de DM una bajo registro de la estrategia de Diabetes:

ÁREAS DE MEJORA  
La determinación de microalbuminuria solo alcanza un 33,31% en diciembre 2021.  
En el caso de la revisión de HbA1C, el resultado a diciembre de 2021 es de 31,42%.  
La evaluación del riesgo del pie diabético no llega al 1,49% de los pacientes en diciembre de 2022.

ANALISIS DE CAUSAS  
La baja determinación de microalbuminuria y de HbA1C puede ser debido a la solicitud de analítica fuera del protocolo de DM o solicitud por otros motivos distintos de DM sin solicitar ambos parámetros.

El bajo resultado en el indicador de la evaluación del riesgo del pie diabético puede ser debido a un número menor de visita presenciales en los años anteriores debido a la pandemia y también a un registro incompleto en OMI en la exploración del pie diabético.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
1. Formación sobre el plan personal de diabetes, pie diabético y su registro en OMI  
2. Incrementar la determinación de microalbuminuria.  
3. Incrementar la valoración del riesgo del pie diabético

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Asistencia de los profesionales del centro de salud a la sesión informativa facilitada desde la Dirección de Atención Primaria.

Fecha inicio: 1/1/23  
Fecha final.: 31/12/23  
Responsable.: Leandro Catalan

2. -Facilitar Formación en registro de planes personales al personal de nueva incorporación en el centro de salud.

Fecha inicio: 1/1/23  
Fecha final.: 31/12/23  
Responsable.: Leandro Catalan

3. -Formación en pie diabético por el personal de enfermería y su registro

Fecha inicio: 1/1/23  
Fecha final.: 31/12/23  
Responsable.: Leandro Catalan

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Formación  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Numeros de profesionales de medicina de familia y enfermería que realizan la



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#952

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S. PARQUE ROMA

##### formación

Denominador .....: Número de profesionales de medicina de familia y enfermería en el EAP  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de firmas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 2. Revisión microalbuminuria

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Existencia de prueba válida de microalbuminuria en el periodo indicado  
Denominador .....: Pacientes diabéticos de edad mayor o igual a 15 años en la fecha del estudio, diagnosticados antes de los 12 últimos meses  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de mando de DM  
Est.Mín.1ª Mem ..: 38.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 55.00

##### 3. Diabetes - Pie de riesgo (%)

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con valoración del pie diabético de riesgo (DGP 'V\_RIESGP') en el periodo de evaluación  
Denominador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con valoración del pie diabético de riesgo (DGP 'V\_RIESGP') en el periodo de evaluación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG  
Est.Mín.1ª Mem ..: 8.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

##### 4. Diabetes revisión HbA1C

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes incluidos en el denominador con al menos una prueba válida en DGP "EHGBA1C" desde 6 meses antes del periodo de evaluación  
Denominador .....: Pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG  
Est.Mín.1ª Mem ..: 35.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 55.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#61

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL AREA DE PEDIATRÍA DEL CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN

Fecha de entrada: 08/06/2022

Nº de registro: 2022#61 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CASTRO BARANGUAN MARIA LUISA

Título  
ELABORACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL AREA DE PEDIATRÍA DEL CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN

Colaboradores/as:  
HERNANDEZ MORA AMPARO  
MARTINEZ MINGUILLON CARLA  
REDOLAR CHASENAS GEMMA  
SANZ MARTINEZ LAURA

Ubicación principal del proyecto.: CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)

Servicio/Unidad principal .....: EAP INDEPENDENCIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La introducción de la alimentación complementaria es un acontecimiento muy importante en la vida del lactante, y el modo de llevarlo a cabo ha variado mucho a lo largo del tiempo, dando lugar a confusión entre las familias, e incluso entre los profesionales. Hace unos años, se seguían rígidos esquemas en los que se indicaba el orden de la introducción de los alimentos, así como la edad a la que introducirlos, retrasando así la introducción de ciertos alimentos como el pescado o el huevo. Actualmente, la evidencia ha demostrado que no existen motivos para establecer un orden predeterminado para la introducción de los distintos alimentos, y el orden dependerá de las preferencias y costumbres de cada familia. Habitualmente, en las revisiones del niño sano que se llevan a cabo en Atención Primaria se explica cómo llevar a cabo la introducción de la alimentación complementaria, pero actualmente no se dispone de una hoja de recomendaciones actualizada. Reforzar las indicaciones explicadas en consulta mediante una hoja de información actualizada sería muy útil para favorecer la comprensión y mejorar la alimentación de nuestros pacientes. También supondría una herramienta muy útil para los profesionales, que podrían reforzar su explicación en consulta con este documento. Además, ante los grandes cambios que se han sucedido recientemente en el tema de la alimentación complementaria, no todos los profesionales tienen claras cuáles son las recomendaciones actuales, especialmente aquellos que habitualmente no están en las consultas de pediatría, por lo que disponer de este documento ayudaría a mejorar la atención y a disminuir la variabilidad en las recomendaciones a los pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Variabilidad en las recomendaciones sobre alimentación complementaria ofrecidas por los distintos profesionales.
2. Comprensión de las recomendaciones sobre alimentación complementaria por parte de los padres.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Debido al elevado recambio de profesionales en los equipos de pediatría de atención primaria, especialmente cuando existen sustituciones del personal de plantilla, a menudo se observa gran variabilidad en las recomendaciones ofrecidas, en ocasiones desactualizadas, o poco completas.
2. La entrega de la hoja informativa sobre alimentación complementaria favorece la comprensión de las explicaciones ofrecidas en consulta, y permite reconsultar dicha información siempre que sea necesario.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Conseguir que las familias comprendan mejor cómo debe llevarse a cabo la introducción de la alimentación complementaria, disponiendo del documento para consultar las dudas que les vayan surgiendo. Consideramos que esto aumentará la satisfacción de las familias, que se encontrarán más seguras durante este proceso.
- Ofrecer una herramienta a los profesionales que les permita reforzar sus explicaciones en la consulta con esta hoja de información actualizada.
- Unificar la información proporcionada a las familias por parte de los distintos profesionales que participan en la atención pediátrica de nuestro centro, puesto que hay una importante rotación de profesionales que forman parte del servicio.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión bibliográfica de las publicaciones más recientes sobre alimentación complementaria  
Fecha inicio: 18/01/2022  
Fecha final.: 31/01/2022  
Responsable.: María Luisa Baranguán Castro

2. Elaboración de la hoja de recomendaciones sobre alimentación complementaria

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#61

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL AREA DE PEDIATRÍA DEL CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN

Fecha inicio: 18/01/2022

Fecha final.: 31/01/2022

Responsable.: María Luisa Baranguán Castro

3. Planificación del proyecto, y elaboración de la encuesta inicial y final sobre conocimientos acerca de la alimentación complementaria por parte de los padres

Fecha inicio: 18/01/2022

Fecha final.: 31/01/2022

Responsable.: María Luisa Baranguán Castro

4. Entrega de la encuesta inicial sobre conocimientos acerca de la alimentación complementaria a los padres de los niños que acudan a la revisiones de los 4, 5 o 6 meses al Centro de Salud.

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Laura Sanz Martínez

5. Entrega y explicación de la hoja de recomendaciones sobre alimentación complementaria a los padres de los niños que acudan a la revisiones de los 4, 5 o 6 meses al Centro de Salud, tras la encuesta

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Laura Sanz Martínez

6. Entrega de la encuesta final sobre alimentación complementaria a los padres de los niños a los que se entregó la hoja de recomendaciones, cuando estos acudan a la revisión de 9 meses.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Carla Martínez Minguillón

7. Recogida y análisis de los datos obtenidos en las encuestas iniciales y finales

Fecha inicio: 01/10/2023

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Gemma Redolar Chasenas

8. Evaluación de los indicadores de calidad y valoración de los resultados del proyecto

Fecha inicio: 01/12/2023

Fecha final.: 15/12/2023

Responsable.: Amparo Hernández Mora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de niños de 9 meses a los que entregamos hoja de recomendaciones en revisión 4,5 o 6meses

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes que acuden a la revisión de los 9 meses a los que les entregamos la hoja de recomendaciones en la revisión de 4, 5 o 6 meses

Denominador .....: Número de pacientes que acuden a la revisión de 9 meses

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta final sobre alimentación complementaria

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Porcentaje de padres que se han sentido seguros en la introducción de la alimentación complementaria

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de padres a los que les entregamos la hoja de recomendaciones que en la encuesta final indican una seguridad en la introducción de alimentación complementaria igual o superior a 8/10

Denominador .....: Número de padres a los que les entregamos la hoja de recomendaciones que rellenan la encuesta final

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta final sobre alimentación complementaria

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Porcentaje de padres satisfechos con la hoja de recomendaciones

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de padres a los que les entregamos la hoja de recomendaciones que en la

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#61

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL AREA DE PEDIATRÍA DEL CENTRO DE SALUD PUERTA DEL CARMEN

encuesta final indican satisfacción con la hoja de recomendaciones igual o superior a 8/10  
Denominador .....: Número de padres a los que les entregamos la hoja de recomendaciones que rellenan la encuesta final  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta final sobre alimentación complementaria  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Porcentaje de pacientes que NO han introducido alimentos desaconsejados en hoja de recomendaciones  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes a los que les entregamos la hoja de recomendaciones que en la revisión de 9 meses refieren que NO han introducido alimentos desaconsejados  
Denominador .....: Número de pacientes a los que les entregamos la hoja de recomendaciones que acuden a la revisión de 9 meses  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta final sobre alimentación complementaria  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. Porcentaje de niños de 9 meses que han introducido todos los grupos de alimentos  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes a los que les entregamos la hoja de recomendaciones que en la revisión de los 9 meses refieren que comen de todos los grupos de alimentos  
Denominador .....: Número de pacientes a los que les entregamos la hoja de recomendaciones que acuden a la revisión de 9 meses  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta final sobre alimentación complementaria  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

6. Porcentaje de niños de 9 meses que han comenzado a comer algunos alimentos en trozos  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes a los que les entregamos la hoja de recomendaciones que en la revisión de los 9 meses refieren que comen algunos alimentos en trozos  
Denominador .....: Número de pacientes a los que les entregamos la hoja de recomendaciones que acuden a la revisión de 9 meses  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta final sobre alimentación complementaria  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Lactantes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Niño sano (reviones de salud en pediatría)

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#211

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD EN CENTROS ESCOLARES DE LA ZBS PUERTA DEL CARMEN

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#211 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANZ MARTINEZ LAURA

Título  
EDUCACION PARA LA SALUD EN CENTROS ESCOLARES DE LA ZBS PUERTA DEL CARMEN

Colaboradores/as:  
GARCES FUSTER DOLORES  
GRACIA RUIZ DIANA CECILIA  
HERNANDEZ MORA AMPARO  
LEYVA CASTRO CECILIA  
MARTIN VALERO YOLANDA  
MARTINEZ MINGUILLON CARLA  
OLIVEROS MAYORAL PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS INDEPENDENCIA (PUERTA DEL CARMEN)

Servicio/Unidad principal .....: EAP INDEPENDENCIA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La educación, como uno de los principales determinantes sociales para la salud, permite a la población adquirir conocimientos, habilidades y destrezas para la promoción y protección de la salud. El sistema educativo, a través de la enseñanza y el fomento de estilos de vida saludable, favorece un adecuado desarrollo a nivel biopsicosocial de los niños y niñas, haciendo que alcancen mejores resultados educativos y puedan ser personas adultas más saludables. El trabajo comunitario permite que se establezcan redes de conexión entre los distintos activos de salud de una zona básica. La comunicación entre el centro de salud y los centros escolares va a favorecer la promoción de la salud de manera integral y contextualizada, además de contar con el apoyo de la red de Escuelas Promotoras de Salud.

#### ÁREAS DE MEJORA

Fortalecer red comunitaria entre el centro de salud y los distintos activos de salud en la zona.  
Fomento de educación para la salud

#### ANALISIS DE CAUSAS

Debido a la pandemia y a los cambios continuos de personal la comunicación entre el CS y los centros docentes se ha visto debilitada.  
La educación para la salud en la escuela es fundamental para adquirir hábitos saludables en la edad adulta. Formar a los docentes que están con los niños ayudará a mejorar este apartado.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivo general

1. Proporcionar herramientas para educar en hábitos de vida y entornos saludables.

##### Objetivos específicos

1. Transmitir información y capacitar en primeros auxilios .
2. Mantener redes de comunicación entre el sistema educativo y el CS.
3. Fomentar la participación de los colegios en redes de promoción de la salud.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recoger encuestas para valorar los ámbitos de salud más relevantes desde la perspectiva de los centros escolares.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Carla Martínez Minguillón

2. Impartir charlas interactivas en centros educativos de nuestra ZBS

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Laura Sanz Martínez

3. Entregar material por escrito sobre hábitos saludables

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Carla Martínez Minguillón

4. Proporcionar información sobre redes de promoción de la salud.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 30/06/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#211

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD EN CENTROS ESCOLARES DE LA ZBS PUERTA DEL CARMEN

Responsable.: Laura Sanz Martínez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de colegios que han participado en el proyecto  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de colegios que participan en el proyecto  
Denominador .....: Nº de colegios pertenecientes a la ZBS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Porcentaje de colegios que están integrados en la RAEPS  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de colegios de nuestra ZBS que integrados en la RAEPS  
Denominador .....: Nº de colegios pertenecientes a la ZBS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Lista de participantes en la RAEPS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

3. Satisfacción con el proyecto  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº de colegios con alta satisfacción con la información proporcionada  
Denominador .....: Nº de colegios total a los que hemos asistido  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

4. Inclusión de herramientas de educación en hábitos y entornos saludables en el programa formativo  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº de colegios que incluyen nuevas herramientas de educación en salud  
Denominador .....: Nº de colegios total a los que hemos asistido  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Prevención primaria

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#509

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN EL EAP ALMOZARA

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#509 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MERINO LABORDA JOAQUIN

Título  
IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN EL EAP ALMOZARA

Colaboradores/as:  
FERNANDEZ ZAPATA AMAIA  
GARCIA CASTELBLANQUE MARTA  
MORALES HERNANDEZ IRENE  
OLIETE GARCIA M. VICTORIA  
SICILIA CAMARENA ANGEL  
VARGAS ESCUER MARIA EMILIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALMOZARA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALMOZARA

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El tabaquismo está implicado en gran cantidad de patologías tanto respiratorias como el ámbito cardiovascular que generan gran morbimortalidad.  
Es evidente que desde la atención primaria debemos implicarnos en el proceso de deshabituación tabáquica ,apoyando a todas aquellas personas que deseen abandonar su hábito, pero en muchos casos por falta de disponibilidad de tiempo en consulta o por tener insuficientes conocimientos para abordar este proceso no conseguimos los objetivos esperados.  
Es por todo lo anterior que creemos conveniente desarrollar una consulta monográfica deshabituación tabáquica.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar porcentaje de éxito en la deshabituación tabáquica.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Hay un porcentaje de pacientes a los que a pesar de desear cesar en su hábito tabáquico no se puede acompañar durante el proceso de forma adecuada bien por falta de tiempo bien por falta de formación, lo que genera menores tasas de éxito.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Crear una consulta monográfica de deshabituación tabáquica .  
Tenemos como objetivo que los responsables de la consulta ( al menos un médico y una enfermera del equipo ) , se encuentren apoyados por al menos 3 residentes (MIR o EIR en su último año de formación).

Mejorar las tasas de éxito de deshabituación tabáquica, mediante el apoyo, control y seguimiento de los pacientes incluidos en el programa.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Mejorar la formación en deshabituación tabáquica de las personas encargadas de la consulta, al menos un médico y una enfermera del equipo y al menos 3 residentes (MIR o EIR en su último año de formaci

Fecha inicio: 11/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: todo el equipo de tabaco

2. Diseñar la agenda de la consulta que inicialmente será de 3 horas a la semana

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: todo el equipo de tabaco

3. Diseñar una hoja de derivación para que los componentes del equipo sean concedores de los criterios.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: todo el equipo de tabaco

4. Divulgar tanto la creación de la consulta monográfica como los criterios de derivación.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: responsables medicina y enfermería del grupo

5. Inicio de la consulta a monográfica con una duración inicial de 3 horas semanales con posibilidad de ampliación si es preciso y las condiciones lo permiten.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#509

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA EN EL EAP ALMOZARA

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: todo el equipo de tabaco

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes incluidos cómo primer día en la consulta de deshabituación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes incluidos como primer día en la consulta de deshabituación

Denominador .....: Número de visitas ofertadas como primer día en la consulta de deshabituación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Fuente de datos OMI AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de pacientes citados en consulta de seguimiento en la consulta de deshabituación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes citados en consulta de seguimiento en la consulta de deshabituación

Denominador .....: Número de visitas ofertadas cómo visita de seguimiento en la consulta de deshabituación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Fuente de datos OMI AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de pacientes que transcurrido un año han cesado en su hábito tabáquico

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes que transcurrido un año siguen sin fumar

Denominador .....: Pacientes incluidos en la consulta de deshabituacion tabaquica que al menos lleven un año en el programa.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Fuente de datos OMI AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> la población diana no tiene por que tener patología de base.

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#770

### 1. TÍTULO

#### USO DE CARTELERÍA COMO CANAL DE COMUNICACION PARA MEJORAR LA SALUD Y LA RELACION CON LAS PERSONAS DEL BARRIO DE LA ALMOZARA

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#770 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHEZ VELA ARACELI

Título  
USO DE CARTELERÍA COMO CANAL DE COMUNICACION PARA MEJORAR LA SALUD Y LA RELACION CON LAS PERSONAS DEL BARRIO DE LA ALMOZARA

Colaboradores/as:  
BUJEDA CAVERO MARIA JOSE  
CARRIQUIRI MILIAN M. CARMEN  
CEBRIAN YAGUE JUAN FRANCISCO  
FERNANDEZ ZAPATA AMAIA  
GRACIA PUZO TERESA  
POLA GARCIA MARINA  
VARGAS ESCUER MARIA EMILIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALMOZARA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALMOZARA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La información escrita y visual de calidad puede facilitar el aprendizaje y estimular a que la persona se oriente hacia lo que se propone en el mensaje. El uso de cartelera es una herramienta bastante utilizada para la transmisión de contenido, con la cual, jugando con la estética, se intenta crear un impacto en el receptor. Con este proyecto se pretende actualizar y adaptar la cartelera del centro de salud Almozara con el objetivo de sensibilizar sobre estilos de vida e higiene, facilitar la comunicación acerca de trámites burocráticos y mejorar la transmisión de información.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualmente, en distintos espacios del centro de salud hay colocados carteles con diferentes temáticas, estéticas, enfoques, etc. Estos carteles no guardan orden, ni existe una coherencia en su conjunto. Este hecho hace que además de no cumplir con su objetivo principal (informar, sensibilizar, concienciar...), estos carteles puedan generar un impacto negativo en la persona que mira (contaminación visual).

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- No existencia de una persona o personas responsables del control de la puesta y retirada de cartelera.
- Existencia de escasas áreas para la difusión de información escrita por medio de carteles.
- Tendencia a ocupar el espacio.
- Utilización de diseños y temáticas sin consultar la opinión de la población (¿resultan de interés?, ¿resultan atractivas?, ¿se entienden?..).

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general:

-Mejorar la transmisión de información escrita a través de cartelera en el Centro de Salud Almozara.

Objetivos específicos:

- Incrementar el uso de la cartelera por la población del Centro de Salud para la obtención de información relacionada con su salud.
- Disminuir el número de consultas en admisión resolubles vía cartelera.
- Aumentar la sensibilización y concienciación acerca de temas de salud por la población del centro.
- Aumentar la percepción de la utilidad de la cartelera por la población del Centro de Salud.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Valoración. Realización de encuestas a la población y profesionales del CS Almozara (opinión y propuestas de mejora sobre la cartelera)

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: M José Bujeda, Juan Cebrian, M Carmen Carriquiri y Teresa Gracia

2. Búsqueda y organización de temas para plasmar en la nueva cartelera

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Emilia Vargas, Amaia Fernández y Marina Pola

3. Diseño de cartelera

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#770

### 1. TÍTULO

#### USO DE CARTELERÍA COMO CANAL DE COMUNICACION PARA MEJORAR LA SALUD Y LA RELACION CON LAS PERSONAS DEL BARRIO DE LA ALMOZARA

Responsable.: Emilia Vargas, Amaia Fernández, Marina Pola y Teresa Gracia

4. Retirada de cartelería obsoleta y colocación de la nueva  
Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Araceli Sánchez, Juan Cebrian, M Carmen Carriquiri

5. Evaluación  
Fecha inicio: 01/06/2023  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Araceli Sánchez, M José Bujeda, Emilia Vargas, Amaia Fernández y Marina Pola

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Las actividades tienen carácter anual y el proceso será cíclico durante al menos los dos años de duración del proyecto.  
Además de las actividades de base, también se realizarán carteles o pequeños stand temáticos para celebrar días autonómicos, nacionales o internacionales relacionados con la salud u otros temas de interés.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Uso de la cartelería como fuente de información en el CS Almozara.  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Puntuación media obtenida tras la implementación del proyecto - Puntuación media obtenida previa implementación del proyecto.  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Pregunta única Pre/Post - Comunidad ¿Utiliza la cartelería como fuente de información cuando acude al Centro de Salud?  
Escala Likert  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

2. Percepción de consultas individuales resolubles vía cartelería.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Puntuación media obtenida tras la implementación del proyecto - Puntuación media obtenida previa implementación del proyecto  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Encuesta Pre/Post - Profesionales  
Escala Likert (inversa)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

3. Concienciación y sensibilización de la población sobre los temas de salud abordados en la cartelería  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Puntuación media obtenida tras la implementación del proyecto - Puntuación media obtenida previa implementación del proyecto.  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Encuesta Pre/Post - Profesionales y Comunidad  
Escala Likert  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

4. Percepción de la utilidad de la cartelería por la población perteneciente al Centro de Salud.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Puntuación media obtenida tras la implementación del proyecto - Puntuación media obtenida previa implementación del proyecto.  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Encuesta Pre/Post - Comunidad  
Escala Likert  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#770

### 1. TÍTULO

#### USO DE CARTELERÍA COMO CANAL DE COMUNICACION PARA MEJORAR LA SALUD Y LA RELACION CON LAS PERSONAS DEL BARRIO DE LA ALMOZARA

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Los datos harán referencia a la zona básica de salud

Se realizará un mínimo de 100 encuestas a personas del barrio y 20 a profesionales de diferentes categorías. En caso de no haber saturado el discurso, se continuará realizando encuestas.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1019

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA UTILIZACION DEL MAPA EN EL CS ALMOZARA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1019 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA

Título  
IMPLANTACION DE LA UTILIZACION DEL MAPA EN EL CS ALMOZARA

Colaboradores/as:  
BUJEDA CAVERO MARIA JOSE  
MAINAR LATORRE M. PILAR  
OLIETE GARCIA M. VICTORIA  
POLA GARCIA MARINA  
RODENAS FERRANDO URSULA  
TOMELO MUÑOZ RUTH

Ubicación principal del proyecto.: CS ALMOZARA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALMOZARA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La HTA es uno de los factores cardiovasculares más importantes en nuestra sociedad, es necesario tener un diagnóstico correcto y un control óptimo de la misma. La Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial (MAPA) es una herramienta muy útil en Atención Primaria para la detección de ciertas alteraciones de interés en la presión arterial de algunas personas (HTA enmascarada, HTA de bata blanca...). El MAPA tiene una excelente correlación pronóstica, y se ha demostrado de forma consistente que el promedio de la presión arterial de 24 horas tiene una relación más estrecha con las complicaciones mórbidas y mortales que otras herramientas, por lo que es importante contar con este instrumento diagnóstico de forma complementaria a otros más accesibles como la AMPA o el control en consulta de la TA. La implementación de este proyecto se relaciona con la mejora en la eficiencia de la prestación de servicios relacionados con la HTA en nuestro centro, beneficios en los pacientes, etc.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Uso y manejo de un recurso disponible en AP para la detección de determinadas alteraciones en la presión arterial. (HTA enmascarada, HTA de bata blanca...)
- Mejora en la rapidez y precisión del diagnóstico de determinadas alteraciones en la presión arterial. (HTA enmascarada, HTA de bata blanca...)
- Mejora en el abordaje y seguimiento de las personas con determinadas alteraciones en la presión arterial. (HTA enmascarada, HTA de bata blanca...)

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Falta de formación en el manejo del MAPA.
- Falta de formación en los criterios para la indicación e interpretación del MAPA.
- Dinámicas asistenciales asociadas a la pandemia COVID (carga asistencial aumentada, realización pruebas diagnósticas nuevas, reorganización de consultas...)

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Reintroducir el MAPA como herramienta diagnóstica para el control de los factores de riesgo cardiovascular en nuestro centro de salud.
- Detectar pacientes con tipo de patrón MAPA asociado a mayor riesgo cardiovascular.
- Detectar pacientes con HTA de bata blanca.
- Detectar pacientes con HTA enmascarada.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de sesiones de difusión y sesiones formativas para el Equipo de Atención Primaria.

Fecha inicio: 29/09/2022  
Fecha final: 30/11/2023  
Responsable.: Ruth Tomeo Muñoz

2. Elaboración de un documento para pacientes con información sobre el MAPA (indicación, cuidados, manejo...)

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final: 31/10/2022  
Responsable.: Ursula Rodenas Ferrando

3. Creación de una agenda en OMI-AP para la realización del MAPA

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final: 30/09/2022  
Responsable.: Maria Pilar Mainar Latorre

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1019

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA UTILIZACION DEL MAPA EN EL CS ALMOZARA

4. Elaboración de un circuito de derivación de pacientes a la consulta de MAPA

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Maria Victoria Oliete Garcia

5. Desarrollo de la consulta:

Colocación y retirada del MAPA por parte de enfermería

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 20/12/2023

Responsable.: Maria Jose Bujeda Cavero

6. Desarrollo de la consulta:

Interpretación del resultado del MAPA por parte de medicina

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 20/12/2023

Responsable.: Ana Cristina Galvez Villanueva

7. Realización de formación continuada al Equipo de Atención Primaria

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 20/12/2023

Responsable.: Marina Pola Garcia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Nos gustaria dar continuidad a este proyecto de forma indefinida.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. MAPAS realizados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de MAPAS realizados anualmente.

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: OMI- AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

#### 2. MAPAS válidos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: MAPAS válidos

Denominador .....: MAPAS realizados

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Programa informático del MAPA

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

#### 3. Patrón MAPA asociado a mayor riesgo cardiovascular

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Patrón MAPA asociado a mayor riesgo cardiovascular

Denominador .....: MAPAS realizados

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Programa informático del MAPA

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 12.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 24.00

#### 4. Pacientes con HTA de bata blanca

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes con HTA de bata blanca

Denominador .....: MAPAS realizados

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Programa informático del MAPA

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 16.00

#### 5. Pacientes con HTA enmascarada

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1019

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA UTILIZACION DEL MAPA EN EL CS ALMOZARA

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Pacientes con HTA enmascarada  
Denominador .....: MAPAs realizados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Programa informático del MAPA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

6. Participación de los miembros del EAP en sesiones formativas  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Miembros del equipo que asisten a las sesiones  
Denominador .....: Total de miembros del EAP  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de Asistencia de sesiones  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#619

### 1. TÍTULO

#### CONTROL DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II. ESTUDIO CERCAP

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#619 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA ROY AFRICA

Título  
CONTROL DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II. ESTUDIO CERCAP

Colaboradores/as:  
BARBERAN BERNARDOS ALBA  
CASTILLO TORRES IRENE  
CELADA SUAREZ MARIA CARMEN  
HERNANDEZ BONO ANABEL SANDRA  
MARTINEZ AYALA ENRIQUE MIGUEL  
MARTINEZ MANERO ADRIANA  
SARSA GOMEZ ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS LAS FUENTES NORTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP FUENTES NORTE

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La enfermedad renal crónica (ERC) es un importante problema de salud pública por su alta prevalencia (15% de la población adulta española) y morbimortalidad asociada, especialmente cardiovascular, con el consiguiente costo (5% del gasto sanitario total). Pese a su fácil evaluación con valores analíticos a nuestro alcance y de que constituye un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) en sí misma, también sencillo de determinar, continúa estando infradiagnosticada. La Atención Primaria (AP) es un pilar fundamental no solo en la detección precoz de la ERC, sino para su manejo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Reducción del Infradiagnóstico de la ERC, fomentando su visualización mediante registro en episodio específico.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de concienciación del personal sanitario del papel de la ERC como factor de Riesgo cardiovascular independiente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### \*Objetivo principal:

Mejorar el manejo del paciente con ERC en AP reduciendo su infradiagnóstico mediante apertura de episodio específico y estadiaje correcto en historia clínica por eFGR y albuminuria.

##### \*Objetivos secundarios:

- a. Concienciar al Equipo de Atención Primaria (EAP) de la importancia de la ERC como FRCV.
- b. Conocer la situación de manejo de la ERC en nuestro centro de salud Las Fuentes Norte antes y después de la intervención formativa.
  - . Prevalencia de la ERC.
  - . Grado de registro y de estadiaje de la ERC en historia clínica.
  - . Descripción de las características epidemiológicas del paciente con ERC.
  - . Evaluación de las comorbilidades asociadas más.
  - . Descripción del RCV del paciente con ERC.
  - . Grado de evaluación del RCV del paciente con ERC en historia clínica.
  - . Adaptación del manejo del riesgo cardiovascular en ERC a las recomendaciones de guías de práctica clínica.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. a) Difusión del proyecto: Se realizarán tres reuniones del EAP (medicina y enfermería) para:

a.1. Presentación del proyecto de calidad.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Africa García Roy

2. a.2. Trasmisión de resultados de estudio CERCAP I y definición de objetivos de mejora.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Irene Castillo Torres

3. a.3. Trasmisión de resultados de estudio CERCAP II y grado de consecución de objetivos.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#619

### 1. TÍTULO

#### CONTROL DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II. ESTUDIO CERCAP

Fecha inicio: 01/09/2023

Fecha final.: 29/09/2023

Responsable.: Africa Garcia Roy

4. b) Intervención mediante Actividades Formativas: Concienciación y capacitación del Equipo de Atención Primaria (EAP) mediante sesiones clínicas

b.1. Sesión 1: Evaluación, estadiaje y manejo de la ERC

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Irene Castillo Torres

5. b.2. Sesión 2: RCV y su manejo en el paciente con ERC.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Alba Barberan Bernardos

6. c) Evaluación de situación de manejo de la ERC en el CS las Fuentes Norte

c.1. Situación de manejo antes de la intervención: Estudio CERCAP I

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Adriana Martinez Manero

7. c.2. Situación de manejo despues de la intervención: Estudio CERCAP II

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Anabel Hernandez Bono

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Estudio CERCAP I: Evaluación de la situación de manejo de la ERC en el CS las Fuentes Norte.

\*Tipo de estudio:

Estudio observacional retrospectivo, con datos de base administrativa y de auditoría de la historia clínica realizada por el equipo docente del propio Centro de Salud sobre la población adulta de más de 18 años entre septiembre de 2022 a julio de 2022.

\* Población:

De la corte total de usuarios activos de > del18 años se hará una primera selección automatizada de pacientes con estimado de filtrado glomerular por CKD-EPI = 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> confirmado en control analítico de 12 meses previos, dato incluido como DGP.

Según el número de muestra obtenida se decidirá si es necesario establecer un número representativo seleccionado aleatoriamente.

\* Fuentes de información y variables: Para la obtención de datos:

La variable principal (ERC) se definirá por la confirmación de la alteración analítica. Se considerará como diagnóstico establecido la existencia de episodio abierto mediante codificación internacional en atención primaria (CIAP U99)

Las características epidemiológicas (edad y sexo) de OMI-AP.

Los FRCV y comorbilidades se definirán por la existencia de episodio abierto en OMI-AP mediante codificación internacional en atención primaria (CIAP). Dada la diversidad de nomenclaturas y de registro en el sistema informático para el mismo diagnóstico, se

consensuaron entre los participantes los episodios incluidos. Se considerarán, Tabaquismo. (CIAP T17), Obesidad

por IMC > 30. (CIAP T82), HTA (CIAP K 86, K 87), DM (CIAP T 90), Dislipemia. (CIAP T93)

y Enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida (SCA previo (IAM (CIAP K75, K76), Angina inestable o estable (CIAP K74), ACV (CIAP K90/AIT (CIAP K 89), Enfermedad arterial periférica (EAP), (CIAP K76) eInsuficiencia cardíaca. (CIAP K77))

Para el estadiaje de la ERC y evaluación de riesgo se seguirá el "Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica", distinguiendo Categorías de filtrado glomerular (G1, G2, G3a, G3d, G4 y G5) y categorías por albuminuria persistente (A1-A2 y A3).

Los tratamientos utilizados se obtendrá de RE y su adecuación se basará en las recomendaciones de las sociedades científicas, incluidas en guías y documentos de consenso "Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias: modificación de los lípidos para reducir el riesgo

cardiovascular" y "Recomendaciones para mejorar el control lipídico. Documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología" y "Recomendaciones para mejorar el control lipídico en pacientes en prevención primaria. Documento de consenso de la Sociedad

de consenso de la Sociedad

Española de Cardiología".

El lugar de prescripción, y control, así como frecuencia de controles analíticos se obtendrá de OMI-AP e HCE.

\* Para el análisis de resultados se empleará el paquete estadístico SPSS versión 27.0

- Estudio CERCAP II: Evaluación de los resultados sobre el manejo de la ERC tras 6 meses de la intervención formativa.

\* Repetición de la metodología de estudio previo para ver la repercusión en los Indicadores de calidad.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#619

### 1. TÍTULO

#### CONTROL DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA II. ESTUDIO CERCAP

##### 1. Asistencia a reuniones de EAP

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº de asistentes del EAP  
Denominador .....: Total de componentes de EAP  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Lista de asistencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Asistencia a sesiones clinicas

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: nº de asistentes del EAP  
Denominador .....: Total de componentes de EAP  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Lista de asistencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10075.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Prevalencia de ERC en poblacion adulta

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº de pacientes > de 18 años con eFG por CKD-EPI = 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> confirmado en control analítico de 12 meses previos  
Denominador .....: nº de pacientes > de 18 años atendidos en el CS  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Listado pacientes por médico con criterio de inclusión facilitado por el Sector II  
Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

##### 4. Infradiagnostico de ERC en AP

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº de pacientes con eFG por CKD-EPI = 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> confirmado en control analítico de 12 meses previos  
- nº de pacientes con episodio abierto de ERC en historia clínica  
Denominador .....: nº de pacientes con eFG por CKD-EPI = 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> confirmado en control analítico de 12 meses previos  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Listado pacientes por médico con criterio de inclusión facilitado por el Sector I5  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#650

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFÍA EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE DURANTE LOS AÑOS 2022-2023

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#650 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ MANERO ADRIANA

Título  
IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFÍA EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE DURANTE LOS AÑOS 2022-2023

Colaboradores/as:  
AISA PASCUAL ANTONIO  
BARBERAN BERNARDOS ALBA  
BERNAD HERNANDO SONIA  
LOPEZ DIEGO CELIA  
SANCHEZ CALAVERA MARIA ANTONIA  
SANZ MARTINEZ DIANA  
VILLOTA BELLO ALBERTO ISAAC

Ubicación principal del proyecto.: CS LAS FUENTES NORTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP FUENTES NORTE

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se puede considerar hoy en día la ecografía como parte de la exploración clínica de los pacientes en medicina. Esta exploración ya se está realizando en AP al igual que en otras especialidades. Es una técnica segura, rápida y de bajo coste. En manos de profesionales formados, entrenados y motivados es una herramienta muy útil que mejora el juicio clínico de los facultativos. Poner en marcha esta consulta monográfica en nuestro centro, mejorará nuestra práctica clínica en beneficio de nuestros pacientes.

Por todo esto, y dado que somos un centro docente, los profesionales del equipo, sentimos la necesidad que se dote al centro de un ecógrafo, actualizar a los profesionales que ya tiene conocimientos, formar a los profesionales que lo deseen y poner en marcha una consulta monográfica.

Somos conscientes de que los especialistas en Radiodiagnóstico son nuestros profesionales de referencia para la derivación y solicitud de pruebas de diagnóstico de nuestros pacientes y que en ningún caso sustituimos su trabajo. La ecografía en nuestras manos complementa su labor siendo parte de la exploración clínica en un contexto clínico concreto ante los problemas de nuestros pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

. Mejorar la capacidad resolutive de nuestras consultas.

. Mejorar la accesibilidad de los pacientes a las pruebas complementarias para orientar mejor los diagnósticos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

. Recursos técnicos limitados en el equipo de atención primaria.

. Listas de espera para realizar pruebas complementarias.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

. Que el centro de salud sea dotado de un ecógrafo con sonda cóncav y sonda lineal.

. Poner en marcha una consulta monográfica de ecografía en Atención Primaria para mejorar la accesibilidad a la ecografía en Atención Primaria mejorando la capacidad resolutive de nuestras consultas.

. Formar a algunos profesionales en ecografía en AP, los profesionales que ya tienen formación amplíen sus conocimientos y poder llevar a la práctica estos conocimientos.

. Realizar la formación de los médicos residentes de medicina de familia en esta técnica.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Crear un equipo de trabajo y seleccionar a dos médicos referentes del equipo para desarrollar la consulta monográfica.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Adriana Martínez

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#650

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFÍA EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE DURANTE LOS AÑOS 2022-2023

2. Crear una agenda específica monográfica de ecografía.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Alberto Villota

3. Se realizarán dos sesiones clínicas (al equipo de atención primaria y al consejo de salud) para informar del contenido de este proyecto de mejora, cómo y cuándo se va a realizar.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Alba Barberán

4. Se realizarán sesiones clínicas formativas en la utilización del aparato y las técnicas de ecografía para el resto del equipo de facultativos y para los residentes de medicina.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: Adriana Martínez

5. Se pondrá en marcha la consulta monográfica de ecografía clínica con periodicidad semanal.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Diana Sanz

6. Valoración de la satisfacción del paciente.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: María Antonia Sánchez

7. Evaluación de la actividad realizada en la consulta.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 01/12/2023

Responsable.: Adriana Martínez

8. Realización de una sesión informativa al equipo de atención primaria con los resultados obtenidos.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Celia López

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Sesiones formativas impartidas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de sesiones realizadas

Denominador .....: Número de sesiones planificadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de sesiones realizadas en el centro de salud.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Ecografías realizadas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de ecografías realizadas

Denominador .....: Número de ecografías derivadas a la consulta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de la agenda monográfica en OMI-AP.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Satisfacción de los pacientes

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con índice de satisfacción 4-5

Denominador .....: Número de pacientes con índice de satisfacción 1-5

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta analógico-visual.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#650

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFÍA EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE DURANTE LOS AÑOS 2022-2023

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#653

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE INFILTRACIONES EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE DURANTE LOS AÑOS 2022 Y 2023

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#653 \*\* Atención a tiempo: interconsulta \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MARTINEZ AYALA ENRIQUE MIGUEL

Título  
IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE INFILTRACIONES EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE DURANTE LOS AÑOS 2022 Y 2023

Colaboradores/as:  
AISA PASCUAL ANTONIO  
BERNAD HERNANDO SONIA  
CASTILLO TORRES IRENE  
CELADA SUAREZ MARIA CARMEN  
HERNANDEZ BONO ANABEL SANDRA  
VILLOTA BELLO ALBERTO ISAAC

Ubicación principal del proyecto.: CS LAS FUENTES NORTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP FUENTES NORTE

Línea estratégica: Atención a tiempo: interconsulta

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La creciente consulta por patología cronicada del aparato locomotor y rebelde a tratamiento analgésico y antiinflamatorio por vía oral en Atención Primaria exige desarrollar una alternativa terapéutica con mayor accesibilidad y eficiencia.  
Esto conlleva un aumento de las derivaciones a consulta especializada de unidad musculoesquelética , con el consiguiente aumento de las listas de espera.  
Con la realización de infiltraciones en Atención Primaria conseguimos mejorar ambos problemas

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la salud de la población  
Reducir el uso de medicación oral crónica con sus consecuentes efectos adversos  
Disminuir la incapacidad funcional de los pacientes  
Disminuir las interconsultas a Unidad Musculoesquelética (UME)

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Población cada vez más envejecida con dolores crónicos por diversas patologías osteoarticulares  
Excesiva toma de farmacos para paliar dichas patologías  
Limitación funcional

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal :  
implementación de una consulta monografica de infiltración en el centro de salud Las Fuentes Norte  
Objetivos secundarios:  
Mejorar la formación y capacitación de los profesionales médicos en el centro de salud Las Fuentes Norte en la técnica de infiltración  
Facilitar la accesibilidad por parte del paciente al recurso sanitario tanto en forma (contacto directo con su médico de familia de referencia) como ubicación, sin necesidad de desplazarse fuera de su entorno habitual.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de un equipo de trabajo  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Enrique Martínez Ayala

2. Diseño de indicadores y documentación de registro  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Alberto Villota Bello

3. Elaboración de una encuesta de satisfacción y facilitación de un consentimiento informado .  
Creación de una agenda específica  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Antonio Aisa Pascual

4. Presentación del proyecto al resto del equipo de atención primaria  
Fecha inicio: 15/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#653

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE INFILTRACIONES EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE DURANTE LOS AÑOS 2022 Y 2023

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: Enrique Martínez Ayala

5. Realización de sesiones clínicas de formación

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Irene Castillo Torres

6. Definir la ubicación de la consulta monográfica

Inicio de la consulta monográfica de infiltración quincenal

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Enrique Martínez Ayala

7. Seguimiento y análisis de los datos

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Sonia Bernad Hernando

8. Sesión informativa al equipo de atención primaria con los resultados del proyecto

Fecha inicio: 01/12/2023

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Anabel Hernandez Bono

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Asistencia a sesiones clínicas impartidas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de médicos de familia y residentes que asisten a la formación

Denominador .....: Número de médicos de familia y residentes del centro de salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: lista de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Infiltraciones realizadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de infiltraciones realizadas

Denominador .....: número de pacientes derivados a la consulta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: agenda específica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Tiempo en realizar infiltraciones

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: infiltraciones realizadas en menos de 15 días tras la derivación a la consulta

Denominador .....: número de pacientes infiltrados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: agenda específica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

4. Mejoría clínica

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: número de pacientes que refieren mejoría clínica tras la infiltración

Denominador .....: número de pacientes infiltrados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#653

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE INFILTRACIONES EN EL CENTRO DE SALUD LAS FUENTES NORTE DURANTE LOS AÑOS 2022 Y 2023

##### 5. Satisfacción del paciente

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de pacientes con grado de satisfacción 4-5 en una escala de 1 a 5

Denominador .....: numero de pacientes con encuestas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#700

### 1. TÍTULO

#### ACTÍVATE EN LA EPOC

Fecha de entrada: 19/07/2022

Nº de registro: 2022#700 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CILLERUELO ENCISO SILVIA

Título  
ACTÍVATE EN LA EPOC

Colaboradores/as:  
CANTIN BARRERA RAQUEL  
EMBED SAEZ GUILLERMO  
FERNANDEZ ALVAREZ ALVARO  
GARCIA MUÑO RUBEN  
GARCIA ROY AFRICA  
MARTES LOPEZ CARMEN  
SARSA GOMEZ ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS LAS FUENTES NORTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP FUENTES NORTE

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La EPOC representa una de las causas más importantes de morbimortalidad en los países occidentales, siendo actualmente la quinta causa en años de vida con discapacidad y la tercera causa de muerte. De hecho, cada año provoca en tondo a tres millones de muertes y se cree que para el año 2060 alcance los 5,4 millones de muertes. Esta esta prevalencia, lejos de disminuir, sigue aumentando: en comparativa con los dos estudios epidemiológicos más importantes realizados en España. Además, se estima que el infradiagnóstico de la EPOC está en un 80%, por lo que la prevalencia real de esta enfermedad podría ser mucho mayor. Asimismo, presenta una escasa adherencia al tratamiento con un cumplimiento que oscila entre el 29 y el 56%, lo que provoca un incremento de las exacerbaciones, del número de hospitalizaciones y de la mortalidad, lo que se traduce un aumento de los costes económicos, sanitarios y sociales. Es en este contexto donde la Educación para la Salud (EPS) cobra una relevancia extraordinaria, al tratarse de una herramienta vital y eficiente en la atención integral de los problemas de salud de la población, desde Atención Primaria. La Organización Mundial de la Salud la define como "una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud". Siguiendo el enfoque salutogénico, la participación de la persona en el cuidado de su salud lleva implícito el aprendizaje, de ahí que se hable de educar y no de informar, es decir, la finalidad del programa educativo no es que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por el profesional sanitario, sino que sean más conscientes de su realidad y del entorno que les rodea, ampliando sus conocimientos, valores y habilidades que les permitan desarrollar las capacidades adecuadas para la toma de decisiones informadas y autónomas para mejorar su salud y autocuidado. La educación terapéutica representa actualmente una práctica indisociable en el seguimiento y manejo del paciente con patología crónica. El paciente EPOC, como prototipo de este paciente crónico con pluripatología y comorbilidad asociada, es vulnerable, frágil, requiere múltiples cuidados y consume una elevada cantidad de recursos sociosanitarios, por lo que el abordaje multidisciplinar y holístico entre los distintos niveles asistenciales sea un elemento transversal en la asistencia del paciente con EPOC. Se propone una intervención educativa en grupo dirigida a pacientes con EPOC para favorecer el intercambio de experiencias entre los participantes y mejorar sus capacidades y habilidades ante la enfermedad, con el fin de mejorar su calidad de vida. La captación de pacientes se realizará por los profesionales sanitarios desde las consultas de Enfermería y Medicina de Atención Primaria y a través de posters colocados en Centro de Salud Fuentes Norte, Fundación El Tranvía y en el Centro Cívico Salvador Allende, en el que los interesados podrán enviar un correo electrónico a nuestro grupo para poder participar en las sesiones. Se incluirán en el estudio un máximo de 68 pacientes, en 5 grupos de igual tamaño. Los grupos estarán compuestos por 13-14 personas. La población diana son todos aquellos pacientes adultos que presenten diagnóstico de EPOC (CIAP R95).

ÁREAS DE MEJORA  
Autocuidado

ANÁLISIS DE CAUSAS  
falta de información de la enfermedad.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Aumentar la capacidad y la actitud hacia el autocuidado de los pacientes EPOC.  
Mejorar la adherencia al tratamiento.  
Conseguir el manejo adecuado de la terapia inhalada.  
Fomentar estilos de vida saludable.  
Conseguir el abandono del tabaquismo.  
Fomentar la vacunación.  
Conocer la prevención/reconocimiento precoz de las exacerbaciones.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#700

### 1. TÍTULO

#### ACTÍVATE EN LA EPOC

Control adecuado de los dispositivos de oxigenoterapia/otras terapias.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión 1: Introducción a la EPOC: Conceptos clave.

Fecha inicio: 04/10/2022

Fecha final: 04/10/2022

Responsable.: Rubén Garcia Muñio

2. Sesión 2: Vacunación y Deshabitación tabáquica

Fecha inicio: 06/10/2022

Fecha final: 06/10/2022

Responsable.: Ana Sarsa

3. Sesión 3: Estilos de vida saludables. Alimentación. Actividad física y tos eficaz

Fecha inicio: 11/10/2022

Fecha final: 11/10/2022

Responsable.: Silvia Cilleruelo Enciso

4. Sesión 4: Calidad de vida en la EPOC e identificación de activos para la salud.

Fecha inicio: 18/10/2022

Fecha final: 18/10/2022

Responsable.: Guillermo Embid

5. Sesión 5: Manejo adecuado de Inhaladores. Adherencia al tratamiento. Oxigenoterapia

Fecha inicio: 20/10/2022

Fecha final: 20/10/2022

Responsable.: Carmen Martes

6. Sesión de Mantenimiento: Refuerzo de conceptos más relevantes. Cómo alcanzar el autocuidado. Dudas y temas propuestos por los asistentes.

Fecha inicio: 13/04/2023

Fecha final: 13/04/2023

Responsable.: Raquel Cantin

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

A modo de ejemplo, ponemos el ciclo de sesiones de un grupo. Pero como hay en total 5 grupos, repetiremos las sesiones en diferentes fechas. En total, empezaremos el 4 de octubre y finalizaremos el 10 de noviembre.

En la sesión de mantenimiento, aprovecharemos los seis meses transcurridos para hacer una valoración de los conocimientos adquiridos y de las variables a estudio con un cuestionario en el que incluirá el EPOC-Q y el CAT.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de asistencia a las sesiones

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº sesiones a las que acude cada paciente

Denominador .....: nº total de sesiones

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: lista de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. grado de satisfacción de los contenidos teóricos y prácticos de la intervención educativa

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de respuestas "excelentes" o "muy adecuado"

Denominador .....: nº total respuestas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción (de elaboración propia)

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % pacientes que hayan dejado su hábito tabáquico tras la educación grupal

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº pacientes con hábito tabáquico entre los asistentes antes de empezar las sesiones

Denominador .....: nº pacientes totales que asisten a la educación grupal

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#700

### 1. TÍTULO

#### ACTÍVATE EN LA EPOC

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

4. grado de calidad de vida percibida por los pacientes tras la intervención educativa

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador ..: n° respuestas con puntuaciones de "muy alto" o "alto impacto"  
Denominador ..: n° respuestas totales  
x(1-100-1000) ..: 100  
Fuentes de datos.: CAT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

5. % pacientes con reagudizaciones al año entre los asistentes a la educación grupal

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador ..: n° pacientes con 0 reagudizaciones entre los asistentes  
Denominador ..: n° total de pacientes que asisten  
x(1-100-1000) ..: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. % de respuestas correctas en el cuestionario de conocimientos de EPOC

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador ..: n° total de respuestas correctas  
Denominador ..: n° total de respuestas  
x(1-100-1000) ..: 100  
Fuentes de datos.: EPOC-Q  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. % pacientes con PCE-LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS no registrado tras los talleres

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador ..: n° pacientes con PCE-LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS no registrado  
Denominador ..: n° total de pacientes  
x(1-100-1000) ..: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

8. % pacientes con PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN tras los talleres

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador ..: n° pacientes con PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN realizado  
Denominador ..: n° total de pacientes  
x(1-100-1000) ..: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1308

### 1. TÍTULO

#### INCREMENTAR HABILIDADES EN AUXILIARES SOCIO SANITARIOS A FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

Fecha de entrada: 21/09/2022

Nº de registro: 2022#1308 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CHUECA RODRIGUEZ CARMEN

Título  
INCREMENTAR HABILIDADES EN AUXILIARES SOCIO SANITARIOS A FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

Colaboradores/as:  
ANDRES AGORRETA PATRICIA  
BAUTISTA BAUTISTA RAMONA  
CASTILLERO CANTERIA MARIA ROSA  
LAZARO GIMENO MARINA  
LEDESMA REDRADO ANA MARIA  
MARTINEZ IBAÑEZ ANA  
MARTINEZ REQUELME DESIREE

Ubicación principal del proyecto.: CS MADRE VEDRUNA MIRAFLORES

Servicio/Unidad principal .....: EAP MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

Línea estratégica: --Otras--

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
El programa de asistencia a pacientes en centros residenciales en una prioridad actual del Salud. El EAP consituye uno de los pilares fundamentales para este progrma

ÁREAS DE MEJORA  
Intervención sobre los cuidados y manejo de los residentes por parte de auxiliares sociosanitarios con el fin de mejorar su confort y atención profesional.

ANALISIS DE CAUSAS  
Detección realizada durante los años de pandemia de algunas carencias que podrían ser subsanadas mediante una intervención más activa por parte de los profesionales del EAP

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Formación de los trabajadores de residencias  
Mejora en movilización y cuidados preventivos de patologías detectadas en este tipo de centros  
Adecuación de la dieta administrada a las necesidades y particularidades de los residentes

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Contacto y aprobación por escrito de dicha intervención con las direcciones de las residencias

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 09/09/2022

Responsable.: Personal de enfermería

2. Elaboración de la formación a impartir por parte de los profesionales del EAP

Fecha inicio: 08/08/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Todo el equipo

3. Talleres y charlas a los trabajadores de las residencias sobre los puntos indicados

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Todo el equipo

4. Evaluación de resultados

Fecha inicio: 01/12/2023

Fecha final.: 01/01/2024

Responsable.: Carmen Chueca

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1308

### 1. TÍTULO

#### INCREMENTAR HABILIDADES EN AUXILIARES SOCIO SANITARIOS A FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

##### 1. Formación

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de auxiliares socio sanitarias formadas  
Denominador .....: Número total de auxiliares socio sanitarias

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de firmas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 2. Número de residencias en las que se realiza el proyecto

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de residencias en las que se realiza el proyecto  
Denominador .....: Número de residencias en la zona básica de salud

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Actas reunión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Satisfacción (1-5)

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número total de encuestas realizadas con una valoración igual o mayor a 4  
Denominador .....: Número total de encuestas realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Paciente anciano institucionalizado

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1309

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S. MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

Fecha de entrada: 21/09/2022

Nº de registro: 2022#1309 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NADAL CARRILERO SONIA CRISTINA

Título  
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S. MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

Colaboradores/as:  
ANDRES AGORRETA PATRICIA  
CASTILLERO CANTERIA MARIA ROSA  
LAZARO GIMENO MARINA  
LEDESMA REDRADO ANA MARIA  
MARTINEZ IBAÑEZ ANA  
MARTINEZ REQUELME DESIREE

Ubicación principal del proyecto.: CS MADRE VEDRUNA MIRAFLORES

Servicio/Unidad principal .....: EAP MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

Línea estratégica: Diabetes

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
La estrategia de diabetes es una de las prioritarias del Salud.

ÁREAS DE MEJORA  
En nuestro EAP detectamos en el cuadro de mando de AG y de DM una bajo registro de la estrategia de Diabetes:  
La determinación de microalbuminuria solo alcanza un 37,36% en diciembre 2021.  
En el caso de la revisión de HbA1C, el resultado a diciembre de 2021 es de 32,1%.  
La evaluación del riesgo del pie diabético no llega al 7,98% de los pacientes en diciembre de 2022.

ANALISIS DE CAUSAS  
La baja determinación de microalbuminuria y de HbA1C puede ser debido a la solicitud de analítica fuera del protocolo de DM o solicitud por otros motivos distintos de DM sin solicitar ambos parámetros.  
El bajo resultado en el indicador de la evaluación del riesgo del pie diabético puede ser debido a un número menor de visita presenciales en los años anteriores debido a la pandemia y también a un registro incompleto en OMI en la exploración del pie diabético.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
1. Formación sobre el plan personal de diabetes, pie diabético y su registro en OMI  
2. Incrementar la determinación de microalbuminuria.  
3. Incrementar la valoración del riesgo del pie diabético

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Asistencia de los profesionales del centro de salud a la sesión informativa facilitada desde la Dirección de Atención Primaria  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: to do el equipo
2. Facilitar Formación en registro de planes personales al personal de nueva incorporación en el centro de salud.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/11/2023  
Responsable.: Sonia Nadal
3. Formación en pie diabético por el personal de enfermería y su registro  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/07/2023  
Responsable.: Sonia Nadal

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Formación  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Números de profesionales de medicina de familia y enfermería que realizan la

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1309

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S. MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES

##### formación

Denominador .....: Número de profesionales de medicina de familia y enfermería en el EAP  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de firmas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 2. Revisión microalbuminuria

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Existencia de prueba válida de microalbuminuria en el periodo indicado  
Denominador .....: Pacientes diabéticos de edad mayor o igual a 15 años en la fecha del estudio, diagnosticados antes de los 12 últimos meses  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de mando  
Est.Mín.1ª Mem ..: 43.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

##### 3. Diabetes - Pie de riesgo

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con valoración del pie diabético de riesgo (DGP 'V\_RIESGP') en el periodo de evaluación  
Denominador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con valoración del pie diabético de riesgo (DGP 'V\_RIESGP') en el periodo de evaluación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de mando  
Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

##### 4. Diabetes revisión HbA1C

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes incluidos en el denominador con al menos una prueba válida en DGP "EHGBA1C" desde 6 meses antes del periodo de evaluación  
Denominador .....: Pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de mando  
Est.Mín.1ª Mem ..: 35.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 55.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#490

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE CONSULTA MONOGRAFICA DE CIRUGÍA MENOR EN CENTRO DE SALUD URBANO

Fecha de entrada: 06/07/2022

Nº de registro: 2022#490 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NAVARRO AZNAREZ MARIA GLORIA

Título  
CREACION DE CONSULTA MONOGRAFICA DE CIRUGÍA MENOR EN CENTRO DE SALUD URBANO

Colaboradores/as:  
BALONGO GUTIERREZ ALEJANDRO  
BRUSCAS ALIJARDE M. JOSE  
CACERES CALLEJA OLGA  
DIAZ ROYO ROSALIA  
GALINO SERRANO LAURA  
GARCIA RUIZ MARIA TERESA  
SIMON FELIUS ALICIA

Ubicación principal del proyecto.: CS REBOLERIA

Servicio/Unidad principal .....: EAP REBOLERIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Cirugía Menor (CM) consta de un conjunto de técnicas quirúrgicas de corta duración aplicadas sobre estructuras superficiales. Son de bajo riesgo, con mínimas complicaciones, y se realizan bajo anestesia local. La CM es una herramienta útil para el médico o médica de familia, que aporta calidad a la práctica asistencial del día a día. Además como centro docente, y siendo que es una de las competencias específicas en la formación del residente de familia para el manejo de las lesiones dermatológicas, consideramos oportuno la creación de esta actividad en el centro que también fomentará la motivación del equipo de cara a aumentar la capacidad resolutive personal siendo una actividad diferente a la rutina diaria.

Igualmente, disponer de CM en un centro de salud urbano mejora la accesibilidad de los pacientes a los servicios sanitarios disminuyendo el tiempo de espera y derivación a la atención de segundo nivel.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora de la práctica clínica

#### ANALISIS DE CAUSAS

Mejorar la accesibilidad de los pacientes  
Disminuir el tiempo de espera  
Disminuir derivación a Atención Especializada

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Creación de una consulta monográfica de cirugía menor con protocolos y organización consensuados con el equipo.  
- Mejorar las habilidades técnicas del personal del Equipo mediante la formación oportuna.  
- Optimizar la gestión del espacio de la consulta dedicada a esta actividad, así como el tiempo invertido en la misma y los recursos materiales (material quirúrgico, bisturí eléctrico, ordenador...).

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Realización de sesiones clínicas formativas en cirugía menor (CM) para los profesionales implicados con registro de acta las mismas.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: VARIOS INTEGRANTES DEL EQUIPO. POR DETERMINAR

2. - Creación de agenda monográfica en OMI para citación de esta actividad.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 20/09/2022

Responsable.: RESPONSABLE DEL SERVICIO ADMISION. M<sup>a</sup> TERESA TORRES

3. - Establecer una organización de funcionamiento de la actividad.

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final.: 10/10/2022

Responsable.: INTEGRANTES DEL EQUIPO

4. - Presentación al EAP del Proyecto de mejora e información del circuito establecido

Fecha inicio: 12/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#490

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE CONSULTA MONOGRAFICA DE CIRUGÍA MENOR EN CENTRO DE SALUD URBANO

Fecha final.: 12/10/2022

Responsable.: GLORIA NAVARRO AZNÁREZ

5. - Elaborar Excel de registro de la consulta de CM

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: RESIDENTES CUARTO AÑO

6. - Recopilación de las hojas de consentimiento informado, hoja de información a los pacientes

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: DUES INTEGRANTES DEL EQUIPO

7. - Creación inventario de necesidades para la consulta de CM

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 20/09/2022

Responsable.: DUES INTEGRANTES DEL EQUIPO

8. - Creación de la encuesta de satisfacción al paciente

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: DRA M. JOSÉ BRUSCAS ALIJARDE

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. - Porcentaje de participación en las sesiones clínicas formativas (Nº participantes/ Nº facultativos)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales participantes en las sesiones clínicas formativas

Denominador .....: Número total de profesionales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Actas de sesiones

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. - Porcentaje de existencia de consentimiento informado previo a la intervención

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de consentimientos informados existentes previos a la intervención

Denominador .....: Número total de pacientes intervenidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Protocolo cirugía menor de OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. - Porcentaje de profesionales que cumplimentan la plantilla de protocolo de cirugía menor OMI

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de profesionales que cumplimentan la plantilla de protocolo de cirugía menor OMI

Denominador .....: Número total de pacientes intervenidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Protocolo cirugía menor de OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. - Porcentaje concordancia de diagnóstico prequirúrgico con el anatomopatológico en las piezas enviadas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Diagnóstico prequirúrgico de la lesión intervenida

Denominador .....: Diagnóstico anatomopatológico de las piezas enviadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: - Protocolo cirugía menor de OMI e informe anatomopatológico en HCE

- Excel

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#490

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE CONSULTA MONOGRAFICA DE CIRUGÍA MENOR EN CENTRO DE SALUD URBANO

5. - Porcentaje de complicaciones postquirúrgicas (incluidas infiltraciones)

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de complicaciones postquirúrgicas  
Denominador .....: Número total de intervenciones realizadas  
 $x(1-100-1000)$  ...: 100  
Fuentes de datos.: - Excel  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

6. - Encuesta de satisfacción del paciente con la actividad

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de encuestas contestadas con buena satisfacción  
Denominador .....: Número total de encuestas realizadas  
 $x(1-100-1000)$  ...: 100  
Fuentes de datos.: - Excel  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#671

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE LAS NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL CENTRO DE SALUD REBOLERÍA

Fecha de entrada: 16/07/2022

Nº de registro: 2022#671 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CEBRIAN FERNANDEZ ANA

Título  
INTERVENCION SOBRE LAS NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL CENTRO DE SALUD REBOLERÍA

Colaboradores/as:  
ARIZON DEZA PILAR  
CABEZA GEREZ ANA CARMEN  
CUARTERO CONEJERO ESTHER  
ESTEBAN LEZCANO ANDER  
MURILLO MEDEL CARMEN  
NOGUERA PEREZ CRISTINA  
TORRES GARCIA MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CS REBOLERIA

Servicio/Unidad principal .....: EAP REBOLERIA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El control óptimo de la Diabetes así como de los factores de riesgo cardiovascular asociados (hipertensión, control LDL, tabaquismo), se han mostrado efectivos para reducir la morbilidad y la mortalidad por esta causa. Si conseguimos un buen control metabólico de las personas con diabetes, mejoraremos su calidad de vida. Al mismo tiempo, si incidimos en una mejora metabólica con una mejor educación en diabetes incidiendo en la dieta y en el ejercicio así como en los factores de riesgo cardiovascular, mejoraremos la evolución de la enfermedad y el diagnóstico de las complicaciones, y podremos tratar estas complicaciones de manera precoz.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora del control de la diabetes con la determinación de determinados valores recogidos en el perfil de diabetes así como control de riesgo cardiovascular.  
Evaluación del pie diabético  
Educación del paciente diabético

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La baja determinación de los valores analíticos o de algunas pruebas en el diabético, es debido a la infrutilización de los planes personales.  
La falta de educación en medidas higiénico-dietéticas en el diabético, así como la no realización de un "Plan de Atención Individualizada" o evaluación de pie de riesgo, retinografía o riesgo cardiovascular, podría ser debido a un menor número de visitas presenciales en los últimos dos años.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Formación del personal sanitario en el abordaje de la diabetes en todas sus etapas para poder realizar para el diabético un "Plan de Atención Individualizada" (PAI).  
Conocer cuál es el nivel de conocimiento de los diabéticos de su enfermedad, tanto a nivel terapéutico como en las medidas higiénico-dietéticas. Realizar una promoción de hábitos de vida saludables y de una prevención secundaria. Realizar una educación diabetológica completa.  
Incrementar la determinación de microalbuminuria, Hb1AC, LDL-C, filtrado glomerular y creatinina en analíticas.  
Fomentar la petición a través de planes personales y perfil de diabetes.  
Control de Tensión Arterial (TA), Índice de Masa Corporal (IMC) y control del riesgo cardiovascular  
Realización de procedimientos necesarios para prevención de complicaciones como revisión del pie de riesgo, derivar para estudio de fondo de ojo mediante la realización de retinografía, ECG para controlar el riesgo cardiovascular. De esta manera queremos realizar una prevención secundaria para evitar la aparición de complicaciones.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Asistencia de los profesionales del centro de salud a la sesión informativa facilitada desde la Dirección de Atención Primaria  
Fecha inicio: 12/09/2022  
Fecha final.: 14/10/2022  
Responsable.: Maite García  
Ana Cebrián

2. Formación y recuerdo a los distintos profesionales sanitarios del registro en planes personales, solicitando analíticas a través del plan personal, del perfil diabético.  
Fecha inicio: 12/09/2022  
Fecha final.: 14/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#671

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE LAS NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL CENTRO DE SALUD REBOLERÍA

Responsable.: Cristina Noguera  
Ana Carmen Cabeza

3. Formación en pie diabético índice tobillo-brazo. Control mediante Doppler, y realizar las exploraciones a nivel sensibilidad táctil, vibratoria y térmica, así como de los reflejos osteotendinosos  
Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Esther Cuartero  
Ander Esteban

4. Recuerdo de la realización de ECG, junto control de TA, dislipemia, tabaquismo, IMC , y cálculo del riesgo cardiovascular.  
Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Pilar Arizón Deza

5. Insistir en derivar para estudio fondo de ojo  
Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Carmen Murillo Medel

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Formación en diabetes  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: número de profesionales que participen en las sesiones clínicas  
Denominador .....: número de profesionales sanitarios del centro  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: hojas de firmas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

2. Educación terapéutica individual del diabético  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: número de pacientes que reciban educación diabetológica  
Denominador .....: pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP, cuadro de mandos de DM  
Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

3. Plan de Atención Individualizada  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: número de pacientes a los que se les realiza PAI (Plan de Atención Individualizada)  
Denominador .....: pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

4. Diabéticos con revisión semestral de HbA1C  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: pacientes diabéticos con al menos una prueba válida en DGP HBA1C desde 6 meses antes del periodo de evaluación.  
Denominador .....: pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP, cuadro de mandos de AG  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#671

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE LAS NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL CENTRO DE SALUD REBOLERÍA

Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

##### 5. Diabéticos con revisión anual microalbuminuria

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: pacientes diabéticos diagnosticados antes de los últimos 12 meses con revisión de microalbuminuria en el último año.

Denominador .....: pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP, cuadro de mandos de DM

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

##### 6. Determinación perfil lipídico, creatinina y filtrado glomerular anual en diabéticos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: pacientes diabéticos diagnosticados antes de los últimos 12 meses con revisión del perfil lipídico y renal

Denominador .....: pacientes diabéticos diagnosticados antes de los últimos 12 meses x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP cuadro de mandos de DM

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

##### 7. Diabéticos con control de TA, IMC y riesgo cardiovascular semestral. Realización ECG bianual

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: pacientes diabéticos diagnosticados antes de los últimos 12 meses con al menos una toma de TA, y control IMC y riesgo cardiovascular, y con ECG

Denominador .....: pacientes diabéticos diagnosticados antes de los últimos 12 meses x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP, cuadro de mandos de DM

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

##### 8. Evaluación pie de riesgo en diabéticos y del fondo de ojo bianual

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes diabéticos con evaluación del pie de riesgo en los últimos 12 meses y con retinografía en los últimos dos años

Denominador .....: pacientes diabéticos diagnosticados antes de los últimos 12 meses x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: cuadro de mandos de AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 45.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#713

### 1. TÍTULO

#### APOYO AL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESION CON LA RECOMENDACION DE ACTIVOS DE AFDA

Fecha de entrada: 20/07/2022

Nº de registro: 2022#713 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BRUN SOTERAS M. CARMEN

Título  
APOYO AL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESION CON LA RECOMENDACION DE ACTIVOS DE AFDA

Colaboradores/as:  
ANDRES ESTELLA ANA-ISABEL  
FALCON ALDEA PAOLA  
MALLADA VIANA MARIA PILAR  
ZABALA GARCIA ANA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: CS REBOLERIA

Servicio/Unidad principal .....: EAP REBOLERIA

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dada la situación de crisis sanitaria social y económica actual, se ha observado en nuestras consultas un aumento de la demanda directa por malestar emocional, así como por quejas somáticas que profundizando en la anamnesis se pueden relacionar con cuadros de ansiedad-depresión. Ya que entre los activos para la salud disponemos de AFDA hemos visto conveniente establecer una coordinación entre el Centro de Salud y dicha entidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar el autocuidado de la población ante síntomas leves de malestar emocional.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Aumento del malestar emocional con la pandemia. Escasez de recursos sanitarios. Educación para la salud en síntomas emocionales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### OBJETIVOS GENERALES:

Objetivos de salud:

? Ayudar a los pacientes que sufren ansiedad o depresión a mejorar dicho problema

? Lograr el bienestar emocional de nuestros pacientes

Objetivos organizativos:

? Identificar grupo de pacientes vulnerables que puedan utilizar dicho recurso

? Establecer el compromiso de adherencia al programa AFDA por parte de los pacientes

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivos de salud:

? El paciente integrará en su vida los cambios acordados para mejorar su bienestar emocional

Objetivos educativos:

? Planificará los cambios de conducta o estilo de vida necesarios para eliminar o modificar los factores causales

? Describirá las consecuencias de los comportamientos inefectivos

? Identificará estrategias efectivas para expresar o afrontar la ansiedad

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Grupos de apoyo terapéutico

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 02/12/2022

Responsable.: Psicóloga sanitaria especializada de AFDA

#### 2. Sesión de Equipo presentando la recomendación de activos

Fecha inicio: 08/09/2022

Fecha final.: 08/09/2022

Responsable.: Profesional de Ada, Responsable del Proyecto y Responsable de Comunitaria del C.S.

#### 3. Entrevista con AFDA en su sede de C/Santa Lucia

Fecha inicio: 23/06/2022

Fecha final.: 23/06/2022

Responsable.: Responsable del Proyecto y Responsable de comunitaria del C.S.

#### 4. Grupos de apoyo terapéutico

Fecha inicio: 02/01/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#713

### 1. TÍTULO

#### APOYO AL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESION CON LA RECOMENDACION DE ACTIVOS DE AFDA

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Psicóloga sanitaria especializada de AFDA

5. Evaluación de los indicadores propuestos

Fecha inicio: 05/12/2022

Fecha final.: 03/07/2023

Responsable.: Responsable y colaboradores del proyecto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Constará de 1 módulo de 4 semanas, en el que se tratará: Gestión de pensamientos, gestión de emociones, aceptación y compromiso.

En el siguiente módulo de otras 4 semanas se llevarán a cabo distintos tipos de terapias.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Captación en consulta del malestar emocional

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales que han derivado al recurso

Denominador .....: Nº total de profesionales que podrían haber derivado (23)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Profesionales del CS Rebojería

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Total personas enviadas con la prescripción

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº pacientes que han ido al recurso

Denominador .....: Nº total de pacientes derivados a dicho recurso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes asignados al CS Rebojería

Est.Mín.1ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Total de personas que finalizan la recomendación hasta el final

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de personas que finalizan la recomendación hasta el final

Denominador .....: Nº personas que inician el recurso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: AFDA

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Grado satisfacción usuarios

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Paciente que valoran la encuesta con "Satisfecho (7-8) y muy satisfecho (9-10)"

Denominador .....: Total de pacientes que rellenan la encuesta de satisfacción

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#837

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA MONITORIZACION AMBULATORIA DE LA PRESION ARTERIAL (MAPA) EN EL CENTRO DE SALUD REBOLERÍA

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#837 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA RUIZ MARIA TERESA

Título  
IMPLANTACION DE LA MONITORIZACION AMBULATORIA DE LA PRESION ARTERIAL (MAPA) EN EL CENTRO DE SALUD REBOLERÍA

Colaboradores/as:  
AGUILAR CALVO M. PILAR  
BELLOSO RODANES M ISABEL  
BOSQUE MORENO ANA ISABEL  
CARRION AMBRONA SARA  
CUCALON LAFUENTE MARCELINO  
GARCIA LANZON CELESTE  
ZAPATA ABAD MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CS REBOLERIA

Servicio/Unidad principal .....: EAP REBOLERIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La hipertensión arterial( HTA) es la elevación sostenida de la presión arterial, ya sea la sistólica, la diastólica o ambas. Es uno de los principales problemas que se observan en las consultas de Atención Primaria además de considerarse uno de los más importantes factores de riesgo cardiovascular. De manera habitual se suele indicar la medición de la presión arterial en consulta o por parte del paciente en el domicilio si tienen aparato homologado. Sin embargo, la Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (de ahora en adelante MAPA) puede mejorar el diagnóstico, en aquellos individuos con alto riesgo cardiovascular, así como el ajuste de tratamiento en pacientes ya diagnosticados dado que la MAPA son múltiples medidas de la presión arterial durante 24 horas.

#### ÁREAS DE MEJORA

La incorporación de la MAPA tiene múltiples beneficios dado que las mediciones se realizan en el entorno habitual del usuario, teniendo en cuenta su rutina laboral y su actividad física. Algunos de estos beneficios son que predicen mejor los eventos cardiovasculares en comparación con la automedida en el domicilio o las mediciones en consulta y también nos permiten valorar parámetros exclusivos como los pacientes "no-dipper". Además nos permite conocer usuarios que tienen hipertensión enmascarada (normotensos en consulta de atención primaria pero con cifras altas fuera de ella) o hipertensión de bata blanca (aquellas personas que dan cifras altas de presión arterial en consulta y cifras normales en su día a día). También es útil a la hora de evaluar la HTA refractaria (es aquella que no consigue buenas cifras de la tensión arterial pese a la prescripción de la medicación y la modificación de los hábitos de vida).

#### ANALISIS DE CAUSAS

La medida habitual de la Presión arterial en consultas médicas o de enfermería, así como la automedida de la presión arterial por el propio paciente presenta limitaciones por la existencia de sesgos (del observador, material utilizado, estado del paciente, etc), además la PA experimenta fluctuaciones a lo largo de las 24 (ritmo circadiano) que son importantes conocer, en determinados pacientes de alto riesgo cardiovascular.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Ofertar la exploración con MAPA a pacientes adultos >14a para diagnóstico de HTA en pacientes con alto riesgo cardiovascular.  
Sospecha HTA bata blanca.  
Sospecha HTA oculta/enmascarada  
HTA refractaria  
Formar a los profesionales del Centro Sanitario para familiarizarse con la MAPA.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de proyecto y protocolo por parte de integrantes del grupo,

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Ana Isabel Bosque

2. Presentación al resto del equipo y creación de agenda en OMI.

Fecha inicio: 19/10/2022

Fecha final.: 19/10/2022

Responsable.: Teresa García Ruiz

3. Formación en manejo MAPA.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#837

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA MONITORIZACION AMBULATORIA DE LA PRESION ARTERIAL (MAPA) EN EL CENTRO DE SALUD REBOLERÍA

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Ana Isabel Bosque y Teresa García Ruiz

4. Realización de MAPA a paciente por el EAP  
Fecha inicio: 02/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2023  
Responsable.: Todo el grupo de trabajo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de profesionales DEL C.S Rebolería que acuden a la formación

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº profesionales que acuden a la formación de la MAPA  
Denominador .....: Nº profesionales inscritos en implantación MAPA  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Control firmas en sesión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de usuarios con alto riesgo cardiovascular a los que se les realiza MAPA

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº de usuarios a los que se realiza MAPA  
Denominador .....: Nº usuarios de alto riesgo cardiovascular a los que se solicita MAPA  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI - Programa del MAPA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

3. Porcentaje de diagnósticos de HTA de bata blanca tras MAPA

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº pacientes diagnosticados de HTA tras MAPA  
Denominador .....: Nº pacientes con sospecha de HTA de bata blanca a los que se les solicita MAPA  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI- Programa del MAPA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

4. Porcentaje de pacientes con HTA enmascarada.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº de pacientes diagnosticados de HTA  
Denominador .....: Nº de pacientes normotensos en consulta con alto riesgo cardiovascular  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI - Programa del MAPA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

5. Porcentaje de modificación de tratamiento tras MAPA en ptes con sospecha de HTA refractaria o mal c

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº de usuarios con cambio en el tratamiento antihipertensivo  
Denominador .....: Nº de usuarios con sospecha de HTA refractaria  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI - Programa del MAPA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

6. Porcentaje de MAPAs válidos

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de usuarios con lecturas exitosas/válidas (>70%)



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#837

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA MONITORIZACION AMBULATORIA DE LA PRESION ARTERIAL (MAPA) EN EL CENTRO DE SALUD REBOLERÍA

Denominador .....: N° de usuarios totales a los que se les realiza la MAPA  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI - Programa del MAPA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#726

### 1. TÍTULO

#### EDUCANDO EN SALUD EN MI COLE- PROGRAMA DE CALIDAD CS SEMINARIO

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#726 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ACHA AIBAR M. CARMEN

Título  
EDUCANDO EN SALUD EN MI COLE- PROGRAMA DE CALIDAD CS SEMINARIO

Colaboradores/as:  
BURRO DAL ADORACION  
CLAVERO ENGUITA FRANCISCO  
MAMBRONA REMACHA FERNANDO  
PEREZ MENDIARA JOSE IGNACIO  
RAMOS FRAILE NURIA M.  
SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION  
YAGUE MUÑOZ M CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

Servicio/Unidad principal .....: EAP ROMAREDA - SEMINARIO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde hace varios años, en el centro de salud Seminario estamos colaborando con los colegios de la zona en talleres a los alumnos de 1º de Primaria. Hay un total de siete colegios, 4 públicos (Eliseo Godoy, Doctor Azúa, Cesáreo Alierta, Cesaragusto) y 3 concertados (Romareda, El Salvador, Sagrado Corazón-Moncayo). Dado que hay tantos centros educativos, es importante incidir mediante talleres en ellos para adquirir hábitos de vida saludable que influirán más tarde en la vida adulta de los niños (lavado de dientes, educación postural, higiene de manos, etc.).

#### ÁREAS DE MEJORA

Destaca la importancia de que los niños se involucren desde pequeños en los primeros auxilios (heridas, quemaduras,...) puesto que tanto ellos como familiares pueden necesitar esos conocimientos en cualquier momento, sobre todo ahora que muchos pequeños se animan a cocinar siguiendo programas televisivos.

Por otra parte, la OMS lanzó en 2015 el programa "Kids save lives", destinada a enseñar técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP) a niños hasta 12 años con idea de que ante una parada cardiorrespiratoria ellos también puedan ayudar, incluyendo en el programa que los Ministerios de Educación promuevan dicha actividad educativa e incluso haya programas nacionales de formación en RCP en colegios.

Las posibilidades de supervivencia de una persona que padece una parada cardiorrespiratoria aumentan un 70% si se actúa antes de que lleguen los equipos de emergencias. Por ello, el objetivo de quienes presencien un episodio de este tipo es comenzar la RCP durante los 4 primeros minutos, para que los órganos del paciente no se encuentren tan dañados cuando se presente la ambulancia. En España se produce una media anual de 30.000 paradas cardíacas, con una supervivencia que se sitúa entre el 5%-10%. La inmensa mayoría de las paradas cardíacas se producen lejos del hospital, sobre todo en los propios domicilios o en recintos públicos. Generalmente, en estos lugares no suele haber personal sanitario que pueda dirigir la reanimación. El 20% de las personas que sufren una parada cardíaca sobreviven sin secuelas si se realiza una reanimación básica.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El problema es que solo un 10% de los ciudadanos sabe cómo hacerla correctamente. La mitad de la población adulta no sabe identificar una parada cardiorrespiratoria. Y más preocupante aún: el 70% no solo desconoce cómo reanimar, sino que admite que tampoco sabría cómo actuar si presencia un accidente de estas características.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Fomentar la educación en salud en los alumnos pertenecientes a los colegios de la zona básica por parte de los profesionales Seminario, en temas como hábitos saludables, primeros auxilios, RCP. La población diana son los colegios pertenecientes a la zona. Remarcamos que se ha ampliado el temario impartido respecto a la Agenda Comunitaria, que incluía sólo hábitos de vida saludables y el 1er curso de Primaria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 2. Contacto con colegios para hacer la oferta

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/10/2022  
Responsable.: Equipo administrativo

#### 1. Reunión previa del grupo de trabajo y presentación del proyecto al resto del equipo

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 10/09/2022  
Responsable.: Carmen Acha

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#726

### 1. TÍTULO

#### EDUCANDO EN SALUD EN MI COLE- PROGRAMA DE CALIDAD CS SEMINARIO

3. Reunion con colegios para concretar contenido y calendario.

Talleres ofertados:

- Habitos saludables
- Primeros auxilios: epistaxis,heridas, quemaduras, conducta a seguir en caso de emergencia
- RCP

Fecha inicio: 15/10/2022

Fecha final.: 05/11/2022

Responsable.: Todo el grupo de trabajo

4. elaboracion del contenido de talleres

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final.: 20/11/2022

Responsable.: Todo el grupo de trabajo

5. Informar al Consejo de Salud

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 28/10/2022

Responsable.: Todo el grupo de trabajo

6. Realizar los talleres

Fecha inicio: 21/11/2022

Fecha final.: 16/06/2023

Responsable.: Todo el grupo de trabajo

7. Evaluación de la actividad

Fecha inicio: 01/07/2023

Fecha final.: 15/09/2023

Responsable.: Todo el grupo de trabajo

8. Sesión informativa de los resultados al resto del equipo e informar al consejo de salud

Fecha inicio: 01/10/2023

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Todo el grupo de trabajo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de talleres realizados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de talleres realizados

Denominador .....: Número de talleres programados con los colegios

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Adherencia de centros educativos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de centros adheridos

Denominador .....: Numero de centros en nuestra zona básica de salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

3. Encuesta de satisfacción a los niños : Escala Likert ( valores de 1 a 5)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de valoraciones positivas ( entre 4 y 5 puntos )

Denominador .....: Numero de encuesta realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro encuesta alumnos

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#726

### 1. TÍTULO

#### EDUCANDO EN SALUD EN MI COLE- PROGRAMA DE CALIDAD CS SEMINARIO

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#806

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE CALIDAD: EDUCACION VIAL EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#806 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BLASCO SORO ANA MARIA

Título  
PROGRAMA DE CALIDAD: EDUCACION VIAL EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

Colaboradores/as:  
BURRO DAL ADORACION  
LAZARO GIMENO NATALIA  
MARZO MAINAR MARIA ESPERANZA  
RODRIGO MUÑOZ PURIFICACION  
RUBIO ARTEAGA EVA M.  
SAMPIETRO VARA MARIA CARMEN  
TORRES TRASOBARES MARIA-BELEN

Ubicación principal del proyecto.: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

Servicio/Unidad principal .....: EAP ROMAREDA - SEMINARIO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La educación vial está muy difundida en el medio escolar, pero no tanto en adultos, en particular en mayores de 65 años, que junto a otras vulnerabilidades, asocia también la problemática vial tanto como usuarios de vehículos como peatones.

La educación vial en Zaragoza se realiza por parte de la policía local, tanto en fase escolar como para adultos, dando charlas a personas entre 19 y 64 años a través de "Stop a los Accidentes de Tráfico. Hagamos una ciudad más segura", dirigida a las Juntas de Distrito, federaciones de barrios, AMPAs, asociaciones, etc., y a mayores de 60 años a través de "Cuando circule... cuidese por su seguridad", en centros de mayores. Se programan con el objetivo de reducir, los accidentes de tráfico creando grupos de debate, divulgando, informando, incidiendo especialmente en el comportamiento como peatones.

#### ÁREAS DE MEJORA

En 2018 en España las personas de más de 64 años se vieron implicadas en 11.647 accidentes, en los que fallecieron 496 personas, 1.530 resultaron heridos hospitalizados y 11.172 no hospitalizados. Las personas mayores han supuesto el 27% de los fallecidos, el 17% de los heridos hospitalizados y el 9% del total de los heridos no hospitalizados. A nivel global los mayores son el 19% de la población española y el 15% del censo de conductores. El índice de letalidad para este colectivo en 2018 fue 3,8, más de 3 veces el índice del resto de la población víctima de un accidente de tráfico. Este índice aumenta al aumentar la edad. Según el medio de desplazamiento y el grupo de edad se observa que, para las víctimas de 65 a 74 años, la mayor frecuencia de fallecidos y heridos no hospitalizados se produjo cuando viajaban en turismos, y la de heridos hospitalizados cuando se desplazaban como peatones. Para las víctimas de 75 a 84 años, la frecuencia mayor de fallecidos y heridos hospitalizados se produjo cuando se desplazaban a pie, y la de heridos no hospitalizados cuando se desplazaban en turismo. Finalmente, en el caso de las víctimas de 85 años y más la mayor frecuencia se observa cuando eran peatones en todos los grados de gravedad.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Escasa concienciación de la población mayor en relación a la seguridad vial.  
Escasa oferta de actividades sobre seguridad vial en la población mayor

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Concienciar a la población mayor de que la seguridad vial también les afecta a ellos, tanto como usuarios de vehículos como peatones.
2. Promover en qué se puede mejorar como conductores y/o viandantes.
3. Crear una red de apoyo entre personas mayores que acudan a los talleres, también con la policía local, los centros de mayores y los trabajadores del centro de salud.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Contacto con la policía local

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Ana Blasco

2. difusión entre los trabajadores del centro de salud

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Todo el grupo de trabajo

3. diseño de la cartelería

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#806

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE CALIDAD: EDUCACION VIAL EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Todo el grupo de trabajo

4. contacto con centros de mayores de la zona básica de salud para difundir el taller

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Adoración Burro

5. realización de talleres de educación vial.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Todo el grupo de trabajo

6. análisis de encuestas

Fecha inicio: 01/12/2023

Fecha final.: 30/12/2023

Responsable.: Personal administrativo del grupo

7. reunión con el EAP para informar del resultado de las evaluaciones del proyecto

Fecha inicio: 01/12/2023

Fecha final.: 30/12/2023

Responsable.: Ana Blasco

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Asistencia Talleres

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de asistentes durante el proyecto

Denominador .....: número de plazas ofertadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Realización de talleres

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de talleres realizados

Denominador .....: número de talleres propuestos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. satisfacción. Escala Likert: nota media de valoración de todas las encuestas entre 4 -5

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Numero de encuestas con nota ente 8-10

Denominador .....: número de encuestas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro Excel resultado de encuestas

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Prevención accidentes en mayores

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#843

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCÓCICA EN ADULTOS Y PEDIATRÍA EN EL EAP SEMINARIO

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#843 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BLASCO RONCO OLGA

Título  
MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCÓCICA EN ADULTOS Y PEDIATRÍA EN EL EAP SEMINARIO

Colaboradores/as:  
CARO REBOLLO JOSEFINA CONSOLACION  
RUBIO ARTEAGA EVA M.  
TORRES TRASOBARES MARIA-BELEN

Ubicación principal del proyecto.: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

Servicio/Unidad principal .....: EAP ROMAREDA - SEMINARIO

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La faringoamigdalitis aguda (FA) es una de las infecciones respiratorias más frecuentes que motiva numerosas consultas en Atención Primaria. Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el clínico ante una FA es poder realizar un diagnóstico diferencial etiológico de sospecha en función del cual poder instaurar el tratamiento más adecuado.

La faringitis aguda es un proceso autolimitado y frecuentemente originado por una infección del tracto respiratorio de etiología viral.

Cuando la FA es bacteriana, el agente etiológico más frecuente es *Streptococcus pyogenes* o  $\beta$ -hemolítico del grupo A (EBHGA).

A pesar de que la etiología principal es vírica, la prescripción antibiótica asociada al tratamiento de la faringitis aguda es elevada y la elección del tipo de antibiótico es también inadecuada en un porcentaje elevado de casos.

Para facilitar el diagnóstico diferencial se debe aplicar la escala de Centor (fiebre, exudado amigdalario, linfadenopatía cervical anterior dolorosa y ausencia de tos), de tal modo que cuando los datos clínicos apunten hacia etiología bacteriana (puntuaciones de la escala Centor 3 o 4 puntos), está indicado realizar pruebas diagnósticas, que permiten confirmar el diagnóstico. Las dos pruebas diagnósticas de que se dispone en AP son:

-El cultivo faríngeo, que es la prueba de referencia para la confirmación diagnóstica. Limitación: demora del resultado 48 h

-Los test de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDRA). Ventaja: resultado en 10 minutos.

Uno de los objetivos de la estrategia IRASPROA-Aragón es mejorar la adecuación de la prescripción antibiótica, contribuyendo de este modo al control del desarrollo de las resistencias bacterianas. Para contribuir a ello, desde la estrategia IRASPROA se han adaptado las recomendaciones de tratamiento empírico del PRAN (Plan nacional frente a las resistencias antimicrobianas) a la situación epidemiológica de Aragón considerándose como tratamiento de elección:

-Adultos: Penicilina V 500 mg/12h VO (con estómago vacío) o Amoxicilina 500mg/12h VO, y en pacientes alérgicos Azitromicina 500mg/24h 3 días.

-Pediatria: Penicilina V: si <27 kg, 250mg/12h y si >27kg 500mg/12h o Amoxicilina 50mg/kg/día (2 tomas VO) Dosis máxima: 1 g /24 h (5-10 días). En pacientes alérgicos, el tratamiento de elección es Azitromicina 10mg/kg/24h (Dosis máxima: 500 mg) 3 días. Si alergia no mediada por Ig-E: Cefadroxilo 30 mg/kg/día en una toma (max 1g/día) (7-10 días).

En el Sector II en 2021 se ha actualizado el protocolo para el diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda en adultos y pediatría que está disponible en todos los centros de salud.

Del total de faringoamigdalitis agudas estreptocócicas diagnosticadas y registradas en OMI-AP a fecha 01/01/2022 y a fecha 01/07/2022 fueron tratadas con los antibióticos de elección:

01/01/2022

01/07/2022

Variación

Medicina de familia

EAP Seminario

55,56%

61,90%

11,41%

Medicina de familia

Sector Zaragoza II

69,73%

71,53%

2,58%

Pediatría

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#843

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCÓCICA EN ADULTOS Y PEDIATRÍA EN EL EAP SEMINARIO

EAP Seminario  
100,00%  
100,00%  
0,00%  
Pediatria  
Sector Zaragoza II  
90,91%  
90,91%  
0,00%

#### ÁREAS DE MEJORA

El proyecto asistencial que se propone pretende impulsar en el EAP:  
-Aumentar la adecuación del tratamiento, tratando de reducir el consumo de antibióticos no adecuados, especialmente aquellos de más amplio espectro (amoxicilina-clavulánico, cefuroxima, cefixima y cefditoreno) y potenciando la prescripción del antibiótico de espectro más reducido (penicilina V o fenoximetilpenicilina).

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

-Desconocimiento de las recomendaciones de tratamiento de la faringoamigdalitis.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Incrementar el uso de antibióticos de elección en la Faringoamigdalitis aguda estreptocócica

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Difundir sesión formativa en el EAP sobre el manejo de las herramientas diagnósticas y los tratamientos de elección. Responsable de antibióticos del EAP junto con un pediatra

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 20/12/2022

Responsable.: Olga Blasco Ronco

2. Monitorizar la situación de partida, y revisar los indicadores cada 6 meses. Responsable de antibióticos del EAP junto con un pediatra y el coordinador del EAP

Fecha inicio: 26/07/2022

Fecha final.: 21/11/2023

Responsable.: Grupo de trabajo

3. Realizar una nueva sesión en el EAP donde se expongan las barreras y dificultades con las que se encuentra el EAP para implementar las acciones de mejora propuestas. Responsable de antibióticos del EA

Fecha inicio: 08/05/2023

Fecha final.: 27/06/2023

Responsable.: Olga Blasco Ronco

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1.  
Actividades de formación  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nª de profesionales medicina y pediatría que acuden a la sesión  
Nª de profesionales de enfermería que acuden a la sesión  
Denominador .....: nº total de profesionales MF y pediatría del EAP  
nº total de profesionales de enfermería del EAP  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de firmas de sesión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 2. Uso de antibióticos de elección en faringoamigdalitis estreptocócica en adultos:

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº prescripciones (activas en algún momento de los últimos 12 meses) de penicilina V (J01CE02) o amoxicilina (J01CA04) o bencilpenicilina benzantina (J01CE08) o bencilpenicilina procaína (J01CE09) o f  
Denominador .....: Nº prescripciones(activas en algún momento de los últimos 12 meses) de antibióticos sistémicos (J01\*) asociadas al código CIAP faringoamigdalitis estreptocócica aguda (R72).  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de mando de Farmacia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#843

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCÓCICA EN ADULTOS Y PEDIATRÍA EN EL EAP SEMINARIO

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Uso de antibióticos de elección en faringoamigdalitis estreptocócica en pediatría:

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° prescripciones (activas en algún momento de los últimos 12 meses) de penicilina V (J01CE02)

o amoxicilina (J01CA04) o bencilpenicilina benzantina (J01CE08) o bencilpenicilina procaína (J01CE09) o f

Denominador .....: N° prescripciones(activas en algún momento de los últimos 12 meses) de antibióticos sistémicos (J01\*) asociadas al código CIAP faringoamigdalitis estreptocócica aguda (R72).

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de Farmacia

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 92.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 92.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#954

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#954 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SAMPIETRO VARA MARIA CARMEN

Título  
INTERVENCION NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES

Colaboradores/as:  
BLASCO SORO ANA MARIA  
GIL MOSTEO M. JOSE  
LAZARO GIMENO NATALIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

Servicio/Unidad principal .....: EAP ROMAREDA - SEMINARIO

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En nuestro EAP detectamos en el cuadro de mando de AG y de DM datos mejorables en la estrategia de Diabetes:  
-La determinación de Hemoglobina glicosilada ha alcanzado perfil de diabetes, alcanzando un valor de 24.91% en diciembre 2021.  
-La evaluación del riesgo del pie diabético no llega al 7% de los pacientes en diciembre de 2021.  
-El registro de los conocimientos deficientes en diabetes no llega al 1% en diciembre 2021

#### ÁREAS DE MEJORA

La baja determinación de Hemoglobina glicosilada puede ser debido a que la solicitud de analítica no se pidiese desde el protocolo de DM o solicitud por otros motivos distintos de DM  
El bajo resultado en el indicador de la evaluación del riesgo del pie diabético y de los conocimientos deficientes, puede ser debido a un número menor de visitas presenciales en los años anteriores debido a la pandemia y también a un registro incompleto en OMI en la exploración del pie diabético.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La baja determinación de Hemoglobina glicosilada puede ser debido a que la solicitud de analítica no se pidiese desde el protocolo de DM o solicitud por otros motivos distintos de DM  
El bajo resultado en el indicador de la evaluación del riesgo del pie diabético y de los conocimientos deficientes, puede ser debido a un número menor de visitas presenciales en los años anteriores debido a la pandemia y también a un registro incompleto en OMI en la exploración del pie diabético.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Formación sobre el plan personal de diabetes, pie diabético y su registro en OMI
2. Incrementar la determinación de HbA1c
3. Incrementar el registro de los conocimientos deficientes en diabetes
4. Incrementar la valoración del riesgo del pie diabético

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión del cuadro de mando de diabetes en cada cupo para mejorar los indicadores

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 27/11/2023

Responsable.: Natalia Lázaró Gimeno

2. Realizar sesión formativa sobre el registro de los indicadores informando porcentajes en cada cupo y cómo mejorarlos

Fecha inicio: 24/10/2022

Fecha final.: 28/11/2022

Responsable.: Ana Blasco Soro

3. Realizar sesiones formativas para el personal de enfermería de nueva incorporación sobre exploración y determinación de riesgo de pie diabético y su registro en OMI

Fecha inicio: 06/03/2023

Fecha final.: 26/06/2023

Responsable.: María José Gil Mosteo

4. Evaluación de las actividades realizadas para mejora de los indicadores

Fecha inicio: 06/11/2023

Fecha final.: 18/12/2023

Responsable.: Mari Carmen Sampietro Vara

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#954

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. FORMACION

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Números de profesionales de medicina de familia y enfermería que realizan la formación

Denominador .....: Número de profesionales de medicina de familia y enfermería en el EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 2. Diabetes revisión HbA1C

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con al menos una prueba válida en DGP 'EHGBA1C' desde 6 meses antes del periodo de evaluación.

Denominador .....: Pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

##### 3. Diabetes - Pie de riesgo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con valoración del pie diabético de riesgo (DGP 'V\_RIESGP') en el periodo de evaluación.

Denominador .....: Pacientes diabéticos = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

##### 4. Diabetes Conocimientos %

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con al menos un registro entre el 1-ene del año anterior y la fecha de cálculo en los DGP 'NA\_00126' =1 y ('RDS\_5602'=1 o 'CDC\_5612'=1 o 'CDC\_5614'=1 o 'CDC\_561

Denominador .....: Pacientes diabéticos (T90) = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1122

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN A LA SALUD BUCODENTAL DE PACIENTES EMBARAZADAS UBICACION USB SEMINARIO ZARAGOZA

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1122 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CASTILLO LARIO ANTONIO J

Título  
ATENCIÓN A LA SALUD BUCODENTAL DE PACIENTES EMBARAZADAS  
UBICACION USB SEMINARIO ZARAGOZA

Colaboradores/as:  
CASTILLO PUERTOLAS CRISTINA  
TARRAGO GIL ROSA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

Servicio/Unidad principal .....: EAP ROMAREDA - SEMINARIO

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 2\*CENTRO DE SALUD SEMINARIO\*EAP ROMAREDA - SEMINARIO\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La salud bucodental de las mujeres durante el embarazo tiene repercusiones sobre su estado médico general y también sobre su futuro bebé. Los malos hábitos dietéticos y no cepillado durante el embarazo, pueden incrementar el riesgo de sufrir caries originados por los cambios en la composición de saliva, sobre todo al final de la gestación y durante la lactancia, así como la aparición de gingivitis en el embarazo (a causa de las fluctuaciones hormonales con la placa bacteriana) que produce sangrado de encías, inflamación gingival y recesiones. La erosión del esmalte dental es otro problema que puede producirse ya que múltiples mujeres que han sufrido náuseas y vómitos en el embarazo pueden ver dañados sus dientes. La periodontitis durante el embarazo está asociada con un mayor riesgo de bajo peso al nacer, nacimiento pretérmino y preeclampsia. Además aumenta el riesgo de sufrir diabetes hipertensión aterosclerosis y otras complicaciones asociadas. La prevención, la promoción de la salud oral, como el diagnóstico o el tratamiento temprano de las patologías bucodentales de la embarazada es fundamental para mejorar su salud bucodental y el bienestar del futuro bebé. Este proyecto es muy pertinente porque hemos detectado que las gestantes apenas acuden a las revisiones bucodentales, por lo tanto podrá mejorar su salud y la de toda la comunidad. La captación se hará a través de las matronas de las USB.

#### ÁREAS DE MEJORA

Detectar caries dental, erosión dental, gingivitis, enfermedad periodontal, y pérdida de inserción ósea en las embarazadas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Acudir a revisiones periódicas,, mejorar el hábito dental, ver el uso de reveladores, seda y cepillado previo, y hacer análisis dietéticos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la salud bucodental de las embarazadas.

Dar a conocer el proyecto a matronas y médicos de familia.

Conseguir que al menos un 70% de las mujeres embarazadas acudan a nuestra Unidad de salud Bucodental para realizar una revisión de su cavidad bucal.

Motivar a las gestantes el autocuidado oral (cepillado, seda dental flúor, revelador de placa y agentes antisépticos).

Promover dietas saludables en mujeres en periodo de gestación.

Apoyo en eliminación de hábito tabáquico del colectivo en estudio.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Promoción, prevención y educación para la salud oral y asistencia bucodental en el periodo gestante

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Castillo Lario Antonio

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1122

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN A LA SALUD BUCODENTAL DE PACIENTES EMBARAZADAS UBICACION USB SEMINARIO ZARAGOZA

Exploración de la cavidad bucodental caries gingivitis, bolsas periodontales, pérdida de inserción ósea.  
Detección de enfermedades asociadas: diabetes, hipertensión, anemia, afectaciones tiroideas.....  
Seguimiento de la paciente, control de su placa.  
Promoción de higiene oral, técnicas de cepillado correctas.  
Adquisición de dieta no cariogénica, control de alimentos azucarados.  
Tartrectomías si fuese necesario.  
Aplicaciones de barnices o flúor tópico siempre con indicación del obstetra.  
Diseño de folleto con recomendaciones de salud oral durante el embarazo.  
Posibilidad de repartir el folleto a otras unidades del SALUD en Aragón.  
Sesiones Clínicas a matronas y al personal facultativo.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Porcentaje de embarazadas revisadas

Índice de caries  
Índice gingival.

Tartrectomías realizadas.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: número de gestantes estudiadas respecto a las gestantes revisadas por matronas en las USB

Relacion índice CAO, folletos personalizados con respecto a la población total.

Denominador .....: Número total de embarazadas en seguimiento en el año por cien/ número de gestantes en la USB

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Embarazadas en el proyecto/ gestantes en USB totales

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 2. porcentaje de folletos a embarazadas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de folletos dados a población diana

Denominador .....: población diana, embarazadas, totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Embarazadas de las USB

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

#### 3. sesiones a matronas del proyecto

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de asistencia de matronas a las sesiones

Denominador .....: número total de matronas pertenecientes a las USB

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: matronas totales de las USB

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: --Otros--> Mujeres embarazadas y control de lactantes

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1137

### 1. TÍTULO

#### PREVENTION DENTAL PROGRAMA, EMPODERAMIENTO EN SALUD ORAL

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1137 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TARRAGO GIL ROSA MARIA

Título  
PREVENTION DENTAL PROGRAMA, EMPODERAMIENTO EN SALUD ORAL

Colaboradores/as:  
CASTILLO LARIO ANTONIO J  
YAGUE MUÑOZ M CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: CS ROMAREDA (SEMINARIO)

Servicio/Unidad principal .....: EAP ROMAREDA - SEMINARIO

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Según la OMS la atención odontológica tradicional con fines curativos representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde entre un 5% del gasto total en salud y un 20% del gasto medio sanitario en la mayoría de los países de altos ingresos guarda relación con la salud bucodental, por lo tanto tendría que entrar más programas preventivos de educación y promoción de la salud oral para que decrezca la prevalencia de patología oral y los sistemas sanitarios ahorren dinero

Las enfermedades bucodentales presentan factores de riesgo relacionados, entre otros, con la mala salud, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol, factores que comparten con las cuatro enfermedades crónicas más importantes: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. La mala higiene de la boca también constituye un factor de riesgo para el padecimiento de enfermedades bucodentales. La evidencia de que la salud bucodental tiene un impacto directo en la salud general es cada vez mayor.

Se ha detectado que a los pacientes de nuestro centro de salud solo se les puede dar información y educación para la salud oral verbalmente ya que falta folletos, guías, videos de educación para la salud oral dirigida a pacientes para hacer promoción de la salud oral y cuando tienen enfermedades bucodentales empoderarlos y que pasen a ser pacientes activos en el autocuidado oral.

A través de este proyecto, se quiere en primer lugar ofrecer y difundir información educativa, preventiva y promoción de la salud oral dirigida a la población para empoderarlos en autocuidados de salud oral y que pasen a ser pacientes activos.

En segundo lugar incluir un espacio web dentro de la plataforma de "escuela de salud" con material informativo y educativo de promoción de la salud oral donde tanto la población como los profesionales de odontología y otros sanitarios: Médicos, pediatras, enfermeras, matronas, fisioterapeutas, oncólogos, ginecólogos etc...puedan indicar a sus pacientes recursos de autocuidado en salud oral.

El Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, el Ministerio de Sanidad ha incluido también, como medida transformadora del SNS, la ampliación de la cartera común de servicios de atención bucodental, por lo que es muy pertinente que los pacientes dispongan de estos materiales y los sanitarios puedan apoyar sus indicaciones de educación y promoción de hábitos saludables con este programa

#### ÁREAS DE MEJORA

Empoderar al paciente en autocuidados de la salud oral a través de información visual (folletos, guías y videos)

#### ANALISIS DE CAUSAS

Se ha detectado que no existe información en autocuidados orales para facilitar a los pacientes y sanitarios de como mejorar el cepillado dental, introducir hábitos saludables y dietéticos para prevenir enfermedades orales

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Ofrecer y difundir información educativa, preventiva y promoción de salud oral dirigida a los pacientes para empoderarlos y que pasen a ser pacientes activos en cuidados orales a través del diseño de folletos, trípticos, guías y videos.

Motivar a la población en el autocuidado oral (cepillado, uso seda dental o cepillos interdentes, uso de dentífricos con flúor) con el apoyo de material didáctico.

Promover hábitos saludables en relación con la salud oral (dietas saludables, cesación tabáquica, cepillado dental, actividad física)

Incluir en la WEB de Salud informa un apartado de información y recomendaciones para la población de la estrategia preventiva de salud oral.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1137

### 1. TÍTULO

#### PREVENTION DENTAL PROGRAMA, EMPODERAMIENTO EN SALUD ORAL

Dar a conocer el proyecto a sanitarios del servicio Aragonés de salud

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Crear un grupo de trabajo formado por higienistas dentales, Odontostomatologo,, enfermera del sector Zaragoza II y paciente para el diseño del material y que se reuna una vez al mes.

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Rosa Tarragó Gil

2. Diseñar folletos, infografias de como prevenir y promocionar la salud oral, motivando los autocuidados bucodentales

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Rosa Tarragó Gil

3. Diseñar píldoras de salud oral en formato videos de tres minutos de hábitos saludables y cuidados de salud oral

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Rosa Tarragó Gil

4. Impartir sesiones clínicas de salud oral a equipos multidisciplinares sanitarios (médicos, enfermeras, pediatras, matronas en centros de salud para dar a conocer el programa)

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Rosa Tarragó Gil

5. Traducir a diferentes idiomas los materiales generados para mejorar la difusión en colectivos más vulnerables.

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Rosa Tarragó Gil

6. Incorporar en web salud informa todo el material educativo generado y cuestionario de satisfacción del programa.

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Rosa Tarragó Gil

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de reuniones del equipo de trabajo  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Numero de reuniones realizadas  
Denominador .....: Numero de reuniones previstas  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Hoja de firmas de reuniones  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

2. Materia visual colgado en la plataforma salud informa: (folletos, infografias , videos )

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Numero de material editado  
Denominador .....: Numero de material previsto editado  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Salud informa  
Est.Mín.1ª Mem ..: 6.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 12.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 12.00

3. Número de Profesionales que acuden a las sesiones clínicas

Tipo de indicador: Alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1137

### 1. TÍTULO

#### PREVENTION DENTAL PROGRAMA, EMPODERAMIENTO EN SALUD ORAL

Numerador .....: Número de Profesionales que acuden a las sesiones clínicas  
Denominador .....: número de profesionales que hay en el centro.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de firmas asistencia a sesiones  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

4. Número de visitas web al epígrafe de Salud bucodental de salud informa  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Numero de visitas al epigafre de salud bucodental de salud informa  
Denominador .....: Numero de visitas previsto al epigafre de salud bucodental de salud informa  
x(1-100-1000) ...: 1000  
Fuentes de datos.: Web salud informa  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 500.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 500.00

5. Encuesta de satisfacción del programa: medido en escala Likert (1-5): media >3  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Encuesta de satisfacción del programa: medido en escala Likert (1-5): media >3  
Denominador .....: Encuesta de satisfacción del programa: medido en escala Likert (1-5): media >3  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Web salud informa  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Activo



**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#522**

**1. TÍTULO**

**MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCÓCICA EN ADULTOS Y PEDIATRÍA EN LOS CENTROS DEL SECTOR ZARAGOZA II**

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#522 \*\* IRAS PROA \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PINA GADEA MARIA BELEN

Título  
MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCÓCICA EN ADULTOS Y PEDIATRÍA EN LOS CENTROS DEL SECTOR ZARAGOZA II

Colaboradores/as:  
GARCIA VERA CESAR JOAQUIN  
LABARTA MANCHO CARMEN  
LAIN MIRANDA M. ELENA  
PEREZ ARANDA MARIA JESUS

Ubicación principal del proyecto.: CS SAGASTA RUISEÑORES

Servicio/Unidad principal .....: EAP RUISEÑORES - SAGASTA

Línea estratégica: IRAS PROA

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**

La faringoamigdalitis aguda (FA) es una de las infecciones respiratorias más frecuentes que motiva numerosas consultas en Atención Primaria. Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el clínico ante una FA es poder realizar un diagnóstico diferencial etiológico de sospecha en función del cual poder instaurar el tratamiento más adecuado.

La faringitis aguda es un proceso autolimitado y frecuentemente originado por una infección del tracto respiratorio de etiología viral.

Cuando la FA es bacteriana, el agente etiológico más frecuente es Streptococcus pyogenes o β-hemolítico del grupo A (EBHGA).

A pesar de que la etiología principal es vírica, la prescripción antibiótica asociada al tratamiento de la faringitis aguda es elevada y la elección del tipo de antibiótico es también inadecuada en un porcentaje elevado de casos.

Para facilitar el diagnóstico diferencial se debe aplicar la escala de Centor (fiebre, exudado amigdalár, linfadenopatía cervical anterior dolorosa y ausencia de tos), de tal modo que cuando los datos clínicos apunten hacia etiología bacteriana (puntuaciones de la escala Centor 3 o 4 puntos), está indicado realizar pruebas diagnósticas, que permiten confirmar el diagnóstico. Las dos pruebas diagnósticas de que se dispone en AP son.

-El cultivo faríngeo, que es la prueba de referencia para la confirmación diagnóstica. Limitación: demora del resultado 48 h

-Los test de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDRA). Ventaja: resultado en 10 minutos.

Uno de los objetivos de la estrategia IRASPROA-Aragón es mejorar la adecuación de la prescripción antibiótica, contribuyendo de este modo al control del desarrollo de las resistencias bacterianas. Para contribuir a ello, desde la estrategia IRASPROA se han adaptado las recomendaciones de tratamiento empírico del PRAN (Plan nacional frente a las resistencias antimicrobianas) a la situación epidemiológica de Aragón considerándose como tratamiento de elección:

-Adultos: Penicilina V 500 mg/12h VO (con estómago vacío) o Amoxicilina 500mg/12h VO, y en pacientes alérgicos

Azitromicina 500mg/24h 3 días.

-Pediatria: Penicilina V: si <27 kg, 250mg/12h y si >27kg 500mg/12h o Amoxicilina 50mg/kg/día (2 tomas VO) Dosis máxima: 1 g /24 h (5-10 días). En pacientes alérgicos, el tratamiento de elección es Azitromicina 10mg/kg/24h (Dosis máxima: 500 mg) 3 días. Si alergia no mediada por Ig-E: Cefadroxilo 30 mg/kg/día en una toma (max 1g/día) (7-10 días).

En el Sector II en 2021 se actualizó el protocolo para el diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda estreptocócica (FAS) en adultos y pediatría que está disponible para todos los centros de salud.

Del total de FAS diagnosticadas y registradas en OMI-AP a fecha 01/01/2022 y a fecha 01/07/22 fueron tratadas con los antibióticos de elección:

		01/01/2022	01/07/2022	Variación
Medicina de familia	Sector Zaragoza II	69,73%	71,53%	2,58%
Medicina de familia	Aragón	62,03%	64,61%	4,16%
Pediatría	Sector Zaragoza II	95,02%	96,34%	1,39%
Pediatría	Aragón	88,80%	90,20%	1,58%

**ÁREAS DE MEJORA**

Aumentar la adecuación del tratamiento, tratando de reducir el consumo de antibióticos no adecuados, especialmente aquellos de más amplio espectro (amoxicilina-clavulánico, cefuroxima, cefixima y cefditoreno) y potenciando la prescripción del antibiótico de espectro más reducido (penicilina V o fenoximetilpenicilina).

**ANÁLISIS DE CAUSAS**

Desconocimiento de las recomendaciones de tratamiento de la faringoamigdalitis.

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#522

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCÓCICA EN ADULTOS Y PEDIATRÍA EN LOS CENTROS DEL SECTOR ZARAGOZA II

Incrementar el uso de antibióticos de elección en la Faringoamigdalitis aguda estreptocócica

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaborar sesión clínica sobre diagnóstico y tratamiento de FAS para proporcionar a los EAPs del Sector.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Belén Pina Gadea y M<sup>a</sup> Jesús Pérez Aranda

2. Difundir sesión formativa entre los responsables de antibióticos de los EAPs sobre el manejo de las herramientas diagnósticas y los tratamientos de elección

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 31/10/2022

Responsable.: Belén Pina Gadea, M<sup>a</sup> Jesús Pérez Aranda y Cesar García Vera

3. Monitorizar la situación de partida, y revisar los indicadores cada 6 meses

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: Belén Pina Gadea y Carmen Labarta Mancho

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Alcance de la formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N<sup>o</sup> de responsables de antibióticos que acuden a la sesión

Denominador .....: n<sup>o</sup> total de profesionales responsables de antibióticos de los EAP del sector

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Uso de antibióticos de elección en faringoamigdalitis estreptocócica en adultos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N<sup>o</sup> prescripciones (activas en algún momento de los últimos 12 meses) de penicilina V (J01CE02)

o amoxicilina (J01CA04) o bencilpenicilina benzantina (J01CE08) o bencilpenicilina procaína (J01CE09) o f

Denominador .....: N<sup>o</sup> prescripciones(activas en algún momento de los últimos 12 meses) de antibióticos sistémicos (J01\*) asociadas al código CIAP faringoamigdalitis estreptocócica aguda (R72).

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de Farmacia

Est.Mín.1ª Mem ..: 73.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 74.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 74.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

3. Uso de antibióticos de elección en faringoamigdalitis estreptocócica en pediatría:

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N<sup>o</sup> prescripciones (activas en algún momento de los últimos 12 meses) de penicilina V (J01CE02)

o amoxicilina (J01CA04) o bencilpenicilina benzantina (J01CE08) o bencilpenicilina procaína (J01CE09) o f

Denominador .....: N<sup>o</sup> prescripciones(activas en algún momento de los últimos 12 meses) de antibióticos sistémicos (J01\*) asociadas al código CIAP faringoamigdalitis estreptocócica aguda (R72).

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de Farmacia

Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 96.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#522

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA PRESCRIPCION ANTIBIOTICA EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN ADULTOS Y PEDIATRIA EN LOS CENTROS DEL SECTOR ZARAGOZA II

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#795

### 1. TÍTULO

#### POTENCIAR LA DEMANDA NO PRESENCIAL EN EL CONTROL DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAGATA/RUISEÑORES

Fecha de entrada: 24/07/2022

Nº de registro: 2022#795 \*\* Continuidad asistencial: consulta no presencial \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ LOZANO FRANCISCA

Título  
POTENCIAR LA DEMANDA NO PRESENCIAL EN EL CONTROL DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAGATA/RUISEÑORES

Colaboradores/as:  
ALVAREZ AGUADO ESTHER  
CORREDOR MATEOS RICARDO  
FERRER AGUILLO LETICIA  
LOPEZ GALERA ISABEL MARIA  
MARZO JULIAN REBECA  
ORTA BERNAL TATIANA DEL PILAR  
VAZQUEZ SANCHO MARIA CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: CS SAGATA RUISEÑORES

Servicio/Unidad principal .....: EAP RUISEÑORES - SAGATA

Línea estratégica: Continuidad asistencial: consulta no presencial

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Según la OMS, en el mundo hay 1.280 millones de adultos hipertensos (entre 30 a 79 años), y solo son tratados un 42%. Una de las metas mundiales es reducir la prevalencia de la hipertensión en un 25% en 2025. En España existen unos 14 millones de hipertensos, y en Aragón, más de 250.000 adultos, esto supone, un 20% de la población aragonesa.

La hipertensión arterial (HTA) se asocia con riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad cardiovascular(1,2). 3. Uno de los principales objetivos de los sistemas de salud es identificar a las personas con HTA y conseguir que tengan un buen control de sus cifras de PA con el fin de evitar complicaciones.

La OMS (2004) apoya que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención, y que es necesaria una buena comunicación entre ambos para una práctica clínica efectiva. Ya que los expertos alertan de que es común que los pacientes, una vez que no padecen los síntomas, dejan de tomar la medicación que se les había prescrito. La identificación de los pacientes incumplidores resulta fundamental y los profesionales de la salud deben incorporar a la práctica diría métodos como el cuestionario de Morisky-Green y el Cálculo del Riesgo Cardiovascular.

Aquí es donde enfermería puede marcar la diferencia, pues tiene reconocida entre sus funciones autónomas la educación sanitaria. No podemos influir en los factores de riesgo no modificables, pero si, en los factores de riesgo modificables.

#### ÁREAS DE MEJORA

Aumentar el contacto con el paciente a través de visitas no presenciales pueden provocar cambios efectivos en el estilo de vida, aumentando su calidad, y la posibilidad, de detectar problemas de salud, que se pueden derivar al medico para realizar ajustes terapéuticos que retrasarían posibles complicaciones y por tanto disminuyendo los costes de la atención médica.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Un alto porcentaje de los pacientes tienen seguro privado por lo que acuden a nuestro centro muy pocas veces, normalmente al medico a por recetas, estos no tienen cifras recogidas en el OMI.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

POTENCIAR DEMANDA NO PRESENCIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS  
POTENCIAR EL AUTOCONTROL EN PACIENTES HIPERTENSOS  
POTENCIAR HABITOS SALUDABLES EN PACIENTES HIPERTENSOS  
POTENCIAR LA ADHESION AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS  
DETERMINAR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS  
POTENCIAR EL REGISTRO EN OMI

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1º Reunión del Equipo para buscar bibliografía y determinar criterios de inclusión

Fecha inicio: 01/05/2022  
Fecha final.: 31/05/2022  
Responsable.: Francisca Martínez Lozano

2. 2º Contactar y realizar un primer contacto, ofertando la demanda no presencial

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 30/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#795

### 1. TÍTULO

#### POTENCIAR LA DEMANDA NO PRESENCIAL EN EL CONTROL DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAGATA/RUISEÑORES

Responsable.: Tatiana Orta Bernal

3. 3º Seguimiento vía demanda no presencial

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Cristina Vazquez Sancho

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. DEMANDA NO PRESENCIAL

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes incluidos en el estudio de autocontrol de su hipertensión

Denominador .....: Pacientes HIPERTENSOS = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. HABITOS SALUDABLES

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con valoración de HIPERTENSION en el periodo de evaluación

Denominador .....: Pacientes HIPERTENSOS = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. AUTOCONTROL

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el estudio de hipertensión que utilizan el autocontrol, tras una primera visita presencial, para controlar la T.A.

Denominador .....: Pacientes HIPERTENSOS = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con valoración de HIPERTENSION en el periodo de evaluación

Denominador .....: Pacientes HIPERTENSOS = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 5. RIESGO CARDIOVASCULAR

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con valoración de HIPERTENSION en el periodo de evaluación

Denominador .....: Pacientes HIPERTENSOS = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#795

### 1. TÍTULO

#### POTENCIAR LA DEMANDA NO PRESENCIAL EN EL CONTROL DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAGATA/RUISEÑORES

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 6. REGISTRO EN OMI

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Pacientes incluidos en el estudio de hipertensión utilizando la consulta no presencial  
Denominador .....: Pacientes HIPERTENSOS = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#996

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE SAGASTA/RUISEÑORES

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#996 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GOMEZ BORAO MARIA LUISA

Título  
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE SAGASTA/RUISEÑORES

Colaboradores/as:  
FERRER AGUILLO LETICIA  
GRIMA SERRANO VICTOR ELOY  
NAVARRO SEBASTIAN CARMEN  
ORTA BERNAL TATIANA DEL PILAR  
PORTA QUINTANA JOSE  
SALVADOR VISIEDO MARIA LUZ

Ubicación principal del proyecto.: CS SAGASTA RUISEÑORES

Servicio/Unidad principal .....: EAP RUISEÑORES - SAGASTA

Línea estratégica: Diabetes

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Mejorar la determinación de microalbuminuria y evaluación del riesgo de pie diabético, lo que puede tener consecuencias en la tasa de amputaciones

#### ÁREAS DE MEJORA

En nuestro EAP detectamos en el cuadro de mando de AG y de DM datos mejorables en la estrategia de Diabetes:  
-La determinación de microalbuminuria es sensiblemente inferior al resto de parámetros recogidos en el perfil de diabetes, alcanzando un valor de 22,13% en diciembre 2021.  
-La evaluación del riesgo del pie diabético no llega al 1,64% de los pacientes en diciembre de 2021, lo que puede tener consecuencias en la tasa de amputaciones

#### ANALISIS DE CAUSAS

-La baja determinación de microalbuminuria puede ser debido a la solicitud de analítica fuera del protocolo de DM o solicitud por otros motivos distintos de DM sin solicitar microalbuminuria.  
-El bajo resultado en el indicador de la evaluación del riesgo del pie diabético puede ser debido a un número menor de visita presenciales en los años anteriores debido a la pandemia y también a un registro incompleto en OMI en la exploración del pie diabético.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Formación sobre el plan personal de diabetes, pie diabético y su registro en OMI
2. Incrementar la determinación de microalbuminuria.
3. Incrementar la valoración del riesgo del pie diabético

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación en registro de planes personales al personal de nueva incorporación en el centro de salud.  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: María Luz

2. Formación en pie diabético por el personal de enfermería y su registro.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Víctor Grima

3. Recopilación de datos de microalbuminuria del cuadro de mando de DM.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Tatiana Orta

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Formación  
Tipo de indicador: Alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#996

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE SAGASTA/RUISEÑORES

Numerador .....: Número de profesionales de medicina de familia y enfermería que realizan la formación.

Denominador .....: Número de profesionales de medicina de familia y enfermería en el EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 2. Revisión HbA1C

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con al menos una prueba válida en DGP 'EHGBA1C' desde 6 meses antes del periodo de evaluación.

Denominador .....: Pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro mando AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 3. Revisión microalbuminuria

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes diabéticos = 15 años, diagnosticados antes de los últimos 12 meses, con revisión de microalbuminuria en el último año.

Denominador .....: Pacientes diabéticos = 15 años diagnosticados antes de los 12 últimos meses

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro mando DM

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 4. Pie de riesgo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con valoración del pie diabético de riesgo (DGP 'V\_RIESGP') en el periodo de evaluación.

Denominador .....: Pacientes diabéticos = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro mando AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#139

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S SAN JOSE CENTRO

Fecha de entrada: 16/06/2022

Nº de registro: 2022#139 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ESTEBAN ROBLEDO MARGARITA

Título  
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S SAN JOSE CENTRO

Colaboradores/as:  
BURILLO MATEO RAQUEL  
DOMINGO PASCUAL CONCEPCION  
GRACIA TRICAS MARIA DEL MAR  
JIMENEZ MARCEN ANA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: CS SAN JOSE

Servicio/Unidad principal .....: EAP SAN JOSE CENTRO

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La diabetes mellitus , es una de las enfermedades más prevalentes y con un mayor impacto sociosanitario, que ocasiona altas tasas de morbilidad y complicaciones crónicas. Actualmente padecen esta enfermedad un 9,3 % de la población mundial entre 20 y 79 años, con una clara tendencia al aumento en los próximos años  
En nuestro equipo, tras el análisis de los datos del cuadro de mandos de diabetes, se ha considerado necesario un incremento de los controles de la microalbuminuria y de la valoración del pie diabético. Estas acciones supondrán un mejor control de la enfermedad, que contribuirá al desarrollo de las competencias profesionales del personal sanitario y a la mejora de la salud de las personas diabéticas que residen en nuestra zona.

#### ÁREAS DE MEJORA

La determinación de microalbuminuria es mejorable habiendo alcanzando un valor de 51,69% en diciembre 2021.

La evaluación del riesgo del pie diabético no llega al 6% de los pacientes en diciembre de 2021.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La baja determinación de microalbuminuria puede ser debido a la solicitud de analítica fuera del protocolo de DM o solicitud por otros motivos distintos de DM sin solicitar microalbuminuria.

El bajo resultado en el indicador de la evaluación del riesgo del pie diabético puede ser debido a un número menor de visita presenciales en los años anteriores debido a la pandemia y también a un registro incompleto en OMI en la exploración del pie diabético.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Formación sobre el plan personal de diabetes, pie diabético y su registro en OMI
2. Incrementar la determinación de microalbuminuria y HbA1c
3. Incrementar la valoración del riesgo del pie diabético

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Asistencia de los profesionales del centro de salud a la sesión informativa facilitada desde la Dirección de Atención Primaria.

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2023  
Responsable.: DAPZ2 y Margarita Esteban

2. Formación en registro de planes personales a todo el personal sanitario del centro de salud, con un mínimo de 2 sesiones formativas anuales

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2023  
Responsable.: Mar Gracia y Conchita Domingo

3. Formación en pie diabético por el personal de enfermería y su registro.

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2023  
Responsable.: Conchita Domingo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#139

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S SAN JOSE CENTRO

##### 1. Formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Números de profesionales de medicina de familia y enfermería que realizan la formación

Denominador .....: Número de profesionales de medicina de familia y enfermería en el EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 2. Diabetes revisión HbA1C

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con al menos una prueba válida en DGP 'EHGBA1C' desde 6 meses antes del periodo de evaluación.

Denominador .....: Pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 42.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 45.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 45.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

##### 3. Revisión microalbuminuria

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes diabéticos= 15 años, diagnosticados antes de los últimos 12 meses, con revisión de microalbuminuria en el último año.

Denominador .....: Pacientes diabéticos = 15 años diagnosticados antes de los 12 últimos meses

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de DM

Est.Mín.1ª Mem ..: 52.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 54.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 54.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 57.00

##### 4. Diabetes - Pie de riesgo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con valoración del pie diabético de riesgo (DGP 'V\_RIESGP') en el periodo de evaluación.

Denominador .....: Pacientes diabéticos = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#757

### 1. TÍTULO

#### APROXIMACION DE LA SALUD BUCODENTAL A LOS USUARIOS DE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#757 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
QUIRCE SANCHEZ SUSANA

Título  
APROXIMACION DE LA SALUD BUCODENTAL A LOS USUARIOS DE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES

Colaboradores/as:  
VAZQUEZ ANDRE MARIA LUISA  
ZABALA RUIZ BELEN

Ubicación principal del proyecto.: CS SAN JOSE

Servicio/Unidad principal .....: EAP SAN JOSE CENTRO

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Disminución de patología bucodental mediante el aprendizaje de medidas de HO y medidas de prevención .  
Disminución de consultas de demanda en USB por problemas bucodentales susceptibles de control con prevención y mejora estado general de la población de tercera edad institucionalizada. Los estudios sobre salud oral en ancianos muestran una alta prevalencia de caries y de enfermedad periodontal, así como el aumento de la prevalencia de las alteraciones de la mucosa oral y la afectación de la función salival (xerostomía).

#### ÁREAS DE MEJORA

Desde nuestra unidad se ha detectado que, en muchas ocasiones, la salud bucodental de las personas que se encuentran institucionalizadas en centros de la tercera edad en diferentes grados de dependencia, no recibe la atención adecuada en materia de salud bucodental, provocando secundariamente diversas afecciones que repercuten negativamente en su calidad de vida y estado de salud general.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Desconocimiento de técnicas de higiene y mantenimiento de prótesis removibles y fijas. Carencia de habilidades en técnicas de Higiene Oral y hábitos dietéticos no cariogénicos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Se espera conseguir una mejora de la higiene bucodental, el mantenimiento de prótesis dentales y la adquisición de hábitos dietéticos, destinados a ancianos, hombres y mujeres, institucionalizados en residencias de mayores pertenecientes al barrio de San José, así como las instrucciones pertinentes a los trabajadores responsables de los mismos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Establecimiento de contacto telefónico con las residencias Hogar San José Hermanitas de los Ancianos Desamparados del barrio de San José y Centro de día y Apartamentos Tutelados Cai-Ozanam Pomarón

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final.: 10/10/2022

Responsable.: componentes unidad de salud bucodental

2. - Elaboración de los contenidos de los talleres de educación de salud bucodental y encuestas previas sobre conocimientos y de encuestas posteriores de satisfacción

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: componentes de la unidad de salud bucodental

3. - Realización de un taller de educación de salud bucodental a trabajadores y usuarios del Hogar San José Hermanitas de los Ancianos Desamparados del barrio de San José

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 17/10/2022

Responsable.: componentes de la unidad de salud bucodental

4. - Realización de un taller de educación de salud bucodental a trabajadores y usuarios del Centro de día y Apartamentos Tutelados Cai-Ozanam Pomarón

Fecha inicio: 13/02/2023

Fecha final.: 13/02/2023

Responsable.: componentes de la unidad de salud bucodental

5. - Análisis de los resultados del proyecto

Fecha inicio: 06/03/2023

Fecha final.: 27/03/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#757

### 1. TÍTULO

#### APROXIMACION DE LA SALUD BUCODENTAL A LOS USUARIOS DE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES

Responsable.: componentes de la unidad de salud bucodental

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de residentes asistentes a los talleres de alud bucodental

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: residentes que acuden al taller  
Denominador .....: residentes de la residencia de mayores  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de profesionales asistentes a los talleres de alud bucodental

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: profesionales que acuden al taller  
Denominador .....: profesionales de la residencia de mayores  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Cobertura residencias Número de residencias en las que se realiza taller

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: número de residencias participantes en el proyecto  
Denominador .....: número de residencias pa las que se les ha ofertado el taller  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Página web del Gobierno de Aragón  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. - Grado de satisfacción y conocimientos adquiridos mediante encuesta tipo Likert

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: puntuación obtenida en las encuestas  
Denominador .....: puntuación máxima que se puede obtener mediante las encuestas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: elaboración propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#860

### 1. TÍTULO

#### ESQUEMA RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN SOLEDAD Y FRAGILIDAD EN EL BARRIO DE SAN JOSE. EQUIPOS SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#860 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BURILLO MATEO RAQUEL

Título  
ESQUEMA RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN SOLEDAD Y FRAGILIDAD EN EL BARRIO DE SAN JOSE. EQUIPOS SAN JOSE CENTRO Y NORTE

Colaboradores/as:  
ANADON MORENO JUAN ANTONIO  
CLEMENTE ARMENDARIZ MARIA BELEN  
DOMINGO PASCUAL CONCEPCION  
EGEA AURIA MARIA  
GRACIA TRICAS MARIA DEL MAR  
QUIRCE SANCHEZ SUSANA  
SACRISTAN FERRER NATALIA

Ubicación principal del proyecto.: CS SAN JOSE

Servicio/Unidad principal .....: EAP SAN JOSE CENTRO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La soledad, aislamiento social (AS) y fragilidad determinan la salud personas que atendemos en Atención Primaria (AP). El conocimiento de estas situaciones permite que los trabajadores de la salud puedan identificarlas y establecer intervenciones para evitar resultados adversos en salud. La soledad, el aislamiento y la fragilidad es importante detectarlas por su impacto en bienestar y esperanza de vida al ser factor de riesgo morbi-mortalidad. Las personas que viven solas, con pluripatología, cuidadoras, síntomas depresivos, insomnio, viudedad jubilación, paro o empobrecimiento son más vulnerables. Actuaciones individuales en AP tienen poca efectividad. Son más efectivas las grupales, participativas, multidisciplinares, intersectoriales y comunitarias. Las ZBS de Canal Imperial -San José Sur (SJS), San José Centro (SJC) y San José Norte (SJN), pertenecen al barrio de San José de Zaragoza con 66.715 habitantes (967,06 km2 con una densidad de población de 726,35 hab/km2), 14,25 % de población extranjera y población sin estudios 35,06% Por zona básica presentan población >de 65 años 24,23% SJS, 25,48% SJC y 29,59% SJN ; > de 85 años 3,91% SJS, 3,88% SJC y 5,25% SJN; y el índice de sobreenviejecimiento 15,59% SJS, 13,95% SJC, 16,75% SJN. En el caso de los hogares unipersonales en >de 65 años es de 12,15% en SJS, 13,85% en SJC y 16,03% SJN y la esperanza de vida a los 65 años es similar. El índice de privación es de 1,13 SJS siendo uno de las mas elevadas de Zaragoza frente a SJC con 0,14 y 0,16 en SJN. La elevación de este indicador nos habla de que la desigualdad es mayor en SJS y por tanto en esa zona del barrio. Se ha visto que las zonas de mayor privación presentan tasas de mortalidad por todas las causas y de morbilidad más elevadas que las menos privadas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Los diferentes activos para la salud del barrio de San José pretenden ser un nexo de unión entre los recursos, la comunidad y los servicios sanitarios y pueden sumarse a través de su inclusión en esquemas de recomendación de activos para la salud a los procesos de atención en salud en AP en las poblaciones diana objeto de este proyecto. Debido a la situación de pandemia vivida, hemos detectado desde los centros de salud del barrio un aumento de casos de soledad, sedentarismo, y aislamiento social que contribuye a un aumento de la fragilidad

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En este momento en los Centros de Salud SJS, SJC y SJN se quiere desarrollar la Recomendación de Activos formal. Los Centros de Salud del barrio trabajan sobre la misma población, comparten recursos comunitarios, asociaciones por lo que se plantea articular el proceso conjuntamente en el barrio para facilitar su implementación, eficacia y factibilidad. Cada Centro de Salud presentará su proyecto distinto pero se va a trabajar conjuntamente aunando esfuerzos y recursos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar formación EAP sobre recomendación de activos
- Mejorar formación EAP sobre soledad, AS, fragilidad
- Detectar casos de soledad, AS y fragilidad codificar adecuadamente, en especial población vulnerable
- Detectar casos población anciana sola utilizando Escala UCLA validada.
- Reducir el riesgo de caídas mejorando la capacidad funcional del individuo (mejorando su puntuación en la escala SPPB)
- Facilitar coordinación entre activos para la salud y centro de salud
- Reducir proceso medicalización en soledad, AS y fragilidad, favoreciendo estructuración desmedicalizadora en consulta
- Generación circuito recomendación activos para la salud en EAP en casos soledad, AS y fragilidad utilizando guía recomendación activos para AP

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#860

### 1. TÍTULO

#### ESQUEMA RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN SOLEDAD Y FRAGILIDAD EN EL BARRIO DE SAN JOSE. EQUIPOS SAN JOSE CENTRO Y NORTE

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Fecha Prevista Inicio  
Fecha Prevista Fin  
Persona responsable  
Formación grupo trabajo y equipo. Sesiones sensibilización en entorno. Creación grupo intersectorial e intercentro. Mapeo activos.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Raquel Burillo , Belen Clemente
2. Actividades coordinación con recursos comunitarios para diseño, desarrollo y evaluación  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Juan Antonio Anadon, Maria Egea
3. Planteamiento codificación y acciones consulta individual (Códigos, Uso Escala UCLA, Riesgo Social, propuestas Desmedicalización, escala SPPB)  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Mar Gracia, Concepción Domingo
4. Generación y desarrollo circuito recomendación de activos según Guia Recomendación de Activos AP  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Natalia Sacristán, Susana Quince
5. Plan comunicación equipo EAP, evaluación seguimiento proyecto, evaluación final y propuestas mejora y comunicación resultados  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Raquel Burillo, Belen Clemente, Juan Antonio Anadon

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. No de protocolos "Activos para la salud" iniciados para diagnóstico s de soledad, AS y fragilidad  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº protocolos abiertos x dgco  
Denominador .....: total de pacientes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

2. Grado percepción mejora profesional  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº de protocolos con escala likert >=3  
Denominador .....: total de protocolos de activos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

3. Grado percepción satisfacción paciente  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº de protocolos con escala likert >=3  
Denominador .....: total de protocolos de activos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#860

### 1. TÍTULO

#### ESQUEMA RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN SOLEDAD Y FRAGILIDAD EN EL BARRIO DE SAN JOSE. EQUIPOS SAN JOSE CENTRO Y NORTE

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Personas con diagnóstico de soledad y/o aislamiento social y/o fragilidad

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#454

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S SAN JOSE NORTE

Fecha de entrada: 03/07/2022

Nº de registro: 2022#454 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RUIZ MOROLLON CRISTINA

Título  
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S SAN JOSE NORTE

Colaboradores/as:  
CASTELLOTT PERALES LORENA  
MARTIN BERNAD DANIEL  
ORTEGA BALLANO ANTONIA  
REDONDO ALBERO SUSANA  
RUATA LACLAUSTRA ANA  
TORRES BRAVO SANDRA

Ubicación principal del proyecto.: CS SAN JOSE

Servicio/Unidad principal .....: EAP SAN JOSE NORTE

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En nuestro EAP detectamos en el cuadro de mando de AG y de DM datos mejorables en la estrategia de Diabetes:

- Determinación de microalbuminuria y la evaluación del pie diabético.

#### ÁREAS DE MEJORA

- La determinación de microalbuminuria es mejorable, habiendo alcanzado un valor de 53,86 % en diciembre 2021.

- La evaluación del riesgo del pie diabético no llega al 3% de los pacientes en diciembre de 2021, lo que debe ser claramente mejorable.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La baja determinación de microalbuminuria puede ser debido a la solicitud de analítica fuera del protocolo de DM o solicitud por otros motivos distintos de DM sin solicitar microalbuminuria.

El bajo resultado en el indicador de la evaluación del riesgo del pie diabético puede ser debido a un número menor de visitas presenciales en los años anteriores debido a la pandemia COVID- 19 y también a un registro incompleto en OMI en la exploración del pie diabético.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Formación sobre el plan personal de diabetes, pie diabético y su registro en OMI.
2. Incrementar la determinación de microalbuminuria y Hb1AC.
3. Incrementar la valoración del riesgo del pie diabético.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Asistencia del personal sanitario del centro de salud a la sesión informativa facilitada desde la Dirección de Atención Primaria.

Fecha inicio: 04/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: ANA RUATA LACLAUSTRA

2. Formación en registro de planes personales al personal de nueva incorporación y de recuerdo para el personal sanitario ya existente en el Centro de Salud.

Fecha inicio: 04/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: CRISTINA RUIZ MOROLLON

3. Formación en pie diabético por el personal de enfermería y su registro.

Fecha inicio: 04/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: SUSANA REDONDO ALBERO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Formación

Tipo de indicador: Alcance



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#454

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S SAN JOSE NORTE

Numerador .....: Números de profesionales de medicina de familia y enfermería que realizan la formación.

Denominador .....: Número de profesionales de medicina de familia y enfermería en el EAP.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 2. Diabetes revisión HbA1C.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con al menos una prueba válida en DGP 'EHGBA1C' desde 6 meses antes del periodo de evaluación.

Denominador .....: Pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG.

Est.Mín.1ª Mem ..: 43.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 45.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 45.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

#### 3. Revisión microalbuminuria (Periodo a analizar: 12 meses.)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes diabéticos= 15 años, diagnosticados antes de los últimos 12 meses, con revisión de microalbuminuria en el último año.

Denominador .....: Pacientes diabéticos = 15 años diagnosticados antes de los 12 últimos meses

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de DM.

Est.Mín.1ª Mem ..: 54.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

#### 4. Diabetes - Pie de riesgo.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con valoración del pie diabético de riesgo (DGP 'V\_RIESGP') en el periodo de evaluación.

Denominador .....: Pacientes diabéticos = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG.

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1120

### 1. TÍTULO

#### MEJORAR LOS CUIDADOS QUE SE PRESTAN EN SITUACION DE ULTIMOS DÍAS AUMENTANDO LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1120 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOZANO TORRUBIA MARIA DE LAS NIEVES

Título  
MEJORAR LOS CUIDADOS QUE SE PRESTAN EN SITUACION DE ULTIMOS DÍAS AUMENTANDO LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO DE SALUD

Colaboradores/as:  
ERREA ALBIOL JOSE MARIA  
LACLAUSTRA MENDIZABAL BLANCA ISABEL  
LEZCANO CISNEROS AMPARO  
MAINAR GARCIA PILAR  
REDONDO ALBERO SUSANA  
SANCHEZ CASAS SARA

Ubicación principal del proyecto.: CS SAN JOSE

Servicio/Unidad principal .....: EAP SAN JOSE NORTE

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Según el Padrón Municipal de Zaragoza de 2022 en el barrio de San José viven 63.044 personas, de los cuales hay mayores de 80 años 4.027 mujeres y 2.323 hombres. La tasa de dependencia es del 60%, la tasa de envejecimiento es del 253% y la tasa de sobre-envejecimiento es del 19%. Según la OMS el entre el 1-1.5% padecen enfermedades o condiciones crónicas evolutivas y pronóstico de vida limitado, lo que debería determinar un enfoque paliativo gradual más centrado en la mejora de la calidad de vida. La Ley 10/2011, 24 de marzo de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y muerte, en su Art.12 expresa el derecho del paciente a recibir cuidados paliativos integrales y a la elección del domicilio para recibirlos... es por tanto una obligación de los profesionales formarnos para poder asistir a los pacientes en situación de últimos días en el lugar que ellos deseen. Hacerlo en su entorno habitual, si hay unas buenas condiciones sociofamiliares, favorece la adecuación del esfuerzo terapéutico, el confort, el estar acompañado de sus seres queridos, facilita las despedidas y la elaboración del duelo.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Ausencia de plan formativo en situación de últimos días.
2. Desconocimiento del uso de la vía subcutánea.
3. Accesibilidad al material y a los fármacos a utilizar.
4. Comunicación con el paciente y su entorno.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. En el calendario formativo no se han incluido sesiones sobre esta materia.
2. El uso de la vía subcutánea no está extendido en los profesionales sanitarios.
3. En ocasiones hay carencia de determinados fármacos
4. No hemos recibido formación en comunicación al final de la vida

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- o Favorecer la permanencia en domicilio de aquellos pacientes que así lo deseen.
- o Evitar el encarnizamiento terapéutico.
- o Adquirir seguridad cuando nos enfrentamos a estas situaciones.
- o Aumentar la satisfacción profesional
- o Disponer de fármacos y material de forma reglada.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión formativa sobre cuidados de confort.

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final.: 18/11/2022

Responsable.: Pilar Mainar García

2. Técnica de colocación y uso de la vía subcutánea. Presentación del nuevo kit.

Fecha inicio: 21/11/2022

Fecha final.: 02/12/2022

Responsable.: Sara Sánchez Casas, José María Errea

3. Control de síntomas y uso de fármacos por vía subcutánea.

Fecha inicio: 12/12/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1120

### 1. TÍTULO

#### MEJORAR LOS CUIDADOS QUE SE PRESTAN EN SITUACION DE ULTIMOS DÍAS AUMENTANDO LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO DE SALUD

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: Nieves Lozano Torrubia

4. Burocracia del fallecimiento y comunicación.

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 20/01/2023

Responsable.: Nieves Lozano Torrubia

5. Encuesta preformativa.

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 04/11/2022

Responsable.: Nieves Lozano Torrubia

6. Encuesta postformativa.

Fecha inicio: 30/01/2023

Fecha final.: 03/02/2023

Responsable.: Nieves Lozano Torrubia

7. Encuesta de satisfacción

Fecha inicio: 06/02/2023

Fecha final.: 10/02/2023

Responsable.: Nieves Lozano Torrubia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de profesionales sanitarios del CS que han recibido la formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Profesionales sanitarios que han asistido a la formación

Denominador ..... Profesionales sanitarios del CS

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Hojas de firmas

Est.Mín.1ª Mem .. 60.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 80.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

2. Número kits vía subcutánea empleada

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Número de kits empleados

Denominador ..... 1

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Hoja de firmas

Est.Mín.1ª Mem .. 5.00

Est.Máx.1ª Mem .. 10.00

Est.Mín.2ª Mem .. 8.00

Est.Máx.2ª Mem .. 10.00

3. Grado de satisfacción de los profesionales de 1 a 5

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Numero de profesionales encuestados con un grado de satisfacción superior o igual a 4

Denominador ..... Numero de profesionales encuestados

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Encuesta propia

Est.Mín.1ª Mem .. 75.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 90.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1120

### 1. TÍTULO

**MEJORAR LOS CUIDADOS QUE SE PRESTAN EN SITUACION DE ULTIMOS DÍAS AUMENTANDO LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO DE SALUD**

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#15

### 1. TÍTULO

#### BLOG CENTRO DE SALUD CANAL IMPERIAL

Fecha de entrada: 25/05/2022

Nº de registro: 2022#15 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DE ORTE PEREZ MARIA

Título  
BLOG CENTRO DE SALUD CANAL IMPERIAL

Colaboradores/as:  
GOMEZ BIBIAN ELENA  
HERRERO ALONSO MANUEL ARTURO  
MAESTRO CEBAMANOS SOFIA  
PELET LAFITA EVA MARIA  
SANTOS GUERRERO MARIA SOLEDAD  
SOLA ANTON JOSE FERNANDO  
VALERO FERNANDO MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS CANAL IMPERIAL

Servicio/Unidad principal .....: EAP SAN JOSE SUR

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La creación del Blog como una herramienta informática del centro de salud Canal Imperial se forma para difundir a través de una guía los recursos de la Atención Primaria como servicios, horarios, profesionales etc. Se abordará información sobre los recursos y aspectos sobre prevención, promoción de la salud y la participación comunitaria. Intentando resolver a través de sus contenidos las dudas que puedan surgir.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se realiza dicho proyecto al detectar la necesidad de realizar un contacto directo con la comunidad a través de un feedback continuo para solventar dudas y tratar de ser un punto de apoyo clave para minimizar al máximo los problemas o complicaciones y potenciar el empoderamiento activo del usuario favoreciendo, a su vez, la promoción y prevención de la salud.

pretende que sea un canal directo con la comunidad a la que se atiende, consiguiendo un feedback con el usuario para trabajar en conjunto

#### ANALISIS DE CAUSAS

Tras la pandemia observamos que los usuarios nos demandaban más información y les surgían dudas sobre los distintos protocolos nuevos, entre otras cosas. Por eso, consideramos importante llevar a cabo este proyecto para estar en continua relación con el barrio.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Difundir actividades que se realicen desde el centro de salud en relación a autocuidado, grupos de apoyo, educación para la salud y otras actividades de prevención y promoción de la salud.
- Dar a conocer información de interés para grupos de usuarios: visitas programadas de salud infantil, calendario vacunal, fisioterapia, taller de estimulación cognitiva...
- Favorecer la comunicación entre los pacientes y el personal de Centro de Salud Canal Imperial.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Sesión informativa y formativa de los componentes del equipo de mejora y del resto de personal que puede estar implicado en la elaboración del Blog.

Fecha inicio: 11/01/2022  
Fecha final.: 25/12/2023  
Responsable.: María de Orte

2. -Difusión del proyecto y de las mejoras que se esperan conseguir entre profesionales y comunidad.

Fecha inicio: 11/01/2022  
Fecha final.: 25/12/2023  
Responsable.: Eva Mª Pelet

3. -Elaboración del Blog creación, distribución de los distintos apartados, contenidos y secciones del mismo.

Fecha inicio: 25/01/2022  
Fecha final.: 25/12/2023  
Responsable.: María Soledad Santos

4. -Sesión bimensual presentando al resto de profesionales interesados el recurso (blog) elaborado.

Fecha inicio: 28/02/2022  
Fecha final.: 28/12/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#15

### 1. TÍTULO

#### BLOG CENTRO DE SALUD CANAL IMPERIAL

Responsable.: María Valero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. - Nº de pots creados en 1 año

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de pots creados totales  
Denominador .....: Año  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Base de datos de la página del blog  
Est.Mín.1ª Mem ..: 12.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 12.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. - Nº de visitas al blog realizadas en 1 año.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de visitas al blog totales  
Denominador .....: Año  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Base de datos de la página del blog  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1000.00

3. -Información de activos para la salud publicados en el post

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Información de activos para la salud publicados en el post  
Denominador .....: Año  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Base de datos de la página del blog e información obtenida por la comunidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 12.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 12.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

4. -Información del Consejo de Salud

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Información del Consejo de Salud  
Denominador .....: Año  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Base de datos de la página del blog e información obtenida por la comunidad y el Consejo de Salud  
Est.Mín.1ª Mem ..: 6.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 12.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 12.00

5. - Grado de satisfacción de los pacientes

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: numero de pacientes con un grado de satisfaccion 4 -5  
Denominador .....: numero de pacientes encuestados  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: encuesta de satisfaccion  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#15

### 1. TÍTULO

#### **BLOG CENTRO DE SALUD CANAL IMPERIAL**

---

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#765

### 1. TÍTULO

#### VISITA TU CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#765 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ROY MELUS CRISTINA

Título  
VISITA TU CENTRO DE SALUD

Colaboradores/as:  
GOMEZ BIBIAN ELENA  
LUJAN SERRANO M. VIRGINIA  
PELET LAFITA EVA MARIA  
PEREZ RAMIREZ VERONICA  
RIVERO SANZ OLGA M.  
SANTOS GUERRERO MARIA SOLEDAD  
ZAMORA BAGÜES MARTA

Ubicación principal del proyecto.: CS CANAL IMPERIAL

Servicio/Unidad principal .....: EAP SAN JOSE SUR

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Consideramos fundamental aproximarnos a este grupo de población tras detectar las siguientes necesidades. Tras la pandemia, hemos detectado que los niños entre 7-8 años han visto aumentado su miedo a acudir a los centros de salud. A su vez, vemos relevante tratar también otros aspectos que se han visto afectados: uso excesivo de pantallas, aumento del sedentarismo, una alimentación inadecuada, aumento de conductas agresivas...

Hemos considerado importante enfocarnos en esta edad dado que es cuando comienzan a ser conscientes de la situación pero, sin embargo, no presentan un razonamiento deductivo adecuado para comprenderla. Relacionan el centro de salud con lo vivido anteriormente por la pandemia (test de antígeno, vacuna, exploraciones llevadas a cabo con equipos de protección...). A su vez, queremos trabajar con este grupo dado que al estar en el período de adquisición de hábitos de vida saludables nos permite trabajar sobre la promoción de la salud y no sólo actuar sobre el problema.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Ansiedad/miedo en al asistencia al Centro de Salud
- Reducir sedentarismo y otros hábitos no saludables.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Debido a la pandemia se ha observado una disminución de la actividad física en este grupo de edad repercutiendo de manera negativa en su estado de salud y en consecuencia aumentando también la ansiedad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Promocionar un estilo de vida saludable, reduciendo el sedentarismo y potenciando los beneficios del ejercicio físico.
- Acercar el Centro de Salud a la población infantil, mostrándolo como un espacio cercano y accesible para ellos con la finalidad de reducir sus miedos y minimizar su ansiedad.
- Educar en el uso adecuado de pantallas y nuevas tecnologías.
- Educar en una conducta de igualdad y evitar situaciones agresivas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión de equipo para valorar la problemática en este grupo de población tras la pandemia y realizar un estudio de sus necesidades.

Fecha inicio: 20/09/2022

Fecha final.: 20/09/2022

Responsable.: Cristina Roy

2. Contactar con los colegios de la zona y los diversos recursos con sus respectivos profesores y directivos para conocer las necesidades detectadas en las aulas para su posterior abordaje.

Fecha inicio: 18/10/2022

Fecha final.: 18/10/2022

Responsable.: Eva Pelet

3. Se realiza la programación de los diversos talleres llevados a cabo y la visita de los alumnos al Centro de Salud.

Fecha inicio: 25/10/2022

Fecha final.: 25/10/2022

Responsable.: Virginia Lujan y Marisol Santos



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#765

### 1. TÍTULO

#### VISITA TU CENTRO DE SALUD

4. Comenzaremos con la primera visita de los alumnos al Centro de Salud y al finalizar realizaremos los talleres  
Fecha inicio: 13/12/2022  
Fecha final.: 24/01/2023  
Responsable.: Olga Rivero y Marta Zamorano

5. Segunda visita de los alumnos al Centro de Salud y al finalizar realizaremos los talleres  
Fecha inicio: 31/01/2023  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Elena Gomez

6. Se les entregará a los colegios unos sencillos cuestionarios para rellenarlas por el alumnado y el profesorado  
Fecha inicio: 07/03/2023  
Fecha final.: 21/03/2023  
Responsable.: Veronica Perez

7. Realizaremos la evaluación del proyecto y valoraremos las áreas de mejora

Fecha inicio: 18/04/2023  
Fecha final.: 18/04/2023  
Responsable.: Todas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cobertura centros escolares

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Centros escolares que han participado

Denominador .....: Total de centros escolares adscritos a la zona básica de salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recuento

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

2. Potenciar la actividad física en los niños entre 7-8 años

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Niños que han empezado algun tipo de deporte despues de la actividad

Denominador .....: Total de niños

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

3. Reducir el miedo de los niños a acudir al Centro de Salud

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de niños con miedo antes del proyecto

Denominador .....: nº de niños con miedo al finalizar el proyecto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Disminuir el tiempo diario de uso de pantallas y nuevas tecnologías realizando un uso adecuado

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de horas de exposición a pantallas antes del proyecto

Denominador .....: nº de horas de exposición a pantallas despues del proyecto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. Disminuir las situaciones agresivas en el aula y recreo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#765

### 1. TÍTULO

#### VISITA TU CENTRO DE SALUD

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: nº de agresiones en el aula y en el recreo antes del proyecto  
Denominador .....: nº de agresiones en el aula y en el recreo despues del proyecto  
 $x(1-100-1000)$  ...: 100  
Fuentes de datos.: Consulta a colegio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#841

### 1. TÍTULO

#### ESQUEMA RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN SOLEDAD Y FRAGILIDAD EN EL BARRIO DE SAN JOSE. EQUIPO CANAL IMPERIAL-SAN JOSE SUR

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#841 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BENEDE AZAGRA CARMEN BELEN

Título  
ESQUEMA RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN SOLEDAD Y FRAGILIDAD EN EL BARRIO DE SAN JOSE. EQUIPO CANAL IMPERIAL-SAN JOSE SUR

Colaboradores/as:  
AYARZA IZAGUERRI CARMEN  
CASADO BLANCAS MARIA OLGA  
DE ORTE PEREZ MARIA  
LUJAN SERRANO M. VIRGINIA  
NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ  
ROY MELUS CRISTINA  
SOLA ANTON JOSE FERNANDO

Ubicación principal del proyecto.: CS CANAL IMPERIAL

Servicio/Unidad principal .....: EAP SAN JOSE SUR

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La soledad, aislamiento social (AS) y fragilidad determinan la salud personas en Atención Primaria (AP). El conocimiento de estas situaciones permite que los trabajadores de la salud puedan identificarlas y establecer intervenciones para evitar resultados adversos en salud. Soledad, AS y fragilidad son importante detectarlas por su impacto en bienestar y esperanza de vida al ser factor de riesgo morbi-mortalidad. Las personas que viven solas, con pluripatología, cuidadoras, síntomas depresivos, insomnio, viudedad jubilación, paro o empobrecimiento son más vulnerables. Actuaciones individuales en AP tienen poca efectividad. Son más efectivas las grupales, participativas, multidisciplinares, intersectoriales y comunitarias. Las ZBS de Canal Imperial-San José Sur (SJS), San José Centro (SJC) y San José Norte (SJN), pertenecen al barrio de San José de Zaragoza con 66.715 habitantes (967,06 km<sup>2</sup> con una densidad de población de 726,35 hab/km<sup>2</sup>), 14,25 % de población extranjera y población sin estudios 35,06%. Por zona básica: población >de 65 años 24,23% SJS, 25,48% SJC y 29,59% SJN; > de 85 años 3,91% SJS, 3,88% SJC y 5,25% SJN; y el índice de sobreenvejecimiento 15,59% SJS, 13,95% SJC, 16,75% SJN. En el caso de los hogares unipersonales en >de 65 años es de 12,15% en SJS, 13,85% en SJC y 16,03% SJN y la esperanza de vida a los 65 años es similar. El índice de privación es de 1,13 SJS siendo uno de los más elevadas de Zaragoza frente a SJC con 0,14 y 0,16 en SJN. La elevación de este indicador indica que la desigualdad es mayor en SJS y en esa zona del barrio. Se ha visto que las zonas de mayor privación presentan tasas de mortalidad por todas las causas y de morbilidad más elevadas que las menos privadas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Los diferentes activos para la salud del barrio de San José pretenden ser un nexo de unión entre los recursos, la comunidad y los servicios sanitarios y pueden sumarse a través de su inclusión en esquemas de recomendación de activos para la salud a los procesos de atención en salud en AP en la población diana objeto de este proyecto. Debido a la situación de pandemia vivida, hemos detectado desde los centros de salud del barrio un aumento de casos de soledad, sedentarismo, y aislamiento social que contribuye a un aumento de la fragilidad

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En este momento en los Centros de Salud SJS, SJC y SJN se quiere desarrollar la Recomendación de Activos formal. Los Centros de Salud del barrio trabajan sobre la misma población, comparten recursos comunitarios, asociaciones por lo que se plantea articular el proceso conjuntamente en el barrio para facilitar su implementación, eficacia y factibilidad. Cada Centro de Salud presentará su proyecto distinto pero se va a trabajar conjuntamente aunando esfuerzos y recursos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar formación EAP sobre recomendación de activos
- Mejorar formación EAP sobre soledad, AS, fragilidad
- Detectar casos de soledad, AS y fragilidad codificar adecuadamente, en especial población vulnerable
- Detectar casos población anciana sola utilizando Escala UCLA validada.
- Reducir el riesgo de caídas mejorando la capacidad funcional del individuo (mejorando su puntuación en la escala SPPB)
- Facilitar coordinación entre activos para la salud y centro de salud
- Reducir proceso medicalización en soledad, AS y fragilidad, favoreciendo estructuración desmedicalizadora en consulta
- Generación circuito recomendación activos para la salud en EAP en casos soledad, AS y fragilidad utilizando guía recomendación activos para AP

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#841

### 1. TÍTULO

#### ESQUEMA RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN SOLEDAD Y FRAGILIDAD EN EL BARRIO DE SAN JOSE. EQUIPO CANAL IMPERIAL-SAN JOSE SUR

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación grupo trabajo y equipo. Sesiones sensibilización en entorno. Creación grupo intersectorial e intercentro. Mapeo activos.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Belén Benedé, Josetxu Sola

2. Actividades coordinación con recursos comunitarios para diseño, desarrollo y evaluación

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Carmen Ayarza, Maria de Orte

3. Planteamiento codificación y acciones consulta individual (Códigos, Uso Escala UCLA, Riesgo Social, propuestas Desmedicalización, escala SPPB)

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Virginia Lujan Olga Casado

4. Generación y desarrollo circuito recomendación de activos según Guia Recomendación de Activos AP

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Paz Navarro, Cristina Roy

5. Plan comunicación equipo EAP, evaluación seguimiento proyecto, evaluación final y propuestas mejora y comunicación resultados

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Paz Navarro, Josetxu, Belén Benedé, Olga Casado, Carmen Ayarza

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de protocolos "Activos para la salud" iniciados para diagnósticos de soledad, AS y fragilidad

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº protocolos abiertos x dgco

Denominador .....: total de pacientes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: base datos OMI AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

2. Grado percepción mejora profesional

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de protocolos con escala likert >o =3

Denominador .....: total de protocolos de activos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: base datos OMI AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

3. Grado percepción satisfacción paciente

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de protocolos con escala likert >o =3

Denominador .....: total de protocolos de activos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: base datos OMI AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#841

### 1. TÍTULO

**ESQUEMA RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN SOLEDAD Y FRAGILIDAD EN EL BARRIO DE SAN JOSE. EQUIPO CANAL IMPERIAL-SAN JOSE SUR**

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Personas con diagnóstico de soledad y/o aislamiento social y/o fragilidad

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#656

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LAS HABILIDADES DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD EN EL MANEJO DE LAS APLICACIONES INFORMATICAS DEL SALUD

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#656 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
PERIBañEZ GARCIA ROBERTO

Título  
MEJORA DE LAS HABILIDADES DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD EN EL MANEJO DE LAS APLICACIONES INFORMATICAS DEL SALUD

Colaboradores/as:  
ANTOÑANZAS SERRANO ALMA  
LAHOZ BERNAD ISABEL  
POLO OLIETE ALICIA  
ALVIRA REBOLLO ANUNCIACION  
GONZALEZ RODRIGUEZ MONICA  
MACIPE COSTA ROSA MARIA  
TRICAS RANCHAL CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: CS SAN PABLO

Servicio/Unidad principal .....: EAP SAN PABLO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La brecha digital es uno de esos problemas que ya existían, pero que la pandemia ha colocado definitivamente encima de la mesa. La brecha digital toca muchos ámbitos, y uno de ellos es el como afecta al acceso a los servicios públicos.

Las restricciones por la pandemia, generaron que muchos circuitos presenciales pasaran a no presenciales y que la necesidad de ordenar los accesos implicara pedir cita previa. Las restricciones de movilidad durante la pandemia generaron que para acceder a los centros de salud sólo se pudiera hacer a través del teléfono o la aplicación Salud Informa. El acceso por teléfono ha sido muy difícil por lo que las personas que no manejan la aplicación informática han tenido durante este periodo dificultades de acceso.

Así como es evidente que las nuevas tecnologías han aumentado la accesibilidad de una parte de la población, para otra (personas mayores, inmigrantes, sin recursos etc..) la ha empeorado claramente, generándose inequidades que alimentan la ley de cuidados inversos (hacer más uso de las prestaciones las personas que menos las necesitan) Desde este centro de salud hemos detectado inequidades y dificultades a la hora de la citación a través de la web y la aplicación móvil, en temas tan importantes como la vacunación COVID o la descarga de certificados COVID. Con este proyecto pretendemos disminuir el tamaño de esa brecha, formando a las personas interesadas en cómo acceder a la aplicación de Salud Informa desde sus móviles y conocer sus funcionalidades

#### ÁREAS DE MEJORA

La accesibilidad y manejo de aplicaciones y funcionalidades de la plataforma Salud Informa por parte de la población afectada por la brecha digital.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La brecha digital es una realidad que la pandemia ha aumentado claramente. Hay una parte grande de la población que no puede acceder a los servicios via telemática bien por falta de dispositivos, falta de conectividad, falta de habilidades, o complejidad de los trámites via on line. Esta brecha tiene que ver mucho con la pobreza y la vulnerabilidad y sus causas. Las Administraciones que están generando o ahondando en esas brechas deberían tender puentes para intentar no dejar fuera de sus prestaciones a la población más vulnerable.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Formar en el uso de la aplicación móvil Salud Informa a aquellos colectivos que pueden precizarla y que por edad o conocimientos no se desenvuelven bien en medios digitales (personas mayores con Smartphone pero poco conocimiento sobre su uso, población migrante).

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un taller de corte práctico, en el que se plantea en pequeños grupos distintas funcionalidades de la aplicación, así como el aprendizaje tutorizado de la misma

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 30/05/2022

Responsable.: Roberto Peribañez

2. Oferta del taller a usuarios del centro de salud. Para ello se elaborarán carteles y folletos que se colgarán en el centro y se ofertarán a pacientes dentro de las consultas

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#656

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LAS HABILIDADES DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD EN EL MANEJO DE LAS APLICACIONES INFORMATICAS DEL SALUD

Responsable.: Roberto Peribañez

3. Oferta del taller a las entidades que participan en el Consejo de Salud, de manera que nos desplazaremos a dichas entidades para impartirlo

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Rosa Macipe

4. Tras cada uno de los talleres impartidos se pedirá a los participantes que rellenen una encuesta de satisfacción y se comprobará si las personas participantes han aprendido al menos a pedir cita a t

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Roberto Peribañez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. N.º de personas que han participado en alguno de los talleres organizados dentro del centro de salud

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: .

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro participantes

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

2. N.º de entidades en las que se ha impartido el taller

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: .

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro participantes

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

3. N.º de usuarios de entidades que han participado en el taller

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: .

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro participantes

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

4. % de participantes que al final del taller saben utilizar la plataforma Salud Informa

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de participantes que al terminar el taller presentan unos conocimientos adecuados del

uso de la aplicación

Denominador .....: Número total de participantes del taller.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta al final del taller

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Grado de satisfacción de los participantes en el taller

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: .

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Encuesta al final del taller.

Est.Mín.1ª Mem ..: 7.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#656

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LAS HABILIDADES DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD EN EL MANEJO DE LAS APLICACIONES INFORMATICAS DEL SALUD

Est.Mín.2ª Mem ..: 7.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#905

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN ATENCION PRIMARIA MEDIANTE EL TRIAJE TELEFONICO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA Y SITUACIONES ENFERMEDADES ESPECIALES

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#905 \*\* Continuidad asistencial: consulta no presencial \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GUZMAN BARRANCO MARIA MAR

Título  
PROYECTO DE MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN ATENCION PRIMARIA MEDIANTE EL TRIAJE TELEFONICO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA Y SITUACIONES ENFERMEDADES ESPECIALES

Colaboradores/as:  
MARTINEZ CASBAS JOSE PEDRO  
MARTINEZ DOMINGO MARIA PILAR  
PALACIN ARBUES JUAN CARLOS

Ubicación principal del proyecto.: CS SAN PABLO

Servicio/Unidad principal .....: EAP SAN PABLO

Línea estratégica: Continuidad asistencial: consulta no presencial

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La transición de los pacientes desde el ingreso hospitalario, y en menor medida desde el servicio de urgencias hospitalarias, a su domicilio y entorno habitual es un proceso en general poco estructurado, que adolece de numerosas dificultades de orden práctico y supone un momento crítico que causa al paciente una gran vulnerabilidad.

La coordinación de AP-AE resulta fundamental para que el régimen de tratamientos y cuidados iniciados desde el hospital puedan mantenerse tras el alta del mismo, adaptándose a la realidad cotidiana y se consolide en un plan de seguimiento desde atención primaria.

Aunque existe un sistema de notificación en la historia clínica OMI-AP, esta transición se realiza en gran parte de manera informal desde los familiares/cuidadores del paciente y choca en gran medida con problemas de coordinación temporal (altas "de los viernes", etc).

Este sistema de notificación es reflejado en el "buzón de informes recibidos" del aplicativo OMI-AP donde se vierten los informes de las altas hospitalarias (área médica, quirúrgica, obstétrica, urgencias y salud pública) vinculados a cada médico de familia.

Dado que en todos los protocolos y documentos de transición de pacientes AE-AP, es el personal enfermero quien asume y dirige dicha coordinación, se propone como medida organizativa para esta continuidad asistencial, la total integración de esta actividad en la rutina laboral.

De tal forma que, tras el alta hospitalaria y/o servicio de urgencias, comunicación de salud pública, etc, debe haber una consulta precoz al alta, mayormente telefónica o presencial si es el caso, a las 24-48 horas por parte del personal enfermero de referencia del paciente.

En estos momentos no es posible obtener dicha información de forma directa por el personal de enfermería de AP; resulta obligado desarrollar la herramienta informática que facilite el proceso y no dejar, como en la actualidad ocurre, al personal médico como responsable

de canalizar esta información a quien verdaderamente debe ser el profesional encargado de liderar y desarrollar esa continuidad.

Es un proyecto novedoso, incorpora novedades tecnológicas, potencia la mejora continua de la calidad asistencial en AP y considera la satisfacción de profesionales y de los ciudadanos, así como a su vez la interrelación de los mismos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Desarrollo de herramienta informática para que enfermería tenga acceso a las altas hospitalarias tanto de ingresos como de los servicios de urgencia y/o comunicaciones de salud pública.  
Disminución del tiempo en las transiciones AP-AE

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Dificultad en la obtención de información desde Enfermería

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal es mejorar la continuidad asistencial del paciente mejorando la transición tras el alta hospitalaria y del servicio de urgencias, así como de los pacientes con enfermedades especiales captados por salud pública (ejemplo enfermos de Covid).

Objetivos secundarios sería la sistematización de la realización del personal de enfermería de AP del primer contacto con el paciente tras el alta, ya sea por ingreso hospitalario o por acudir al servicio de urgencias del Hospital, de forma precoz (24-48 horas).

Otro objetivo secundario a destacar sería el contacto en las primeras 24 - 48 horas, así como el seguimientos de los usuarios en situaciones de enfermedades especiales donde el paciente no puede acudir o no debe acudir al centro de AP, como ya hemos vivido con los pacientes Covid.

En definitiva la puesta en marcha de este proyecto conllevará a la mejora de la efectividad, eficiencia y una

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#905

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN ATENCION PRIMARIA MEDIANTE EL TRIAJE TELEFONICO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA Y SITUACIONES ENFERMEDADES ESPECIALES

mejor respuesta de acceso y asistencia a los usuarios de Atención Primaria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisar las Altas (Hospitalarias o del servicio de urgencias) y/o usuarios en situación de enfermedades especiales. Cada día de forma sistemática.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Personal de enfermería

2. Contactar con el usuario en un máximo de 48 horas, para responder a las necesidades que tengan derivadas de la situación de su nuevo estado de salud

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Personal de enfermería

3. Desarrollar la herramienta informática en OMI-AP para enfermería.

Fecha inicio: 27/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Servicio de informática

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se ha estado realizando de manera informal en la consulta de dos de los responsables de este proyecto, M<sup>a</sup> Mar Guzmán y Juan Carlos Palacin dando resultados muy positivos.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de pacientes que tras el alta tienen el primer contacto con enfermería

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes que tras el alta tiene el primer contacto con enfermería

Denominador .....: Nº de altas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. Número de agendas de enfermería con creación de huecos específicos de DNP para contacto al alta

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de agendas de enfermería con creación de huecos específicos de DNP para contacto al alta

Denominador .....: Nº de agendas de enfermería

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Porcentaje de altas hospitalarias (incluido servicio de urgencias), acogidas por AP en 48h

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de altas hospitalarias (incluido servicio de urgencias), acogidas por AP en 48h

Denominador .....: Total de altas hospitalarias (incluido servicio de urgencias)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP, HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Zona básica de salud.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todas las patologías.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#905

### 1. TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN ATENCION PRIMARIA MEDIANTE EL TRIAJE TELEFONICO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA Y SITUACIONES ENFERMEDADES ESPECIALES**

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1048

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE UN PROYECTO DE ACOGIDA PARA MEJORAR LA ASISTENCIA SANITARIA A PACIENTES REFUGIADOS UCRANIANOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN PABLO

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1048 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TRICAS RANCHAL CARMEN

Título  
DESARROLLO DE UN PROYECTO DE ACOGIDA PARA MEJORAR LA ASISTENCIA SANITARIA A PACIENTES REFUGIADOS UCRANIANOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN PABLO

Colaboradores/as:  
POLO OLIVETE ALICIA  
ALONSO GREGORIO MILAGROS  
AZNAREZ LAHUERTA MARTA  
BENEDI ARTAL SONIA  
GIMENO FELIU LUIS  
LABARTA PUEYO ANA  
PEREZ JUAN PAULA

Ubicación principal del proyecto.: CS SAN PABLO

Servicio/Unidad principal .....: EAP SAN PABLO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde mediados de marzo hemos recibido pacientes de origen ucraniano, refugiados en nuestro país a causa de la guerra. Existen dificultades en la asistencia, tanto por su situación social, con todo lo que puede conllevar para la salud, como por motivo de la barrera idiomática y las dificultades en el acceso para personas que desconocen cómo funciona este sistema sanitario y sus derechos aquí.

Desde las consultas se observó la necesidad de realizar como centro un proyecto para unificar criterios sobre cómo se iba a desarrollar la asistencia. Los tiempos asignados para una consulta a demanda son escasos para una visita de primer día en cualquier caso, para estos pacientes que además precisan un intérprete, el tiempo se convierte en una dificultad importante para resolver la consulta.

En el barrio de San Pablo hay varias ONG como ACCEM, Cruz Roja, CEPAIM que están trabajando con personas refugiadas ucranianas y acogiéndolas en diferentes ubicaciones, por lo que surgió de ahí la necesidad de estar en contacto para trabajar de forma conjunta y coordinada.

Con este proyecto pretendemos mejorar la asistencia sanitaria a las personas que acuden a nuestro centro de salud en coordinación con las asociaciones de la zona que participan en la acogida de los refugiados ucranianos y conseguir una buena integración en el sistema sanitario.

#### ÁREAS DE MEJORA

La accesibilidad al sistema sanitario, la coordinación entre el CS y las ONG y la asistencia de calidad a los pacientes.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desde el inicio de esta nueva situación, recibimos pacientes de origen ucraniano que precisaban atención sanitaria. Poco a poco fuimos observando que se trataban de consultas de mayor complejidad y que era necesario más tiempo y coordinación para poder ofrecerles el mejor servicio. Algunos de los problemas encontrados eran la barrera idiomática, el desconocimiento en el acceso al centro y el funcionamiento del sistema sanitario. Sumado a esto, como cualquier nuevo paciente del cupo precisa una recogida de datos relacionados con sus antecedentes personales antes de atender cualquier problema agudo, por lo que para responder a las demandas con medicina de forma eficiente, era necesaria una consulta de acogida previa con enfermería.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

General:  
Desarrollar un circuito de acogida a pacientes refugiados ucranianos en coordinación con las asociaciones de la Zona Básica de Salud.

#### Específicos:

Contactar/coordinar con las asociaciones que atienden/acogen a Ucranianos.  
Consensuar prioridades en la atención a esta población  
Informar a las ONGs de acogida sobre los aspectos fundamentales en relación a la salud de este colectivo  
Crear en el centro de salud una vía de atención a pacientes refugiados ucranianos.  
Realizar una consulta inicial de acogida para personas Ucranianas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión de EAP para valorar las necesidades y establecer prioridades

Fecha inicio: 04/05/2022

Fecha final.: 04/05/2022

Responsable.: Luis Andrés Gimeno Felio

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1048

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE UN PROYECTO DE ACOGIDA PARA MEJORAR LA ASISTENCIA SANITARIA A PACIENTES REFUGIADOS UCRANIANOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN PABLO

2. Desarrollar un circuito de atención por parte de admisión y las consultas tanto de enfermería como de medicina del centro de salud.

Fecha inicio: 11/05/2022

Fecha final: 11/05/2022

Responsable.: EAP San Pablo

3. Contactar con las asociaciones de la zona para programar una reunión presencial.

Fecha inicio: 18/05/2022

Fecha final: 21/07/2022

Responsable.: Luis Andrés Gimeno Feliu

4. Reunión con las asociaciones para conocer sus necesidades y explicarles el circuito.

Fecha inicio: 18/05/2022

Fecha final: 18/05/2022

Responsable.: EAP San Pablo

5. Atención programada a pacientes, con citación primero en consulta de enfermería y luego en medicina, con huecos más largos y preferiblemente acompañados por intérpretes de las asociaciones.

Fecha inicio: 19/05/2022

Fecha final: 29/07/2023

Responsable.: EAP San Pablo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Reuniones con las asociaciones se han realizado tres (18/05/22, 14/06/22 y 21/07/22)

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de personas ucranianas que han sido atendidas en nuestro centro de salud

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de personas ucranianas que son atendidas en el CS

Denominador .....: Nº de personas atendidas en las asociaciones de la ZBS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros de admisión.

Est.Mín.1ª Mem ..: 120.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 150.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 120.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 150.00

2. % de asociaciones contactadas.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Asociaciones contactadas

Denominador .....: Asociaciones en la ZBS.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Admisión notificará cuando le lleguen usuarios de nuevas asociaciones.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de reuniones presenciales con las asociaciones.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Reuniones presenciales

Denominador .....: Reuniones totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Nº de reuniones mantenidas (al menos una presencial)

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Conocimiento por parte del EAP de la realidad y circuitos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de actas enviadas de las reuniones

Denominador .....: Nº total de reuniones

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1048

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE UN PROYECTO DE ACOGIDA PARA MEJORAR LA ASISTENCIA SANITARIA A PACIENTES REFUGIADOS UCRANIANOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN PABLO

Fuentes de datos.: 2 Reuniones y envío por correo

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 5. Creación de un circuito de atención a las personas ucranianas

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador ....., Creación de un circuito de atención a las personas ucranianas  
Denominador ....., N° total de propuestas para la creación del circuito.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Valorar la existencia del circuito  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 6. % de satisfacción de los pacientes atendidos en el CS San Pablo.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador ....., Pacientes atendidos con buen nivel de satisfacción  
Denominador ....., Pacientes atendidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta autoadministrada de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

#### 7. % satisfacción profesionales EAP con desarrollo del programa

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador ....., Profesionales con valoración positiva del proyecto  
Denominador ....., Profesionales del centro  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta autoadministrada de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 8. % satisfacción profesionales ONGs con desarrollo del programa

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador ....., Profesionales de la ONG con valoración positiva  
Denominador ....., Profesionales de la ONG  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta autoadministrada de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes refugiados ucranianos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#792

### 1. TÍTULO

#### **TITULO : CLASIFICACION Y ELIMINACION (SEGUN NORMATIVA S.A.SALUD) DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PAPEL DE PACIENTES FALLECIDOS ANTES DEL 01/01/2012 PERTENECIENTES AL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO**

Fecha de entrada: 24/07/2022

Nº de registro: 2022#792 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VILLANOVA VALERO M. ANGELES

Título  
TITULO : CLASIFICACION Y ELIMINACION (SEGUN NORMATIVA S.A.SALUD) DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PAPEL DE PACIENTES FALLECIDOS ANTES DEL 01/01/2012 PERTENECIENTES AL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO

Colaboradores/as:  
ASTORGA MOLINA NOELIA  
ENFEDAQUE LABRADOR ESTHER  
LOPEZ MIRANDA MARIA SOFIA  
MARTIN BUIL MARIA DEL MAR  
MAYAYO PIÑOL CONCEPCION  
SANCHEZ RAMON MARIA JOSE  
TERREROS ARNEDO CARLOS

Ubicación principal del proyecto.: CS SASTAGO

Servicio/Unidad principal .....: EAP SASTAGO

Línea estratégica: Seguridad Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
PERTINENCIA DEL PROYECTO: El espacio del almacén del edificio del C.S.Sástago es insuficiente para las necesidades actuales del servicio.

El volumen que ocupan las historias clínicas de papel de pacientes fallecidos a lo largo de 30 años , desde la puesta en funcionamiento del C.S.Sástago, en el almacén, es muy importante (m2- m3 ). Además su acumulación genera la aparición de humedad , polvo , insectos y dificulta la limpieza del espacio, lo que puede alterar la seguridad del resto de materiales sanitarios y medicación que se encuentra allí almacenada.

ÁREAS DE MEJORA  
Almacén y Archivo

ANALISIS DE CAUSAS  
Espacio insuficiente en el almacén del edificio del C.S.Sástago.  
Riesgo de afectación del material sanitario y medicamentoso.  
Riesgo de pérdida de la seguridad y confidencialidad de la información contenida en las Historias Clínicas de los pacientes, según normativa vigente.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Aumentar espacio libre para otros usos en el almacén.  
Conseguir el traslado y eliminación de las Historias Clínicas de forma adecuada , según procedimiento Servicio Aragonés de Salud.  
Implementar este procedimiento en las actividades del C.S. Sástago, para que todo el equipo de profesionales lo conozca y permita repetirlo cuando sea necesario de forma sistemática.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recabar información del procedimiento de traslado.  
Conseguir material de clasificación y traslado.  
Elaboración de un protocolo de actuación.

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 01/12/2023  
Responsable.: Maria Angeles Villanova Valero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de Historias Clínicas de fallecidos antes del 01/01/2012  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº de Historias Clínicas trasladadas  
Denominador .....: Nº de Historias Clínicas totales de pacientes fallecidos antes de 01/01/2012

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#792

### 1. TÍTULO

**TITULO : CLASIFICACION Y ELIMINACION (SEGUN NORMATIVA S.A.SALUD) DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PAPEL DE PACIENTES FALLECIDOS ANTES DEL 01/01/2012 PERTENECIENTES AL CENTRO DE SALUD DE SASTAGO**

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Archivo del C.S. Sástago  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. N° de m2-m3 de espacio liberado en el almacén  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de m2-m3 de espacio liberado  
Denominador .....: N° de m2-m3 de espacio total ocupado por Historias Clínicas de pacientes fallecidos antes del 01/01/2012  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Archivo del C.S. Sástago  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Fallecimientos

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#804

### 1. TÍTULO

#### ATENCION AL PARTO EXTRAHOSPITALARIO

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#804 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GORRIZ ALCAT MARIA

Título  
ATENCION AL PARTO EXTRAHOSPITALARIO

Colaboradores/as:  
LASARTE SANZ INES  
LOPEZ FAÑANAS M. SOLEDAD  
SANCHEZ TREMPES LUIS  
SARTOLO ROMEO MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CS SASTAGO

Servicio/Unidad principal .....: EAP SASTAGO

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Aunque es una situación infrecuente, en Aragón según los datos consultados en el INE en el año 2018 se produjeron 35 nacimientos fuera de un centro sanitario, de ellos 3 ocurrieron en domicilio sin asistencia médica, 25 en el domicilio con asistencia médica y 7 partos con asistencia médica en otro lugar. Durante el año 2021 y según la misma fuente, en Aragón ocurrieron 42 partos extrahospitalarios, 27 de ellos tuvieron lugar en domicilio y fueron asistidos por personal sanitario, otros 7 ocurrieron en domicilio sin asistencia sanitaria. Además, se produjeron 8 partos extrahospitalarios en otros lugares que no fueron el domicilio, de ellos 6 tuvieron asistencia médica y en 2 de ellos no hubo personal sanitario. En nuestro centro de Salud se atendió un parto en el año 2019 en el pueblo de Escatrón, en el que cuando se llegó al domicilio de la paciente, ya se había producido el alumbramiento.

Consideramos importante por ello tener una formación de calidad sobre cómo actuar ante un parto extrahospitalario. El EAP obtendrá más seguridad y tranquilidad a la hora de atender la urgencia y la calidad de la asistencia a la usuaria será mayor.

Además, ante esta actuación, es pertinente conocer los primeros cuidados durante el postparto para la madre y el bebé ya que el EAP puede estar frente a una situación donde el parto acaba de tener lugar o la ambulancia puede demorarse; siendo el tiempo medio de llegada al lugar de una ambulancia de soporte vital avanzado de entre 50 a 80 minutos, y las isocronas al centro hospitalario de referencia de unos 60 minutos. Todo ello hace que el EAP sea el referente para cualquier situación, motivo por el que se ve necesario actualizarnos en estas urgencias.

#### ÁREAS DE MEJORA

Atención a usuaria en diferentes fases de parto

Diferenciar trabajo de parto fisiológico del patológico

Lactancia materna precoz

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Conocer en la fase de parto que se encuentra y actuar de la mejor manera posible en cada una de ellas.

Adelantarse y tratar las posibles urgencias y complicaciones que pueden suceder en un parto extrahospitalario.

En caso de que la gestante desee iniciar lactancia materna, conocer cómo podemos ayudar para iniciarla lo antes posible con los beneficios materno fetales que ello conlleva.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El proyecto se dirige a la mejor actuación de los profesionales sanitarios en los diferentes momentos que pueden transcurrir en un parto extrahospitalario.

Formar al EAP para la asistencia al parto extrahospitalario tanto fisiológico como patológico. Poder diferenciar un parto precipitado de un parto que no va a suceder inmediatamente.

Poder ofrecer tranquilidad y seguridad a una gestante en un momento tan vulnerable para ella, ser capaces de brindar apoyo en ese momento desde la tranquilidad y la seguridad desde donde somos capaces de controlar la situación.

Formar al EAP en los cuidados de la madre y el bebé del postparto inmediato. Diferenciar signos de puerperio normal o signos patológicos

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#804

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN AL PARTO EXTRAHOSPITALARIO

1. Se comenzará por realizar una revisión bibliográfica para después poder preparar el material que se utilizará en las sesiones, últimas recomendaciones de trabajo de parto extrahospitalario.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 17/12/2022

Responsable.: María Górriz Alcat y Maite Sartolo Romeo

2. Sesión informativa de la dinámica del curso.

Power point con formación teórica de fases de parto/ trabajo fisiológico vs patológico. Lactancia materna. Lunes de 09:00 a 10:00

Fecha inicio: 23/01/2023

Fecha final.: 23/01/2023

Responsable.: María Górriz Alcat y Maite Sartolo Romeo

3. Sesión práctica de trabajo de parto mediante un simulador de parto.

Resolución de diferentes casos prácticos. Lunes de 09:00 a 10:00

Fecha inicio: 06/03/2023

Fecha final.: 06/03/2023

Responsable.: María Górriz Alcat y Maite Sartolo Romeo

4. Sesión de evaluación del curso. Rellenar encuesta de satisfacción.

Resolución de dudas.

Fecha inicio: 05/06/2023

Fecha final.: 05/06/2023

Responsable.: María Górriz Alcat y Maite Sartolo Romeo

5. Sesión recordatoria de casos prácticos.

Puesta en común de resultados de evaluación.

Fecha inicio: 18/12/2023

Fecha final.: 18/12/2023

Responsable.: María Górriz Alcat y Maite Sartolo Romeo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Asistencia de profesionales del centro que participan en las diferentes sesiones ofertadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de asistentes al curso

Denominador .....: Número de profesionales que forman el equipo de atención primaria

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Profesionales que han asistido al curso registrado en hoja de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Evaluación de conocimientos adquiridos en el curso

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de participantes que han obtenido una nota media en la evaluación igual o mayor que 8

Denominador .....: Número de participantes que realizan la evaluación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Corrección de plantilla de respuestas posible

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Satisfacción mostrada por el curso

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de personas que valoran la satisfacción en la realización del curso con una puntuación

igual o mayor que 8

Denominador .....: Número de participantes que realizan la encuesta de satisfacción

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Obtención de datos de la encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#804

### 1. TÍTULO

#### ATENCION AL PARTO EXTRAHOSPITALARIO

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#261

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S TORRERAMONA

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#261 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CUELLO ARAZO TERESA

Título  
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S TORRERAMONA

Colaboradores/as:  
GARCES FUERTES PAULA  
MORENO ARJOL INES  
ROMERO OSORIO ALEJANDRA  
SEBASTIAN SAUCO PATRICIA  
UTRILLAS IBARZO MARIA DEL PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS TORRE RAMONA

Servicio/Unidad principal .....: EAP TORRE RAMONA

Línea estratégica: Diabetes

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
En nuestro EAP detectamos en el cuadro de mando de AG y de DM datos mejorables en la estrategia de Diabetes

ÁREAS DE MEJORA  
-La determinación de microalbuminuria es sensiblemente inferior al resto de parámetros recogidos en el perfil de diabetes, alcanzando un valor de 54% en diciembre 2021.  
-La evaluación del riesgo del pie diabético no llega al 10,22% de los pacientes en diciembre de 2021, lo que puede tener consecuencias en la tasa de amputaciones

ANÁLISIS DE CAUSAS  
La baja determinación de microalbuminuria puede ser debido a la solicitud de analítica fuera del protocolo de DM o solicitud por otros motivos distintos de DM sin solicitar microalbuminuria.  
El bajo resultado en el indicador de la evaluación del riesgo del pie diabético puede ser debido a un número menor de visita presenciales en los años anteriores debido a la pandemia y también a un registro incompleto en OMI en la exploración del pie diabético

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
1. Formación sobre el plan personal de diabetes, pie diabético y su registro en OMI  
2. Incrementar la determinación de microalbuminuria.  
3. Incrementar la valoración del riesgo del pie diabético

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Asistencia de los profesionales del centro de salud a la sesión informativa facilitada desde la Dirección de Atención Primaria.  
Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final: 30/11/2022  
Responsable.: Teresa Cuello

2. Formación en registro de planes personales al personal de nueva incorporación en el centro de salud.  
Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final: 30/11/2022  
Responsable.: Teresa Cuello

3. - Formación en pie diabético por el personal de enfermería y su registro  
Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final: 30/11/2022  
Responsable.: Teresa Cuello

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Formación  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Números de profesionales de medicina de familia y enfermería que realizan la formación  
Denominador .....: Número de profesionales de medicina de familia y enfermería en el EAP

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#261

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S TORRERAMONA

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de firmas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 2. Diabetes revisión HbA1C

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con al menos una prueba válida en DGP 'EHGBA1C' desde 6 meses antes del periodo de evaluación.

Denominador .....: Pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 47.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 45.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 55.00

#### 3. Revisión microalbuminuria (Periodo a analizar: 12 meses.)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes diabéticos= 15 años, diagnosticados antes de los últimos 12 meses, con revisión de microalbuminuria en el último año.

Denominador .....: Pacientes diabéticos = 15 años diagnosticados antes de los 12 últimos meses

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 47.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 53.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 53.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

#### 4. Diabetes - Pie de riesgo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con valoración del pie diabético de riesgo (DGP 'V\_RIESGP') en el periodo de evaluación.

Denominador .....: Pacientes diabéticos = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 12.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 12.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#331

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MEJORA EN DETECCION E INTERVENCION SOBRE TABAQUISMO EN EL C.S. TORRERAMONA

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#331 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MAS SANCHEZ ADORACION

Título  
PROGRAMA DE MEJORA EN DETECCION E INTERVENCION SOBRE TABAQUISMO EN EL C.S. TORRERAMONA

Colaboradores/as:  
ALVAREZ MARTINEZ LUCIA  
BUJEDA HERNANDEZ DANIEL  
LOPEZ VILLARROYA TRINIDAD  
MORENO ARJOL INES  
ROMERO OSORIO ALEJANDRA  
SEBASTIAN SAUCO PATRICIA  
VISUS LOZANO MARIA SANTOS

Ubicación principal del proyecto.: CS TORRE RAMONA

Servicio/Unidad principal .....: EAP TORRE RAMONA

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El consumo de tabaco es la primera causa evitable de morbilidad en los países desarrollados. La accesibilidad y el carácter preventivo de la Atención Primaria justifican el esfuerzo en su detección e intervención desde este nivel.

#### ÁREAS DE MEJORA

En nuestro centro de salud la detección de consumo de tabaco a junio de 2022 es del 26% y de intervención del 57%. Siendo que la intervención depende de la detección las cifras son bajas y por debajo de las alcanzadas en diciembre de 2019, cuya detección alcanzaba el 45%

#### ANALISIS DE CAUSAS

La pandemia de COVID-19 ha provocado una crisis sanitaria sin precedentes que ha condicionado una reestructuración de la atención sanitaria en nuestro medio con un menor acceso del usuario al sistema sanitario, la relegación de procesos no agudos, la minimización de reuniones de equipo y una gran sobrecarga laboral y emocional entre los profesionales sanitarios

Por otro lado los cambios en el personal del centro de salud, la falta de sesiones formativas y la relajación en el cumplimiento de objetivos en procesos crónicos han incidido decisivamente en el empeoramiento del registro en OMI de la detección e intervención en tabaquismo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Formar un grupo de trabajo de tabaquismo y reiniciar la actividad de la consulta monográfica.
- Aumentar la detección del consumo de tabaco.
- Mejorar la intervención sobre el consumo de tabaco.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación de un grupo de trabajo de tabaquismo que sirva de referencia en el centro de salud sobre el tema y reinstaure la consulta monográfica de tabaquismo.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Adoración Mas Sánchez

2. - Sesión formativa sobre tabaquismo, registro en OMI y presentación de la consulta monográfica y su funcionamiento a todo el EAP

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Lucía Álvarez Martínez

3. - Sesión sobre presentación de resultados y recuerdo de registro en OMI

Fecha inicio: 23/10/2023

Fecha final.: 24/11/2023

Responsable.: Adoración Mas Sánchez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#331

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MEJORA EN DETECCION E INTERVENCION SOBRE TABAQUISMO EN EL C.S. TORRERAMONA

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Formación

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de profesionales de medicina de familia y enfermería que realizan la formación  
Denominador .....: Número de profesionales de medicina de familia y enfermería en el EAP  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de asistencia a las sesiones del centro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 2. Participación

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de médicos y enfermeros (incluidos MIR y EIR) que participan en el grupo de trabajo sobre tabaquismo del EAP  
Denominador .....: Número de médicos y enfermeros (incluidos MIR y EIR) del EAP  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Actas de las reuniones de trabajo  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

##### 3. Detección de tabaco

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: (SERV\_319C): Población de 15 años o más con algún registro en el período de evaluación en quienes consta realizado el DGP AA' entre el 1 de enero del año anterior y la fecha del cálculo  
Denominador .....: Población de 15 años o más con algún registro en el período de evaluación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de mandos de AG  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 35.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 35.00

##### 4. Intervención sobre tabaquismo

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: (SERV\_319): Población incluida en el denominador con algún registro en DGP "TINTERV" (cualquier fecha)  
Denominador .....: (SERV\_319\_pob): Población de 15 años o más con DGP "AA"="S" anterior al periodo de evaluación y algún registro durante el periodo de evaluación.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de mandos de AG  
Est.Mín.1ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#587

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD DE TORRE RAMONA

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#587 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALVAREZ RUIZ BLANCA-NIEVES

Título  
MEJORA EN LA ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD DE TORRE RAMONA

Colaboradores/as:  
ALVAREZ MARTINEZ LUCIA  
BLESA RAMIREZ MARIA  
GUILLEN GONZALEZ MARIA BELEN  
IRIBARNE FERRER MARTA  
LORENZO GOMEZ AMALIA  
MAS SANCHEZ ADORACION  
RUIZ GUTIERREZ MARTA

Ubicación principal del proyecto.: CS TORRE RAMONA

Servicio/Unidad principal .....: EAP TORRE RAMONA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La atención al paciente urgente (proceso patológico que puede poner en peligro la vida en las siguientes horas) debe estar garantizada y organizada para evitar demoras y resultados negativos.

En nuestro centro de salud no se cuenta con personal y ubicación con dedicación exclusiva a la atención urgente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Los profesionales sanitarios han de turnarse para asumir esta función. La organización ha de ser concreta y conocida por todo el EAP.

Es preciso que la ubicación para la atención se encuentre disponible y preparada durante todo el tiempo que el centro permanezca abierto.

En el caso de que la atención se presente fuera del centro se debe contar con el material para poder ser transportado en el menor posible.

Por otro lado, aunque hay un circuito de revisión de material de la sala de urgencias, se ha detectado que no todos los miembros del equipo se implican en esta función.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La pandemia de COVID-19 ha precisado la redistribución de los espacios, ya muy escasos, en nuestro centro de salud. La sala de "vitales", por ser la más cercana a la entrada, fue utilizada para atender a los pacientes sospechosos o confirmados de coronavirus. Por la misma causa y la presión asistencial añadida se han dejado de hacer sesiones formativas e informativas para el EAP, siendo esto una carencia importante, sobre todo respecto a los nuevos miembros del equipo

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Organizar la atención urgente en cualquier escenario de forma consensuada entre todas las categorías profesionales del EAP.
- Aumentar la implicación de los miembros del equipo en la actualización y mantenimiento de la sala de vitales.
- Retomar la formación RCP semestral para todo el EAP.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión para organizar y consensuar la atención urgente dentro y fuera del centro de salud.

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Marta Iribarne (coordinadora enfermería)

2. Revisión de material y fármacos en la sala de vitales y maletín de avisos urgentes.  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: María Blesa (médico)

3. Reorganización los turnos de revisión de la sala de urgencias.  
Fecha inicio: 01/11/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#587

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD DE TORRE RAMONA

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Blanca Álvarez (enfermera)

4. Realización de sesiones de RCP semestrales en 2 semanas para todos los miembros del EAP.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Lucía Álvarez (MIR)

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Reuniones para organización sin numero concreto en el momento actual, se concretará numero posteriormente, se harán las que sean necesarias para llegar a un acuerdo.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Diseño de protocolo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de categorías profesionales que diseñan el protocolo de actuación urgente implicadas en la atención urgente directa

Denominador .....: número de categorías profesionales que diseñan el protocolo de actuación urgente implicadas en la atención urgente directa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Firma de los representantes de las categorías profesionales implicadas en el protocolo acordado.

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Revisión fármacos y materiales para urgencias

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de miembros del EAP que participan en la revisión de la sala de urgencias

Denominador .....: número de miembros del EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Firma de hoja de revisión de vitales.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Sesiones de RCP. Formación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de miembros del equipo que acuden a la formación

Denominador .....: número de miembros del equipo del EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Registro de incidencias

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de incidencias encontrados en la revisión del material de urgencias.

Denominador .....: Numero total de revisiones realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de revisión de material de vitales

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología urgente

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#510

### 1. TÍTULO

#### DETECCION DE ERRORES EN LA GESTION DE LA MEDICACION, DURANTE LA ATENCION DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#510 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FERRER GAZOL ANA CARMEN

Título  
DETECCION DE ERRORES EN LA GESTION DE LA MEDICACION, DURANTE LA ATENCION DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA

Colaboradores/as:  
AÑAÑOS BLAZQUEZ MIRIAM  
ALONSO ESCRICHE ISABEL  
DIEZ ROMEO ANA ISABEL  
FERNANDEZ BADIA IRENE  
OLACIA PELEGRIN CRISTINA  
VILLARROYA VILLANUEVA IRENE  
ZAMORA LANDA JAVIER LUIS

Ubicación principal del proyecto.: CS TORRERO-LA PAZ

Servicio/Unidad principal .....: EAP TORRERO ESTE - LA PAZ

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Durante la atención domiciliaria por parte del personal de enfermería, se han venido observando problemas relacionados con la gestión de la medicación. Estos problemas son tanto de adquisición en exceso o en defecto, transporte y conservación inadecuados, duplicidad de tratamientos, falta de control de caducidades y errores en la administración de la medicación.

Por ello, se cree necesario este proyecto de mejora en la intervención domiciliaria por parte de enfermería.

#### ÁREAS DE MEJORA

Gestión farmacológica en pacientes ancianos (mayores de 75 años) atendidos en domicilio por la enfermera de atención primaria.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Creemos que estos errores en la gestión de la medicación se deben a una falta de conocimiento por parte de los pacientes y/o cuidadores principales. Por ello, vemos fundamental una intervención por parte de enfermería en el domicilio.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Principal:

-Mejorar los conocimientos, tanto de los pacientes como de los cuidadores principales, sobre la gestión de la medicación en su domicilio.

##### Específicos:

- Concienciar de la importancia de una correcta autogestión de la medicación para el control de sus patologías.
- Mejorar los autocuidados de la población respecto a la autogestión de su medicación.
- Disminuir los errores en la autogestión de medicación de los pacientes a través de este proyecto de mejora.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Reunión de equipo para valorar las deficiencias observadas en la autogestión de la medicación por parte del paciente/cuidador en su domicilio.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2022

Responsable.: Irene Fernandez y Cristina Olacia

2. -Elaboración de una encuesta de conocimientos previos y posteriores a la intervención enfermera para medir los conocimientos adquiridos por el paciente/cuidador.

Fecha inicio: 15/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Javier Zamora y Miriam Añaños

3. -Reunión de equipo para fijar intervenciones a realizar en el domicilio del paciente.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 24/11/2023

Responsable.: Ana Carmen Ferrer e Irene Villarroya

4. -Elaboración de un tríptico informativo con pautas sencillas sobre autogestión de medicación abordando los errores más frecuentes.

Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#510

### 1. TÍTULO

#### DETECCION DE ERRORES EN LA GESTION DE LA MEDICACION, DURANTE LA ATENCION DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA

Fecha final.: 05/09/2022

Responsable.: Irene Fernandez, Isabel Alonso y Cristina Olacia

5. -Programar las visitas domiciliarias : facilitar las encuestas, comprobar junto al paciente y/o cuidador su autogestión de la medicación así como los errores observados.

Fecha inicio: 13/09/2022

Fecha final.: 24/11/2023

Responsable.: Anabel Diez e Isabel Alonso

6. -Presentación al equipo de atención primaria el resultado del proyecto.

Fecha inicio: 01/12/2023

Fecha final.: 22/12/2023

Responsable.: Anabel Diez y Ana Carmen Ferrer

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Participación profesionales de enfermería.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % de profesionales de enfermería del centro de salud Torrero-La Paz participantes en el proyecto

Denominador .....: % total de profesionales de enfermería del centro de salud Torrero-La Paz

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Reunión de equipo.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Evaluación de los conocimientos obtenidos tras la intervención.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: número de pacientes que han mejorado su autogestión farmacologica tras la intervención (mejoría de 2 en una escala de 0 al 10)

Denominador .....: número total de pacientes que han participado en el proyecto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta realizada a los participantes pre y post intervención enfermera.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Participación de pacientes atendidos en domicilio por enfermería.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de pacientes participantes en el proyecto

Denominador .....: número total de pacientes atendidos en el domicilio.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMIAP

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes atendidos en domicilio por enfermería con pluripatología.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1032

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN IMPLEMENTACION DE LA UTILIZACION DE LA DERMATOSCOPIA DIGITAL EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1032 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VALVERDE ARANDA SELMA

Título  
MEJORA EN IMPLEMENTACION DE LA UTILIZACION DE LA DERMATOSCOPIA DIGITAL EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

Colaboradores/as:  
ESTRADA LAZARO IRENE MARTA  
GARCIA-LISBONA TRIARTE PILAR  
IBARRONDO FERNANDEZ-LADREDA ISABEL  
LOPEZ AYLON ROSA  
LOU CALVO ELENA  
MARIN SUBERO IRENE  
RUBIO CARQUE VICTORIA

Ubicación principal del proyecto.: CS TORRERO-LA PAZ

Servicio/Unidad principal .....: EAP TORRERO ESTE - LA PAZ

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La dermatoscopia es un dispositivo útil para el diagnóstico y decisión terapéutica de lesiones en la piel. En los últimos años se ha dotado a los diferentes Centros de Salud de dermatoscopios digitales con la finalidad de poder realizar interconsultas virtuales al servicio de Dermatología. De esta manera se pueden priorizar las lesiones potencialmente malignas y se puede dar una rápida respuesta a cuestiones de las patologías dermatológicas que se ven en consulta de Atención Primaria. Para esta acción es necesario disponer de un dermatoscopio, además de saber cómo utilizarlo y compartir las imágenes en la Historia Clínica Electrónica. Para realizar un diagnóstico diferencial de las lesiones dérmicas también hay que tener una base teórica y un esquema estructural que nos ayude a identificar las lesiones que necesitan valoración por Dermatología.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la capacidad resolutoria en nuestras consultas.  
Mejorar el diagnóstico de las lesiones dérmicas y comunicación con dermatología.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Se va a mejorar en la formación de los Médicos del Centro de Salud con sesiones tanto teóricas como prácticas. Las sesiones teóricas se basarán en el tipo de petología dérmica que se ve en consulta. En la sesión práctica se explicará cómo se usa el dermatoscopio y las herramientas para subir el archivo a la historia clínica electrónica. Además, se ofrecerá material complementario (artículos, bibliografía, material digital, tríptico de ayuda en consulta...) para completar la formación del profesional sanitario. Todo ello para mejorar el diagnóstico en la consulta de AP y la comunicación con dermatología.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo del proyecto es promover el uso del dermatoscopio y la interconsulta virtual a dermatología, para realizar diagnósticos precoces de lesiones malignas que sean candidatas a un tratamiento rápido o derivación para extirpación. Además se agilizará el tratamiento de otras enfermedades dermatológicas (inflamatorias, infecciosas, acné...) con la respuesta del especialista tras ver la imagen. De esta manera se darán prioridad a las lesiones que se benefician de un diagnóstico y tratamiento precoz y se agilizará el tratamiento para el paciente en otro tipo de lesiones.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Recogida de datos de la situación inicial: uso de dermatoscopia, número de médicos que lo usan...

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Elena Lou

2. Sesión clínica con formación en dermatoscopia digital

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Irene Estrada

3. Sesión clínica con formación practica de uso de dermatoscopio y uso de HCE

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 16/10/2022

Responsable.: Irene Marín

4. Sesión combinada con participación y dudas del personal sanitario tras periodo de práctica

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1032

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN IMPLEMENTACION DE LA UTILIZACION DE LA DERMATOSCOPIA DIGITAL EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 18/12/2022

Responsable.: Rosa Lopez

5. Aportación de material complementario (bibliografía, material digital, tripcito de ayuda en consulta...)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Victoria Rubio

6. Sesión clínica de patologías más frecuentes.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 19/03/2023

Responsable.: Selma Valverde

7. Recogida de datos de interconsultas realizadas con imagen

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Isabel Ibarrondo

8. Análisis de los resultados

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: María Pilar García Lisbona

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Utilización dermatoscopio

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: número de profesional es de medicina del centro de salud Torrero-La Paz que han implementado el uso del dermatoscopio

Denominador .....: número total de profesional es de medicina del centro de salud Torrero-La Paz

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Reunión de equipo

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Número de IC solicitadas con imagen a dermatología

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes que se realiza IC a dermatolgia con imagen.

Denominador .....: Número de pacientes que se realiza IC a dermatologia en total.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Número de lesiones intervenidas/extraídas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de lesiones intervenidas/extraídas

Denominador .....: Número total de lesiones dermatologias enviadas a dermatología

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

4. Formación E

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de MAP que asienten a todas las sesiones formativas porpuestas

Denominador .....: Número de MAP que forman parte del EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1032

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN IMPLEMENTACION DE LA UTILIZACION DE LA DERMATOSCOPIA DIGITAL EN EL CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#35

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 01/06/2022

Nº de registro: 2022#35 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CEMELI CANO MARIA MERCEDES

Título  
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Colaboradores/as:  
BELTRAN GARCIA SARA  
BESITI ORTEGO ANUNCIACION  
DIAZ ALONSO MARIA JORDANA  
JIMENEZ PEREZ EVA MARIA  
RODRIGUEZ SANZ MARIA LUZ  
SAEZ DE ADANA PEREZ MARIA ESPERANZA  
VIDAL LANA PAULA

Ubicación principal del proyecto.: CS VALDESPARTERA

Servicio/Unidad principal .....: EAP VALDESPARTERA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La obesidad es en la actualidad uno de los mayores riesgos para la salud de los ciudadanos en los países desarrollados, así lo ha reconocido la Organización Mundial de la Salud (OMS) al declararla una epidemia de distribución mundial. Por ello combatirla es uno de los principales objetivos de la salud pública y especialmente en edades tempranas. La educación para la salud en el ámbito comunitario tiene como objetivo crear un estado de opinión favorable y educar a los niños sobre cómo llevar una vida sana, facilitándoles al mismo tiempo, las estructuras y servicios adecuados que propicien mejores hábitos alimentarios así como junto a la práctica regular de actividad física.

#### ÁREAS DE MEJORA

Prevenir la obesidad y/o sobrepeso en la edad infantil  
Conductas alimentarias erróneas en el ámbito familiar

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Escaso conocimiento sobre la alimentación saludable por parte de los niños y los padres.
- Exceso de sedentarismo
- Escasa participación de los niños en el tema de la alimentación

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Promover cambios saludables de los estilos de vida en los niños con riesgo de obesidad. Se llevarán a cabo una serie de sesiones programadas de una hora de duración en las que se afrontarán diversos puntos sobre nutrición y hábitos saludables. Se pondrá de manifiesto la importancia de una alimentación variada y equilibrada junto a la promoción de la actividad física mediante paseos cardiosaludables. Incluiremos a pacientes con edad > 6 años y un índice de masa corporal (IMC) > +1SD y +2SD (WHO criterios de sobrepeso y obesidad), previa información y consentimiento verbal de los padres. Las sesiones de alimentación serán organizadas por un profesional de enfermería así como por un pediatra responsable con una periodicidad semanal durante 1 mes y medio. A su vez, se iniciará para los niños y padres un programa de paseos saludables por el barrio, inicialmente acompañados de profesional sanitario y con una frecuencia semanal durante todo el proyecto. Finalmente se recogerán datos antropométricos de dichos pacientes, junto a una agenda de alimentación que nos permita evaluar los cambios del estilo de vida y alimentación de los niños tras el proyecto.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. SEMANA 1 (1 hora): Valoración inicial de peso, talla e IMC. Test inicial de hábitos alimentarios. Sesión de introducción a hábitos saludables.

Fecha inicio: 06/10/2022

Fecha final.: 06/10/2022

Responsable.: MERCEDES CEMELI CANO

2. SEMANA 2 (1 hora): Taller alimentación saludable y paseo.

Fecha inicio: 24/11/2022

Fecha final.: 24/11/2022

Responsable.: Mº JORDANA DIAZ ALONSO

3. SEMANA 3 (1 hora): Sesión de alimentación II y paseo.

Fecha inicio: 26/01/2023

Fecha final.: 26/01/2023

Responsable.: PAULA VIDAL LANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#35

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

4. SEMANA 4 (1 hora): Taller alimentación II y paseo.

Fecha inicio: 23/02/2023

Fecha final.: 23/02/2023

Responsable.: MARIA LUZ RODRIGUEZ SANZ

5. SEMANA 5 (1 hora): Sesión de ejercicio físico y paseo.

Fecha inicio: 23/03/2023

Fecha final.: 23/03/2023

Responsable.: EVA M<sup>a</sup> JIMENEZ PEREZ

6. SEMANA 6 (1 hora 30 min): Sesión de alimentación para padres impartida por endocrinóloga pediátrica. Paseo.

Fecha inicio: 20/04/2023

Fecha final.: 20/04/2023

Responsable.: ANUNCIACIÓN BEISTI ORTEGO

7. SEMANA 7 (1 hora): Valoración final de peso, talla e IMC. Test final de hábitos alimentarios. Encuesta de satisfacción.

Fecha inicio: 18/05/2023

Fecha final.: 18/05/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> ESPERANZA SAEZ DE ADANA PEREZ

8. SEMANA 7 (1 hora): Repaso de puntos clave.

Fecha inicio: 08/06/2023

Fecha final.: 08/06/2023

Responsable.: SARA BELTRAN GARCIA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Grado de satisfacción de los niños y familias, a través de una encuesta con escala de 1 al 5.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Escala del 1 al 5

Denominador .....: Escala del 1 al 5

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

2. Grado de cumplimiento del diario de alimentación y ejercicio físico. Objetivo>80%.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° niños con diario cumplimentado

Denominador .....: N° niños que acuden al programa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos de las agendas de alimentación

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Grado de mejoría en los parámetros antropométricos (peso e IMC) de los niños. Objetivo >80%.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° niños con mejoría en peso e IMC

Denominador .....: N° niños que acuden al programa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos objetivados del peso y talla

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Conocer el alcance de la actividad en el rango de edad propuesta en nuestra ZBS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° niños que acuden a las actividades

Denominador .....: Población entre 6 y 14 años en la zona básica de salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#35

### 1. TÍTULO

#### PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL DESDE LA ATENCION PRIMARIA

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#38

### 1. TÍTULO

#### CAPACITACION DEL PERSONAL DE EAP VALDESPARTERA PARA LA ATENCION AL PACIENTE PEDIATRICO EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Fecha de entrada: 02/06/2022

Nº de registro: 2022#38 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
JIMENEZ PEREZ EVA MARIA

Título  
CAPACITACION DEL PERSONAL DE EAP VALDESPARTERA PARA LA ATENCION AL PACIENTE PEDIATRICO EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Colaboradores/as:  
BELTRAN GARCIA SARA  
CEMELI CANO MARIA MERCEDES  
DIAZ ALONSO MARIA JORDANA  
GONZALEZ DIAZ MARIA DEL CARMEN  
MARTIN-ALBO FRANCES VERONICA  
RODRIGUEZ SANZ MARIA LUZ  
VICENTE GUTIERREZ MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS VALDESPARTERA

Servicio/Unidad principal .....: EAP VALDESPARTERA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
Según las GUÍAS ERC 2021 (European Resuscitation Council 2021), todo personal sanitario debe formarse en soporte vital básico y avanzado. Para ello es necesaria la actualización teórica y práctica de los protocolos a seguir y su adaptación a los recursos disponibles en el centro sanitario. En el manejo del niño gravemente enfermo o en parada cada segundo cuenta. La existencia de un equipo entrenado con coreografías ensayadas y roles predefinidos se hacen imprescindibles en este escenario.

**ÁREAS DE MEJORA**  
Mejora en el manejo del niño gravemente enfermo o en parada cardio respiratoria.

**ANÁLISIS DE CAUSAS**  
Es necesaria la formación continua de todos los profesionales y el ensayo de situaciones críticas mediante roles ensayados.

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
Mejorar las habilidades y las actitudes de los profesionales del Equipo de Atención Primaria para afrontar la reanimación cardiopulmonar del paciente pediátrico y mejorar así su supervivencia. Protocolizar la organización y actuación de los profesionales del Equipo ante la Emergencia con roles establecidos y ensayados. Puesta a punto del carro de paradas y maletín pediátrico, así como la organización de sus revisiones periódicas. Capacitación en el manejo del DESA

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Asistencia de varios de los profesionales que se dedican a la atención pediátrica del centro (pediatras y enfermeras) al curso ATENCIÓN INICIAL DEL NIÑO GRAVE organizado por el Instituto Aragonés de

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: Eva M<sup>a</sup> Jiménez Pérez

2. -Puesta en común con el resto de los profesionales sanitarios del centro de los conocimientos y habilidades adquiridos mediante una sesión formativa.

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: Eva M<sup>a</sup> Jiménez Pérez

3. -Puesta a punto del box de urgencias pediátricas para la atención del niño en parada, incluyendo la adecuación del carro y maletín.

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: Todos los miembros del equipo

4. -Elaboración de un documento gráfico con las últimas recomendaciones en RCP pediátrica de las GUÍAS ERC 2021, que será fácilmente visible desde la cabecera del paciente.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: María Pilar Vicente Gutierrez

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#38

### 1. TÍTULO

#### CAPACITACION DEL PERSONAL DE EAP VALDESPARTERA PARA LA ATENCION AL PACIENTE PEDIATRICO EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA

5. -Elaboración de un listado con los roles que debe adoptar cada profesional que participe en la RCP y ensayo de los mismos.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Eva M<sup>a</sup> Jiménez Pérez

6. -Simulacros periódicos en los que puedan participar todos los profesionales del Equipo de Atención Primaria

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 30/12/2023

Responsable.: Eva M<sup>a</sup> Jiménez Pérez

7. -Revisión del box de urgencias, carro y maletín con carácter mensual.

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Todos los miembros del equipo con carácter rotatorio

8. -Sesión formativa teórica al personal sanitario de nueva incorporación al Centro que no pudo asistir a la sesión inicial.

Fecha inicio: 15/01/2023

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Eva M<sup>a</sup> Jiménez Pérez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Grado de satisfacción de los participantes valorado mediante una encuesta con una escala del 1 al 10

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: puntuación total obtenida

Denominador .....: número de participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta a cumplimentar por los participantes

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de asistentes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de asistentes

Denominador .....: Número de asistentes previstos (total de los profesionales dedicados a la atención pediátrica del EAP)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Lista con registro de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Grado de cumplimiento de la revisión mensual del box, carro y maletín de urgencias.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de revisiones realizadas

Denominador .....: Número de revisiones previstas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de registro con check list de los elementos a revisar e identificación de los responsables de la revisión

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> niño grave y parada cardiorrespiratoria

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#38

### 1. TÍTULO

#### **CAPACITACION DEL PERSONAL DE EAP VALDESPARTERA PARA LA ATENCION AL PACIENTE PEDIATRICO EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA**

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#46

### 1. TÍTULO

#### @VALDESPARTERATECUIDA, UNA FORMA DE ACERCARNOS A NUESTRA POBLACION

Fecha de entrada: 03/06/2022

Nº de registro: 2022#46 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTIN-ALBO FRANCES VERONICA

Título  
@VALDESPARTERATECUIDA, UNA FORMA DE ACERCARNOS A NUESTRA POBLACION

Colaboradores/as:  
CUCALON LECIÑENA GLORIA  
GONZALEZ DIAZ MARIA DEL CARMEN  
JAEN BAYARTE ESTEBAN  
MARTIN NUEZ INES  
MONFORTE CAMPILLO MARINA  
SAEZ DE ADANA PEREZ MARIA ESPERANZA  
VIÑERTA SERRANO ESTHER

Ubicación principal del proyecto.: CS VALDESPARTERA

Servicio/Unidad principal .....: EAP VALDESPARTERA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el Centro Salud Valdespartera trabajamos con una población joven, se trata de una población que usa de forma habitual y diaria Internet tanto para comunicarse como para acceder a información. Contamos con las redes sociales como una herramienta fácil, rápida, accesible y de uso muy extendido para aportar educación sanitaria e información actualizada, para dar a conocer las diferentes actividades comunitarias organizadas tanto por el Centro como por Asociaciones y para acercar el Centro de Salud a todas las personas. Por ello hemos planteado crear una cuenta en una red social y con ella crear diferentes Post sobre prevención de la salud individual y comunitaria así como dar a conocer a la población las diferentes actividades y monográficos que realizamos en nuestro centro. Además también queremos que sea una forma de empoderar a la población y que sean ellos los que propongan actividades que puedan ayudar a la salud individual y comunitaria para poder plantearnos diferentes proyectos en un futuro. Teniendo en cuenta el tipo de población con el que trabajamos creemos que esta es la mejor vía para mantener la comunicación y aportar información de Salud.

#### ÁREAS DE MEJORA

No existe una red de información actualizada y basada en la evidencia creada por los profesionales del centro de Salud valdespartera.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Nunca se ha propuesto desde el Centro de Salud crear una red social para facilitar el acceso a la información de la población.  
Escaso conocimiento en redes sociales por parte de los profesionales del centro de salud.  
Falta de tiempo para dedicar a la creación de contenido.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Conseguir un enlace de comunicación virtual entre la población y el Centro de Salud Valdespartera- Montecanal donde resolver dudas de salud, proponer actividades comunitarias y temas sobre los que estén interesados.  
-Dar a conocer las actividades comunitarias y monográficos del Centro de Salud Valdespartera.  
-Crear contenido con información de salud fiable, actualizada y de calidad.  
-Informar del funcionamiento del centro y del equipo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión del equipo para crear el proyecto, buscar nombre del perfil, proponer diferentes post...

Fecha inicio: 06/05/2022

Fecha final.: 06/05/2022

Responsable.: Miembros del proyecto de mejora

2. Crear la cuenta en la red social INSTAGRAM con el nombre @valdesparteratecuida

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 20/06/2022

Responsable.: Verónica Martín-Albo Francés

3. Mantener la comunicación entre los componentes del grupo sobre la creación de contenido.

Fecha inicio: 6/05/2022

Fecha final.: 06/05/2023

Responsable.: Miembros del proyecto de mejora

4. Dar a conocer el proyecto para llegar a la mayor población posible a través de carteles informativos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#46

### 1. TÍTULO

#### @VALDESPARTERATECUIDA, UNA FORMA DE ACERCARNOS A NUESTRA POBLACION

Fecha inicio: 20/06/2022  
Fecha final.: 20/12/2022  
Responsable.: Esteban Jaen Bayarte

5. Dar a conocer el proyecto a través de la propia red social.  
Fecha inicio: 20/06/2022  
Fecha final.: 20/06/2023  
Responsable.: Verónica Martín-Albo Francés

6. Publicar de forma periódica Post sobre temas de salud escritos por los diferentes profesionales del equipo de Atención primaria.  
Fecha inicio: 20/06/2022  
Fecha final.: 20/06/2023  
Responsable.: Equipo de AP

7. Crear contenido de comunicación inmediata con la población mediante encuestas, "caja de preguntas", cuestionarios, así como responder las preguntas de los usuarios.  
Fecha inicio: 20/06/2022  
Fecha final.:  
Responsable.: Verónica Martín-Albo Francés

8. Evaluar el alcance de la red social para proponer mejoras.  
Fecha inicio: 20/12/2022  
Fecha final.: 20/12/2022  
Responsable.: Miembros del proyecto de mejora.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de seguidores de la cuenta  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Numero de seguidores en la cuenta  
Denominador .....: Población del Centro de Salud Valdespartera  
x(1-100-1000) ...: 1000  
Fuentes de datos.: La propia cuenta y la base de datos del Centro de Salud.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 27.00

2. % de "me gusta" en cada publicación  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de "me gusta"  
Denominador .....: Número de seguidores  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: La propia cuenta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

3. % de interacciones de la población (preguntas en los post y mensajes privados) al mes.  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Numero de mensajes privados y comentarios en los post al mes.  
Denominador .....: Número de seguidores  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: La propia red social  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

4. Número de publicaciones de la cuenta  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de publicaciones en un año  
Denominador .....: Nº de semanas anuales.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: La red social  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#46

### 1. TÍTULO

#### @VALDESPARTERATECUIDA, UNA FORMA DE ACERCARNOS A NUESTRA POBLACION

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

5. % de profesionales que han publicado un post en la red social.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de profesionales que han escrito un post

Denominador .....: N° de profesionales del centro

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: La res social y los datos del Centro de Salud

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

6. % de valoración positiva en la encuesta semestral sobre la percepción de la cuenta.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de "Me parece muy interesante" + "me parece interesante"

Denominador .....: N° de respuestas totales de la encuesta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: La red social

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

7. % de visitas a "historias de instagram"

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Numero de visitas medio por "storie"

Denominador .....: N° de seguidores

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: La red social

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

8. % de respuestas "SI" en pregunta "¿Te ha ayudado a resolver dudas alguno de nuestros Post?" mensual.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de respuesta SI

Denominador .....: N° de respuesta NO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: La red social

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Prevención y promoción de la salud individual, de la familia y de la comunidad.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#60

### 1. TÍTULO

#### INFORMAR A LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA APLICACION INFORMATICA "SALUD INFORMA": ENCUESTA DIRIGIDA A LOS USUARIOS SOBRE EL GRADO DE RESOLUCION DE LA DUDA PLANTEADA

Fecha de entrada: 08/06/2022

Nº de registro: 2022#60 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GOMEZ AZCOITIA VICTOR MANUEL

Título  
INFORMAR A LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA APLICACION INFORMATICA "SALUD INFORMA": ENCUESTA DIRIGIDA A LOS USUARIOS SOBRE EL GRADO DE RESOLUCION DE LA DUDA PLANTEADA

Colaboradores/as:  
ARIZA ORTIN REBECA MANUELA  
MARTINEZ BUENO MARIA CRUZ  
OJEDA SEUMA DIEGO  
PALACIN CABREJAS MARIA ROSARIO  
ROYUELA LATORRE FERNANDO  
SAMPERIZ TAPIA LIGIA ELENA  
SANTA ANA MILLAN TRINIDAD

Ubicación principal del proyecto.: CS VALDESPARTERA

Servicio/Unidad principal .....: EAP VALDESPARTERA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Salud Informa es una herramienta informática que facilita la participación activa de los pacientes en la gestión de sus necesidades asistenciales, siendo bastante intuitiva. El paciente se convierte en el propio gestor de su salud, siendo el protagonista de algo tan importante como su propia salud. A su vez, cumple con el objetivo de transparencia ya que los usuarios pueden consultar su información de carácter personal e hiper-prottegido (Historial médico, Resultados de pruebas médicas...). Por todo ello tiene una enorme utilidad evitando que los pacientes tengan que acudir al Centro de Salud para solicitar cualquier actuación que pueden realizar desde su casa, desde su trabajo o desde cualquier otro lugar en el que haya acceso a internet  
Detectar posibles problemas en el funcionamiento del Servicio y buscar soluciones a los mismos  
Lograr que el paciente pueda gestionar de forma autónoma todo lo concerniente a su salud y que se puede efectuar accediendo a la aplicación SALUD INFORMA

Se dará formación a todo el Equipo de Atención Primaria sobre el funcionamiento de Salud Informa y para ello, se ha elaborado un documento explicativo -gráfico que será aportado a todos los trabajadores. En caso de duda, podrán solicitar aclaraciones a los miembros que forman parte del proyecto (trabajadores de admisión, auxiliares de enfermería, celador, enfermera y Médico de Familia), y también podrán derivar a admisión a los pacientes que presenten dudas sobre el sistema para su aclaración.

En Admisión se pondrá a disposición de los pacientes previamente ayudados, una encuesta de satisfacción una vez se conteste a la duda/as formulada por el usuario sobre la aplicación SALUD INFORMA, siendo la contestación a esas dudas, una labor formativa en el día a día, individualizada en cada paciente con dudas .

Se expondrá en Admisión un CARTEL INFORMATIVO sobre la posibilidad de Plantear dudas sobre Salud Informa y Solución de éstas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Por lo tanto, ayudan a eliminar parte de la presión asistencial que sufrimos los trabajadores de los Centros de Salud y por tanto, tendrán el sentimiento de formar parte del sistema sanitario que hasta ahora, es visto como un ente externo que impone sus criterios sin contar con las necesidades de los interesados. Gracias a Salud Informa la conciliación entre usuarios y Administración es posible, consiguiendo eliminar la brecha digital existente sobre todo en la población más mayor. En definitiva, Salud Informa es sinónimo de colaboración, y del sentimiento de formar parte de una pieza clave del SALUD, facilitando al paciente el acceso y gestión de sus necesidades sanitarias.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Los pacientes tienen serias dudas a cerca del funcionamiento de SALUD INFORMA, por ello con este proyecto lograremos que los usuarios alcancen un grado de atonomía suficiente en cueanto al manejo con destreza de la aplicación, siendo una referencia para este Centro de Salud, que facilitará y optimizará este recurso.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La encuesta va dirigida a los usuarios del Centro de Salud de Valdespartera, que se proporcionará a aquellos que tengan dudas sobre el funcionamiento de SALUD INFORMA. Sus objetivos son:

Optimizar la calidad en la atención al usuario

Detectar posibles problemas en el funcionamiento del Servicio y buscar soluciones a los mismos

Lograr que el paciente pueda gestionar de forma autónoma todo lo concerniente a su salud y que se puede efectuar accediendo a la aplicación SALUD INFORMA



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#60

### 1. TÍTULO

#### INFORMAR A LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA APLICACION INFORMATICA "SALUD INFORMA": ENCUESTA DIRIGIDA A LOS USUARIOS SOBRE EL GRADO DE RESOLUCION DE LA DUDA PLANTEADA

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. La encuesta de satisfacción se pondrá a disposición de todos los usuarios del Centro de Salud antes descrito, una vez se conteste a la duda/as formulada por el usuario sobre aplicación SALUD INFORMA

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: VICTOR MANUEL GÓMEZ AZCOITIA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Numeros de pacientes citados que acuden a admisión con dudas sobre la aplicación de salud informa

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes que acuden a admision citados

Denominador .....: Número de pacientes que tienen dudas sobre la aplicación de Salud Informa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Admision y Agenda OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 45.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 55.00

2. Numeros de pacientes sin cita que acuden a admisión con dudas sobre la aplicación de salud informa

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes sin cita que acuden a admision

Denominador .....: Número de pacientes que tienen dudas sobre la aplicación de Salud Informa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agenda OMI Y Admisión.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

3. Número de desplazdos temporales que acuden a admisión con dudas sobre la aplicación de salud informa

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de desplazdos temporales que acuden a admisión

Denominador .....: Número de pacientes que tienen dudas sobre la aplicación de Salud Informa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base datos BDU y Agenda OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#801

### 1. TÍTULO

#### GESTION EFICIENTE PROCESO PREENALITICO C.S VALDESPARTERA-MONTECANAL

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#801 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
OJEDA SEUMA DIEGO

Título  
GESTION EFICIENTE PROCESO PREENALITICO C.S VALDESPARTERA-MONTECANAL

Colaboradores/as:  
CORTES BELANCHE ANDRES  
SANTA ANA MILLAN TRINIDAD

Ubicación principal del proyecto.: CS VALDESPARTERA

Servicio/Unidad principal .....: EAP VALDESPARTERA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El servicio de extracciones en un servicio básico y esencial en Atención Primaria. Un tanto por ciento elevado las decisiones médicas están basadas en los resultados de las pruebas, por ende se hace necesario controlar el proceso analítico y más concretamente la fase preanalítica. Dado que el proceso preanalítico es un proceso clave, el objetivo de este proyecto es mejorar el circuito preanalítico, reduciendo la lista de espera en extracciones y subsanando posibles errores con suficiente antelación de forma que se garantice una mayor calidad y optimización en las extracciones.

#### ÁREAS DE MEJORA

Reducir la lista de espera en extracciones. Evitar duplicidades en peticiones médicas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Los facultativos en ocasiones hacen varios volantes para un mismo paciente, ocupando varios huecos en la lista de extracciones e incluso duplicidades en las peticiones.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Reducir la lista de espera en extracciones. Evitar duplicidades en peticiones de los facultativos del HUMS y de los médicos facultativos del EAP.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión con el personal facultativo presentación del proyecto e incluso áreas de mejora en la solicitud de analíticas.

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Diego Ojeda Seuma

2. Educación poblacional dirigida a la recogida de muestra biológicas y otras muestra orgánicas, mediante trípticos y cartelera.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Diego Ojeda Seuma

3. Aumentar el número de extracciones diarias, así como el horario de extracciones.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Diego Ojeda Seuma

4. Creación de un registro de incidencias y posibles errores con enfoque subsanador.

Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Diego Ojeda Seuma

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de profesionales que asisten a la reunión

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de profesionales que asisten a la reuniones  
Denominador .....: Número de profesionales del equipo EAP  
x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#801

### 1. TÍTULO

#### GESTION EFICIENTE PROCESO PREANALITICO C.S VALDESPARTERA-MONTECANAL

Fuentes de datos.: Observación directa  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Número de pacientes que no acuden el día citado  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que no acuden el día citado  
Denominador .....: Número de pacientes citados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Agenda OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Disminución lista de espera extracciones  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que acuden a la extracción  
Denominador .....: Número de pacientes citados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Agenda OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Incidencias totales en peticiones  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de peticiones con incidencias  
Denominador .....: Número de peticiones  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Agenda OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. Reducción duplicidades peticiones  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Peticiones con duplicidades  
Denominador .....: Número de peticiones  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Agenda OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Extracciones

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1157

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE ATENCION AL PACIENTE DIABETICO DEL C.S VALDESPARTERA-MONTECANAL

Fecha de entrada: 02/08/2022

Nº de registro: 2022#1157 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA VILLARROYA BELEN

Título  
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE ATENCION AL PACIENTE DIABETICO DEL C.S VALDESPARTERA-MONTECANAL

Colaboradores/as:  
CUESTA SAMPER M. TERESA  
GARCIA AZNAR CLARA PILAR  
HUERTAS BADOS AUREA MARIA  
SANCHEZ SANCHEZ CLARA  
SORINAS DELGADO NOELIA

Ubicación principal del proyecto.: CS VALDESPARTERA

Servicio/Unidad principal .....: EAP VALDESPARTERA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que tiene como consecuencia la aparición de complicaciones microvasculares y cardiovasculares que aumentan el riesgo de aparición de otras enfermedades asociadas y reducen la calidad de vida de las personas afectadas. Aproximadamente un 13.8% la población española padece diabetes mellitus (DM2), según un último estudio de di@bet.es, llevado a cabo por CIBERDEM.

#### ÁREAS DE MEJORA

El cuadro de mando de la diabetes permite llevar a cabo un control del seguimiento de los principales indicadores ligados a la estrategia de esta patología. En nuestro centro de salud, hemos observado que existe un déficit en la cobertura de varios de ellos. A fecha de la última actualización del 31/12/2021, las cifras del cuadro de mando de la estrategia de diabetes son muy mejorables:

1. El indicador de la "revisión de HbA1C" presenta una cobertura de sólo un 30,79% de la población diabética. Este valor es de gran importancia para conocer y llevar a cabo un seguimiento del control metabólico.
2. La exploración del pie diabético tiene una cobertura de apenas un 11,08%, lo que puede conllevar un riesgo de amputaciones o aparición de úlceras. También el indicador de conocimientos en el paciente diabético tiene apenas una cobertura de un 13,27%. Una mayor implicación de los profesionales de enfermería en relación con estos indicadores supondría un control y seguimiento de todos los pacientes, sobre todo de los que presentan un mayor riesgo de complicaciones o morbilidad por su propia evolución de la enfermedad. Además, también permitiría detectar conductas de riesgo o erróneas, incidir sobre los posibles cambios de estilo de vida necesarios y realizar refuerzos positivos en este sentido.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Los datos que se observan en los indicadores de evaluación del pie diabético o conocimientos de la enfermedad del cuadro de mando pueden ser debidos a la disminución de las visitas presenciales debido a la pandemia por la Covid-19, así como a un registro incompleto en OMI-AP en la exploración del pie diabético. La baja determinación de la HbA1C puede ser debido a la solicitud de la realización de una analítica de control sin solicitar dicha cifra o no solicitarla fuera del protocolo de DM.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Con la realización del proyecto que se presenta se pretende:

- Aumentar la cobertura del cuadro de mando de la diabetes en la exploración del pie diabético, la cobertura de la hemoglobina glicosilada y en los conocimientos del paciente diabético sobre la enfermedad del Centro de Salud de Valdespartera-Montecanal.
- Formar al EAP sobre las actividades incluidas en la cartera de servicios del paciente diabético, la exploración del pie diabético y su registro en OMI-AP.
- Incrementar la determinación de HbA1C.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión formativa al personal de enfermería y medicina del EAP Valdespartera-Montecanal sobre las actividades incluidas en la cartera de servicios del OMI-AP (pie diabético, HbA1C, uso cuadro de mando)

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: MªTeresa Cuesta Samper

2. Creación de un tríptico informativo sobre la diabetes, complicaciones y actividades de prevención a seguir para proporcionárselo a los pacientes y mejorar así sus conocimientos.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/05/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1157

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE ATENCION AL PACIENTE DIABETICO DEL C.S VALDESPARTERA-MONTECANAL

Responsable.: Belen Garcia Villarroja - Clara Pilar García Aznar

3. Revisión periódica de los pacientes pendientes de exploración de pie diabético, citándolos en consulta y anotando recordatorios en el flash de OMI-AP por parte de cada enfermera del EAP del C.S.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Aurea M<sup>a</sup> Huertas Bados

4. Reuniones clínicas con el EAP del C.S para el seguimiento del programa.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Aurea M<sup>a</sup> Huertas Bados - Noelia Sorinas Delgado

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Profesionales de EAP y MAP que participan en la sesión formativa sobre el manejo del pac. diabético

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales de enfermería y medicina del EAP de C.S Valdespartera-Montecanal que acuden a la sesión formativa.

Denominador .....: Número total de profesionales de enfermería y medicina del EAP del C.S.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. Diabetes - Pie de riesgo (exploración pie diabético).

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con valoración del pie diabético de riesgo realizada en el periodo de evaluación.

Denominador .....: Pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro realizado durante el periodo de evaluación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de Mando

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 18.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 18.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

3. Diabetes - Determinación y revisión de la HBA1C

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el denominador con al menos una prueba válida en el apartado del cuadro de mando de la determinación de HBA1C en los 6 últimos meses previos al periodo de evaluación.

Denominador .....: Pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro realizado durante el periodo de evaluación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de Mando.

Est.Mín.1ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 42.00

4. Diabetes - Conocimientos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, a los que se les proporcionan conocimientos sobre su patología en el periodo de evaluación.

Denominador .....: Pacientes diabéticos entre 18 y 79 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con registro de aportación de conocimientos en el periodo de evaluación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de Mando.

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1157

### 1. TÍTULO

#### **INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE ATENCION AL PACIENTE DIABETICO DEL C.S VALDESPARTERA-MONTECANAL**

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1159

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN MANIOBRAS DE RCP Y USO DE DESFIBRILADOR EN LA POBLACION ADULTA DEL C.S VALDESPARTERA-MONTECANAL

Fecha de entrada: 02/08/2022

Nº de registro: 2022#1159 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RETORNANO MONTOLAR ANA

Título  
FORMACION EN MANIOBRAS DE RCP Y USO DE DESFIBRILADOR EN LA POBLACION ADULTA DEL C.S VALDESPARTERA-MONTECANAL

Colaboradores/as:  
BATISTA GUTIERREZ SILVIA  
CARRERA HUERVA JULIA  
GARCIA VILLARROYA BELEN  
HUERTAS BADOS AUREA MARIA  
PEREZ OROS SILVIA  
RODRIGUEZ SERRA LAURA  
SANCHEZ SANCHEZ CLARA

Ubicación principal del proyecto.: CS VALDESPARTERA

Servicio/Unidad principal .....: EAP VALDESPARTERA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Hemos observado un interés por parte del equipo de profesionales de enfermería de las consultas de adultos de nuestro Centro de Salud en realizar actividades de promoción de la salud más allá de las consultas programadas. Aunque existen varias iniciativas aprobadas en la Agenda Comunitaria de nuestro Centro de Salud, todas ellas están dirigidas hacia pacientes del ámbito pediátrico. Y en cambio, no existe ninguna iniciativa propuesta o aprobada en la promoción de la salud o prevención de enfermedad del paciente adulto de nuestro Centro de Salud.

#### ÁREAS DE MEJORA

Tanto la parada cardíaca como la muerte súbita son dos problemas que ocurren de forma inesperada y frecuentemente en España. Un reconocimiento precoz de la situación o el uso precoz de un desfibrilador es esencial para revertirlos, siendo el tiempo vital en estas situaciones. La rapidez es de gran importancia en el incremento de la supervivencia ante una parada cardíaca y cada minuto que pasa sin iniciar una maniobra de reanimación cardiopulmonar (RCP) y el uso de un desfibrilador, reduce la posibilidad de supervivencia en un 10%. Además, un 80% de los casos ocurre o en domicilios o en vías públicas por lo que los testigos o primeros intervinientes son fundamentales en la vida de esas personas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La baja participación del EAP en actividades comunitarias puede ser debida a factores externos como la aparición de la pandemia por la Covid-19 o cambios de personal del EAP del C.S.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Con el proyecto propuesto se pretende:

1. Incrementar los conocimientos de RCP en la población de la Zona Básica de Salud de Valdespartera-Montecanal.
2. Promover la participación de la población adulta en actividades encaminadas a la educación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
3. Incrementar la participación de los profesionales de enfermería de adultos en la promoción de la actividad propuesta.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones del EAP para la planificación y organización de la actividad.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Ana Retornano Montolar

2. Creación de materiales audiovisuales como apoyo a los talleres.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Belen García Villarroya

3. Asistencia de los profesionales del EAP de enfermería a una sesión informativa sobre la actividad a desarrollar para promover la participación y difusión en la población.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Silvia Perez Oros

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1159

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN MANIOBRAS DE RCP Y USO DE DESFIBRILADOR EN LA POBLACION ADULTA DEL C.S VALDESPARTERA-MONTECANAL

4. Taller sobre reanimación cardiopulmonar básica y formación en conocimiento y uso del desfibrilador con la población.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Laura Rodriguez Serra

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Respecto al taller sobre reanimación cardiopulmonar básica y formación en conocimiento y uso del desfibrilador con la población queremos incluir la siguiente información:

La actividad se realizará en una única sesión, proporcionando conocimientos acerca de la realización de RCP tanto en la población adulta como en la pediátrica. Al ser una iniciativa de nueva implementación en el centro, no sabemos cuál será la demanda de nuestra población, por lo que se ofertarán mínimo dos sesiones con posibilidad de aumento de estas, si así se considerara necesario. La población diana de nuestro taller será la población adulta del Centro de Salud de Valdespartera interesada en participar y un máximo de 15 participantes serán las plazas disponibles/sesión.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Profesionales de enfermería del EAP del C.S que promueven la participación de la población.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales de enfermería del EAP que participan en la promoción del proyecto.

Denominador .....: Número total de profesionales de enfermería del EAP.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. Población inscrita al taller que acude a la sesión programada.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de participantes inscritos que acuden al taller.

Denominador .....: Número total de participantes inscritos en el taller.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta inicial (se pregunta la forma en la que han conocido la actividad, y si ha sido a través de una enfermera del EAP del C.S, especificar la/el profesional).

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Formación: mejora en los conocimientos de los participantes.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de respuestas acertadas del cuestionario

Denominador .....: Número total de preguntas del cuestionario.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionario pre-post de valoración de conocimientos.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1161

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS RECURSOS DE FARMACOS DE LAS CONSULTAS DEL C.S VALDESPARTERA-MONTECANAL

Fecha de entrada: 02/08/2022

Nº de registro: 2022#1161 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA AZNAR CLARA PILAR

Título  
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS RECURSOS DE FARMACOS DE LAS CONSULTAS DEL C.S VALDESPARTERA-MONTECANAL

Colaboradores/as:  
ANADON GONZALVO CRUZ MANUEL  
BETETA GALLEGO NOELIA  
RETORNANO MONTOLAR ANA

Ubicación principal del proyecto.: CS VALDESPARTERA

Servicio/Unidad principal .....: EAP VALDESPARTERA

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En nuestro EAP, tras la realización de la última auditoria del Sistema de Calidad según la normativa ISO, se observó que las vitrinas de las consultas de adultos no guardaban ningún tipo de registro de verificación y control de las fechas de caducidad de los distintos fármacos que albergaban.

#### ÁREAS DE MEJORA

La presencia de medicación caducada es un problema relativamente frecuente, que afecta directamente a la profesión de enfermería y que no se encuentra únicamente de manera aislada. Se ha podido observar que no solo una consulta, sino que la mayoría carece de este control. Todo ello incrementa la posibilidad de que se produzcan errores a la hora de administrar dichos fármacos por el uso de aquellos que ya están caducados en vez de aquellos que no lo estén.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En el C.S no existe ningún criterio unificado para el control y revisión de la medicación presente de las vitrinas de las Consultas de Enfermería.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Con el proyecto propuesto se pretende:

- Evitar la existencia de medicación caducada en las vitrinas de las consultas de enfermería del C. S. Valdespartera - Montecanal.

- Que los profesionales de enfermería lleven a cabo revisiones rutinarias de las fechas de caducidad de los fármacos localizados en sus vitrinas.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión con el EAP acerca de problemática actual y la implantación de un check-list y propuesta de actividades para su mejora.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/07/2022

Responsable.: Clara Pilar García Aznar

2. Se llevará a cabo un check-list de la medicación que cada profesional presenta en la vitrina correspondiente a su consulta, donde además del nombre del fármaco, se deberá colocar la caducidad de este.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Cruz Manuel Anadón Gonzalvo

3. La fecha de caducidad de los fármacos se identificará con colores en función del tiempo de caducidad.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final: 28/02/2023

Responsable.: Cruz Manuel Anadón Gonzalvo

4. Dicha revisión deberá ser realizada la última semana de cada mes por el personal responsable de la consulta en ese momento.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final: 28/02/2023

Responsable.: Cruz Manuel Anadón Gonzalvo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Respecto a la actividad de identificación de la caducidad de los fármacos con diferentes colores, la fecha de caducidad de aquellos fármacos que sea igual o inferior a 30 días deberá escribirse en color rojo. Aquellos a

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1161

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA GESTION DE LOS RECURSOS DE FARMACOS DE LAS CONSULTAS DEL C.S VALDESPARTERA-MONTECANAL

los que les falte entre 31 y 60 días se colocarán en color azul. Finalmente aquellos con una validez igual o superior a 61 días se colocarán en color negro.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Medicamentos caducados en las vitrinas de las consultas de enfermería de adultos.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: número de medicamentos caducados en las vitrinas de las consultas de enfermería de adultos del C.S Valdespartera-Montecanal.

Denominador .....: número total de medicamentos localizados en las vitrinas de las consultas de enfermería de adultos del C.S.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Observación directa.

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. Profesionales que realizan control de caducidad de las vitrinas.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de profesionales de enfermería con consulta del EAP del C.S que lleva a cabo los controles establecidos de las fechas de caducidad de la medicación

Denominador .....: Número total de profesionales de enfermería con consulta en el EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Observación directa.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#456

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S VENECIA

Fecha de entrada: 04/07/2022

Nº de registro: 2022#456 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAMARCA IRISARRI ALEJANDRA

Título  
INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S VENECIA

Colaboradores/as:  
ARQUILLUE VARONA SARA  
CLEMENTE VILLANUEVA DANIEL  
DUEÑAS GIL EVA  
DUPLA ARENAZ MARIA  
MARCOS CALVO M. PILAR  
MURILLO MORENO ROSA MARIA  
TORRE PEREZ BELEN

Ubicación principal del proyecto.: CS CANAL IMPERIAL

Servicio/Unidad principal .....: EAP VENECIA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La determinación de microalbuminuria en nuestro CS es sensiblemente inferior al resto de parámetros recogidos en el perfil de diabetes, alcanzando un valor de 51,06% en diciembre 2021.

La evaluación del riesgo del pie diabético en nuestro CS no llega al 9,72% de los pacientes en diciembre de 2021, lo que puede tener consecuencias en la tasa de amputaciones.

#### ÁREAS DE MEJORA

La determinación de microalbuminuria debe de realizarse a través del protocolo correspondiente a DM.  
Evaluación del riesgo del pie diabético mediante el registro de la exploración realizada.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Posible petición fuera de protocolo o bien a través de consulta por otro motivo, sin solicitar microalbuminuria.  
Disminución de la presencialidad de pacientes a causa de la pandemia COVID-19 o registro incompleto en la exploración del pie diabético.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Formación sobre el plan personal de diabetes, pie diabético y su registro en OMI.  
Incrementar la determinación de microalbuminuria.  
Incrementar la valoración del riesgo del pie diabético.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Asistencia de los profesionales del centro de salud a la sesión informativa facilitada desde la Dirección de Atención Primaria.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: ALEJANDRA LAMARCA IRISARRI

2. Formación en registro de planes personales al personal de nueva incorporación en el centro de salud, así como recordatorio para el personal ya existente en el centro.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: ALEJANDRA LAMARCA IRISARRI

3. Formación en pie diabético por el personal de enfermería y su registro.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: ROSA Mª MURILLO MORENO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Números de profesionales de medicina de familia y enfermería que realizan la

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#456

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE NECESIDADES DE MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE DIABETES DEL C.S VENECIA

formación

Denominador .....: Número total de profesionales de medicina de familia y enfermería en el EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro mediante hoja de firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 2. Revisión microalbuminuria

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes diabéticos= 15 años, diagnosticados antes de los últimos 12 meses, con revisión de microalbuminuria en el último año.

Denominador .....: Pacientes diabéticos = 15 años diagnosticados antes de los 12 últimos meses

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de DM

Est.Mín.1ª Mem ..: 58.71

Est.Máx.1ª Mem ..: 67.50

Est.Mín.2ª Mem ..: 67.50

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

#### 3. Diabetes - Pie de riesgo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con valoración del pie diabético de riesgo (DGP 'V\_RIESGP') en el periodo de evaluación.

Denominador .....: Pacientes diabéticos = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando de AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 12.20

Est.Máx.1ª Mem ..: 14.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 14.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 16.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Diabetes mellitus

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1293

### 1. TÍTULO

#### REVISION DEL PROCESO DE NOTIFICACIONES URGENTES A LOS SANITARIOS DEL CS VENECIA

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1293 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARCOS CALVO M. PILAR

Título  
REVISION DEL PROCESO DE NOTIFICACIONES URGENTES A LOS SANITARIOS DEL CS VENECIA

Colaboradores/as:  
ARQUILLUE VARONA SARA  
CONDE ASENSIO VICTORIA  
DUEÑAS GIL EVA  
LAMARCA IRISARRI ALEJANDRA  
MURILLO MORENO ROSA MARIA  
PAVIA CAMARA MARIA ROSA  
TORRE PEREZ BELEN

Ubicación principal del proyecto.: CS CANAL IMPERIAL

Servicio/Unidad principal .....: EAP VENECIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
Desde el equipo de calidad del CS Venecia observamos una variabilidad en la práctica clínica respecto a la notificación de las pruebas urgentes a los sanitarios, médicos y enfermeros del equipo.

**ÁREAS DE MEJORA**  
Seguridad

**ANALISIS DE CAUSAS**  
falta de protocolo organizado respecto a las notificaciones urgentes

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
Desde el equipo de calidad del CS Venecia observamos una variabilidad en la práctica clínica respecto a la notificación de las pruebas urgentes a los sanitarios, médicos y enfermeros del equipo. Estas notificaciones, cuando deben ser comunicadas en el día a los profesionales siguen diferentes vías. Como proyecto de mejora queremos revisar unificar y poner en conocimiento de todo el equipo las vías y forma de notificación.

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Análisis notificaciones urgentes ( radiodiagnóstico, laboratorio y anatomía patológica. Análisis de origen y destino de dichas notificaciones.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Eva Dueñas

3. Abrir un debate dentro del grupo de mejora para optimizar esta vía de comunicación.

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Todos los componentes del equipo de mejora

4. Realizar un protocolo escrito para conocimiento y difusión entre los miembros del equipo. Si es oportuno se comunicará y difundirá mediante sesión clínica a los miembros del equipo.

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Responsable de Calidad del EAP

5. Inclusión de protocolo en manual de acogida.

Fecha inicio: 01/04/2023  
Fecha final.: 30/04/2023  
Responsable.: Responsable de Calidad del EAP

6. Evaluación

Fecha inicio: 01/12/2023  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Pilar Marcos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1293

### 1. TÍTULO

#### REVISION DEL PROCESO DE NOTIFICACIONES URGENTES A LOS SANITARIOS DEL CS VENECIA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
las actividades serán realizadas en el curso 2022-2023

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 2. Análisis de las notificaciones

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: numero de las notificaciones urgentes analizadas  
Denominador .....: total notificaciones urgentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de Notificaciones  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Consenso para optimizar proceso de notificaciones urgente notificado

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Proceso consensuado en el equipo  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Actas de reuniones grupo de calidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

##### 4. Elaboración protocolo sobre notificaciones urgentes realizado

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Protocolo realizado  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Implantación Protocolo Unidad de Calidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

##### 5. Difusión protocolo mediante sesiones clínicas al equipo

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Personal formado  
Denominador .....: Todo el personal del equipo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Actas de asistencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 6. Implantación protocolo sobre notificaciones urgentes

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de notificaciones analizadas según protocolo  
Denominador .....: Total de notificaciones recibidas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de Notificaciones  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

La evaluación será con indicadores de alcance, que medirá el grado de ejecución del las actividades programadas.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#687

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EDUCACION MATERNAL ON-LINE PARA EMBARAZADAS

Fecha de entrada: 18/07/2022

Nº de registro: 2022#687 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VIÑERTA SERRANO ESTHER

Título  
PROGRAMA DE EDUCACION MATERNAL ON-LINE PARA EMBARAZADAS

Colaboradores/as:  
BARRIO FORNE NATALIA  
LORANCA JIMENEZ TERESA  
PLAZA CARDENETE RAQUEL  
RAMON MINGUILLON ALBA

Ubicación principal del proyecto.: DAP ZARAGOZA 2

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE ATENCION A LA MUJER (MATRONAS)

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En los Centros de Salud, el personal encargado de realizar educación maternal es la enfermera especialista en salud ginecológica y obstétrica, la matrona, que a través de su consulta, son derivadas las gestantes. En la actualidad, con la crisis desencadenada a raíz de la aparición del Covi-19, la educación prenatal grupal se ha visto seriamente afectada ya que se clausuraron todo tipo de reuniones durante la primavera de 2020, así como durante las diferentes olas de contagios que ha habido en nuestra comunidad. Para ello, desde el centro de salud de Valdespartera-Montecanal, se diseñó una plataforma on-line para poder acceder a la educación grupal dirigida a esta población, de forma permanente mientras avanzan en el tercer trimestre de gestación. Posteriormente, se ha dirigido su extensión a todos los centros del Sector II de Zaragoza.

#### ÁREAS DE MEJORA

No existía hasta el momento ningún programa en formato digital y tampoco había habido una pandemia covi como la que hemos tenido estos dos últimos años, donde se haya tenido que suspender el programa de educación maternal y se hayan hecho los talleres o sesiones con tanta limitación de aforo.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El programa de educación maternal se lleva impartiendo en las carteras de servicios de las unidades de apoyo de matrona de forma presencial hasta la pandemia covi. Escaso conocimiento de redes sociales por parte de las matronas que trabajamos en los centros de salud. Falta de tiempo para dedicar a la creación de contenido.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Ofrecer el programa de educación maternal a todas las gestantes que lo deseen, a través de una plataforma on-line. Detectar en los centros de salud, a aquellas gestantes a partir de la semana 28 de gestación para poder participar en el programa de educación maternal. Recoger sus direcciones electrónicas para darles el enlace de la plataforma en la que se puedan registrar y continuar el programa. Crear una plataforma on-line con los temas incluidos en la programación de educación maternal. Realizar los contenidos audiovisuales oportunos con los contenidos del programa de educación maternal. Actualizar la plataforma con documentos oficiales de contenidos relacionados con el programa. Añadir o eliminar aquellos contenidos obsoletos o menos actualizados.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión del equipo de matronas para crear el proyecto, proponer plataformas, etc...

Fecha inicio: 29/09/2020

Fecha final: 30/06/2023

Responsable.: Miembros de las unidades de apoyo de matronas.

2. Crear una plataforma en formato Classroom para todos los centros de salud del Sector II e ir incluyendo contenidos.

Fecha inicio: 01/10/2020

Fecha final: 09/02/2021

Responsable.: María Esther Viñerta Serrano

3. Mantener la comunicación entre los miembros de las unidades de apoyo sobre la creación del contenido.

Fecha inicio: 01/10/2020

Fecha final: 09/02/2021

Responsable.: Miembros de las unidades de apoyo de matronas.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#687

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EDUCACION MATERNAL ON-LINE PARA EMBARAZADAS

4. Dar a conocer el proyecto a la Dirección de Enfermería del Sector II de Atención Primaria por escrito.

Fecha inicio: 01/04/2021

Fecha final.: 01/04/2021

Responsable.: María Esther Viñerta Serrano

5. Dar a conocer la plataforma Classroom a las compañeras del Sector II y explicar su funcionamiento.

Fecha inicio: 05/02/2021

Fecha final.: 10/02/2021

Responsable.: María Esther Viñerta Serrano

6. Publicar de forma actualizada contenidos que sean interesantes de divulgación para educación maternal

Fecha inicio: 01/10/2020

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: María Esther Viñerta Serrano

7. Incluir a aquellas gestantes que lo deseen en el programa de ed.maternal on-line , y gestionar la plataforma de cada centro de salud.

Fecha inicio: 10/02/2021

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Miembros de las unidades de apoyo de matronas.

8. Contabilizar las usuarias que están registradas en la plataforma de carácter semanal .

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: María Esther Viñerta Serrano

**\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto**

**PRIMER PASO :** Elaboración de contenidos.

Elaboración de los contenidos que queremos difundir entra las usuarias de la plataforma.

Los contenidos que se consideran esenciales en la educación perinatal para la preparación al nacimiento se pueden agrupar :

Cambios físicos y psicológicos en el embarazo.

Hábitos saludables durante el embarazo.

Signos de alarma durante el embarazo.

Ejercicio físico para fortalecer la musculatura abdomino-pélvica y ganar capacidad aeróbica para el trabajo del parto.

Comienzo del parto y trabajo del parto normal.

Manejo del dolor con métodos no farmacológicos y farmacológicos.

Posibles intervenciones médicas durante el trabajo del parto y parto.

Asistencia al parto.

Lactancia materna

Cuidados del recién nacido

Cambios físicos y psicológicos durante el puerperio

Cuidados durante el puerperio y hábitos saludables.

Promoción de la salud sexual y planificación familiar.

Parentalidad positiva y crianza con apego.

**SEGUNDO PASO :** Proceso de grabación y edición

Grabación de los contenidos teóricos así como prácticos a través de distintas plataformas y programas de edición audiovisual.

**TERCER PASO :** Proceso de digitalización

Creación de una plataforma gratuita donde se puedan registrar las matronas como gestores de dicha plataforma , y se puedan colgar documentos , vídeos , enlaces , etc...con contenidos referentes en los programas de educación maternal.

**CUARTO PASO :** Puesta en marcha el programa.

Captación de las gestantes a partir de la semana 28 de gestación , para ofrecerles el programa en formato on-line, o presencial, o ambos. Solicitarles el correo electrónico para poder mandarles el enlace y que se puedan registrar.

Añadir a la plataforma de manera semanal, a aquellas gestantes que deseen comenzar el programa.

Incluir en el programa Omi a aquellas mujeres que se incluyen en el programa en formato on-line, a través de la creación de sesiones de 8-10 semanas de duración.

Durante el transcurso de las ocho o diez semanas que duraría el programa formativo, ir valorando de forma semanal cualquier correo o comentarios que se puedan ir añadiendo a la plataforma para resolver dudas o para actualizar.

De manera semanal, dejar reflejado en el Omi , la participación de las gestantes en el programa de educación maternal on-line.

Al finalizar las semanas , ir eliminando de la plataforma a aquellas usuarias que haya completado el formato.

Cuando finalice el programa, se puede incluir en la cartilla electrónica del embarazo su participación.

**INDICADORES Y EVALUACIÓN.** (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#687

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EDUCACION MATERNAL ON-LINE PARA EMBARAZADAS

1. Número de seguidores en la plataforma.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de mujeres que se registran > 28 semanas.

Denominador .....: Número de mujeres embarazadas > 28 semanas.

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: La propia cuenta y la base de datos del centro de salud

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Número de publicaciones en formato pdf , vídeos , post, enlaces...

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de publicaciones en un año

Denominador .....: Número de semanas anuales.

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: La plataforma

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

3. % de valoración positiva en la encuesta semestral sobre la percepción del programa de ed.maternal

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de respuestas > 3 en escala Likert

Denominador .....: N° de respuestas emitidas en las encuestas.

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: La plataforma

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. % de respuestas a la pregunta ¿ Crees que has aprendido conocimientos y habilidades nuevas para tu f

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de respuestas SI

Denominador .....: N° de respuestas emitidas en las encuestas.

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: La plataforma

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Indicadores observacionales :

La recogida de la información de las encuestas, se realizará una vez al mes y se hará anotar un excel para su análisis y difusión posterior.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#686

### 1. TÍTULO

#### REDUCCION DE LA DEMORA PARA LA PRIMERA CONSULTA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA 2

Fecha de entrada: 18/07/2022

Nº de registro: 2022#686 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANZ RUBIO MARIA CONCEPCION

Título  
REDUCCION DE LA DEMORA PARA LA PRIMERA CONSULTA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA 2

Colaboradores/as:  
ALFONSO DE LA RIVA EMILIA MERCEDES  
BLAS MARTINEZ ANDREA  
CIRES PARDO MINERVA  
FRANCO GIMENO M.VICTORIA  
MARTIN NUEZ INES  
MENDEZ ADE ESTHER  
PEREZ MENDIARA JOSE IGNACIO

Ubicación principal del proyecto.: DAP ZARAGOZA 2

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE FISIOTERAPIA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 2\*ZARAGOZA II\*UNIDAD DE FISIOTERAPIA\*AP (Atención Primaria)  
ZARAGOZA 2\*ZARAGOZA II\*UNIDAD DE FISIOTERAPIA\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El número de pacientes en lista de espera para la primera consulta en las Unidades de Fisioterapia (UFAP) participantes en el proyecto, a fecha 24 de junio de 2021, es de:  
- UFAP Almozara: 71 pacientes con derivación preferente y 278 con derivación normal; 87 días de espera (pref) y 127 días (normal). En esta UFAP también se realiza atención de refuerzo a la UFAP de San Pablo, atendiendo parte de los pacientes derivados a la misma. En esta fecha, los datos de demora son: 26 pacientes pref y 95 normales; 102 días de espera (pref) y 130 (normal).  
- UFAP Romareda-Seminario: 8 pacientes con derivación preferente y 465 con derivación normal; 20 días de espera (pref) y 206 días (normal).  
- UFAP Valdespartera: 117 pacientes con derivación preferente y 393 con derivación normal; 116 días de espera (pref) y 135 días (normal).

Esta demora, no aporta una atención óptima ni de calidad a los usuarios, genera insatisfacción y, tampoco sirve de apoyo a los facultativos que realizan la derivación de estos pacientes a las UFAP.  
La ratio de 26.841 habitantes/fisioterapeuta en AP que se maneja en el sector Zaragoza 2 es muy elevada y, se viene observando que la tendencia es, la derivación de un número de pacientes superior al que se puede asumir.

Dado que el número de derivaciones a las UFAP ha aumentado, con las ratios que manejamos, el modelo de asistencia que se ha venido desempeñando hasta ahora, con la atención de consultas sucesivas inmediatamente tras la primera consulta, conlleva demoras y no es sostenible puesto que estas demoras van aumentando cada vez más.  
Si la ratio población/fisioterapeuta no se reduce y la demanda sigue aumentando, es preciso buscar alternativas al modelo de trabajo, para que la atención en las UFAP sea más efectiva.

#### ÁREAS DE MEJORA

La demora para la primera consulta en las UFAP del Sector, ha alcanzado cifras muy elevadas. Con este proyecto, se pretende ofrecer alternativas para mejorar esta situación.  
Hasta que sea posible un incremento del n.º de profesionales en plantilla, la propuesta es cambiar el modelo actual de asistencia, en el que, los pacientes reciben tratamiento inmediatamente después de la consulta de primer día y, la demora se sitúa por delante de la primera consulta. Para poder dar atención inmediata a todos los usuarios que inician tratamiento, cada profesional realiza una media de 10 consultas de primer día a la semana, que es la cifra que permite garantizar dicha atención. Nuestro planteamiento es, atender a todos los pacientes derivados a la UFAP con una espera inferior a 45 días, aunque no todos puedan recibir sesiones de tratamiento inmediatamente después.  
En esta primera consulta se darán indicaciones y pautas a seguir hasta el comienzo de tratamiento, de manera que, cuando llegue ese momento, su situación también habrá mejorado. Esta primera consulta, de esta forma, también servirá para establecer una priorización en cuanto a la atención posterior.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El confinamiento por la pandemia por COVID-19 supuso un parón en la actividad asistencial presencial en los centros de Atención Primaria y, de la misma manera, en las UFAP de dichos centros. La inactividad y el sedentarismo fue la tónica habitual para la mayoría de la población en este periodo, con importantes consecuencias para su salud.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#686

### 1. TÍTULO

#### REDUCCION DE LA DEMORA PARA LA PRIMERA CONSULTA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA 2

La actividad fisioterápica se reanudó de forma progresiva, si bien desde junio 2020, el número de consultas de primer día ya era similar al realizado antes del inicio de la pandemia. A pesar de esto, especialmente desde el último cuatrimestre de 2021, el número de derivaciones a las UFAP ha aumentando de manera inusual, disparándose así los datos de demora para la atención en dichas unidades.

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Reducir la demora para la primera consulta en las Unidades de Fisioterapia de Almozara, Seminario y Valdespartera.
2. Modificar el modelo de atención actual para garantizar la primera consulta en un plazo máximo de 45 días y, situar la espera, si fuera necesario, entre la primera consulta y las sucesivas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Explicación del proyecto y unificación de criterios en las tres Unidades de Fisioterapia participantes: Almozara, Seminario y Valdespartera.  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final: 24/06/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Concepción Sanz Rubio
2. Solicitud y contratación de tres profesionales de refuerzo, uno en cada una de las UFAP participantes en el proyecto, durante seis meses.  
Fecha inicio: 27/06/2022  
Fecha final: 26/12/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Concepción Sanz Rubio y Dirección Enfermería AP Sector Z2
3. Creación de agendas para los profesionales contratados como refuerzo para el proyecto, en los centros de salud de Almozara, Seminario y Valdespartera.  
Fecha inicio: 27/06/2022  
Fecha final: 26/12/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Concepción Sanz Rubio
4. Formación realizada a las tres fisioterapeutas contratadas como refuerzo para el proyecto.  
Fecha inicio: 27/06/2022  
Fecha final: 01/07/2022  
Responsable.: Minerva Cires, M<sup>a</sup> Victoria Franco, Inés Martín, Esther Méndez, José I. Pérez, M<sup>a</sup> Concepción Sanz
5. Incremento del número de consultas de primer día en las Unidades de Fisioterapia participantes en el proyecto. Tras esta primera consulta, los pacientes quedarán pendientes de las sesiones sucesivas\*.  
Fecha inicio: 27/06/2022  
Fecha final: 31/12/2023  
Responsable.: Minerva Cires, M<sup>a</sup> Victoria Franco, Inés Martín, Esther Méndez, José I. Pérez, M<sup>a</sup> Concepción Sanz
6. Atención de pacientes que ya han recibido la primera consulta en la UFAP y que están a la espera de recibir tratamiento. Realizada, principalmente, por los tres profesionales contratados como refuerzo  
Fecha inicio: 27/06/2022  
Fecha final: 26/12/2022  
Responsable.: Emilia Mercedes Alfonso de la Riva, Andrea Blas Martínez, \*\*

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

\*Tras la primera consulta, los pacientes quedarán pendientes de las sesiones sucesivas, según prioridad tras la valoración, cuando no sea posible una atención inmediata.

\*\* Hay otra persona que participa en esta actividad pero no figura, por superar el nº de participantes en el proyecto.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Creación de agendas para fisioterapeutas de refuerzo.  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de agendas creadas como refuerzo, con registro de citas.  
Denominador .....: Número de agendas propuestas como refuerzo.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00
2. Formación a fisioterapeutas de refuerzo.  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de fisioterapeutas contratados como refuerzo a los que se ha instruido.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#686

### 1. TÍTULO

#### REDUCCION DE LA DEMORA PARA LA PRIMERA CONSULTA EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ZARAGOZA 2

Denominador .....: Número de fisioterapeutas contratados como refuerzo.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Fisioterapeutas contratados para el proyecto.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Demora para la 1ª consulta.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de días de espera para la primera consulta.  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Derivaciones pendientes de primera consulta en cada UFAP.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
El último día del mes, los fisioterapeutas responsables de cada UFAP recogerán los datos de demora, que comunicarán a la responsable del proyecto en la primera semana del mes siguiente.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#717

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LAS ACTIVIDADES GRUPALES DE ALGIAS VERTEBRALES MEDIANTE LA INTRODUCCION DE LA EDUCACION EN NEUROCIENCIA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTIVO

Fecha de entrada: 20/07/2022

Nº de registro: 2022#717 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SIERRA GONZALEZ RAQUEL

Título  
MEJORA DE LAS ACTIVIDADES GRUPALES DE ALGIAS VERTEBRALES MEDIANTE LA INTRODUCCION DE LA EDUCACION EN NEUROCIENCIA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTIVO

Colaboradores/as:  
ALBA FUERTES LAURA  
ALFONSO DE LA RIVA EMILIA MERCEDES  
GASPAR CALVO ELENA MARIA  
SANCHEZ QUINTANILLA SARA  
YAGÜE SEBASTIAN MARIA DEL MAR

Ubicación principal del proyecto.: DAP ZARAGOZA 2

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE FISIOTERAPIA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En las últimas décadas se ha observado un aumento del dolor musculoesquelético crónico, que alcanza cifras del 20% en la población mundial, siendo la segunda causa de discapacidad física y laboral por detrás de la salud mental. Las patologías relacionadas con el dolor crónico suponen una alta cifra de las consultas en atención primaria y provocan un elevado número de derivaciones a las UFAP, aumentando las listas de espera y saturando los servicios disponibles.

Esta situación demuestra que las actuales medidas no dan respuesta a las necesidades de estos pacientes, de hecho deriva en una mayor dispensación de fármacos y una situación de insatisfacción y peregrinaje por distintos servicios de las personas que padecen este problema. En los últimos años las guías de práctica clínica sobre el dolor muscular crónico establecen como clave de las actuaciones sobre estos desórdenes, la educación al paciente y el ejercicio físico.

Existen estudios sobre la implantación exitosa de un nuevo paradigma basado en neurociencia del dolor en otras comunidades autónomas, así como de la creación de Unidades de Estrategias de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico. Es en este contexto donde planteamos esta introducción al modelo actual en nuestras unidades. Consideramos que, ante la evidencia existente de la mayor efectividad de la combinación de la educación al paciente en neurociencia del dolor y del aprendizaje de estrategias de afrontamiento activo, especialmente a través del ejercicio terapéutico y frente a la recurrencia de pacientes, es interesante un cambio en el modelo de abordaje de estos pacientes, concretamente en la actividad de educación grupal para algias vertebrales que veníamos desarrollando en nuestras unidades, centrándonos en la educación en dolor y en el automanejo de los pacientes y reduciendo así la repetición de episodios de estos pacientes en las consultas en AP.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualización de la actividad grupal para la atención de algias vertebrales ya existente en nuestras Unidades, introduciendo el nuevo paradigma de afrontamiento activo del dolor crónico y educación en neurociencia del dolor, con objeto de beneficiar al elevado número de pacientes con dolor crónico en columna vertebral (recurrentes en algunos casos).

#### ANALISIS DE CAUSAS

El elevado número de derivaciones por dolor crónico nos plantea que las terapias pasivas, así como las tandas de tratamientos, no siempre son efectivas e incluso pueden incurrir en dependencia por parte de los usuarios, causando recurrencia en la solicitud del tratamiento para ciertos pacientes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- ? Unificar criterios para un abordaje común en todas las UFAP participantes.
- ? Instaurar programas de educación grupal basados en el nuevo paradigma de dolor crónico en las unidades participantes.
- ? Lograr un nivel adecuado de satisfacción por parte de los pacientes que reciben estas nuevas estrategias.
- ? Disminuir la kinesiofobia o conductas evitativas del dolor en los pacientes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Desarrollo de documento unificado de la actuación propuesta basado en la evidencia y bibliografía existente recabado mediante reuniones presenciales o telemáticas.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Todos los fisioterapeutas participantes del proyecto en sus respectivas unidades

2. Reunión con los equipos de los distintos centros en los que se va a instaurar este programa para explicar

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#717

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LAS ACTIVIDADES GRUPALES DE ALGIAS VERTEBRALES MEDIANTE LA INTRODUCCION DE LA EDUCACION EN NEUROCIENCIA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTIVO

el proyecto.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Todos los fisioterapeutas participantes del proyecto en sus respectivas unidades

3. Adaptación de las agendas.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: Todos los fisioterapeutas participantes del proyecto en sus respectivas unidades

4. Selección de participantes: Pacientes adultos de 20-65 años diagnosticados de algias vertebrales o etiquetas similares, con una o más derivaciones previas a la UFAP a lo largo de los últimos 5 años.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Todos los fisioterapeutas participantes del proyecto en sus respectivas unidades

5. Realización de las sesiones y recogida de instrumentos de medida (escala TSK-11 y de cuestionario de satisfacción Unidad de Fisioterapia).

Fecha inicio: 15/10/2022

Fecha final.: 15/11/2023

Responsable.: Todos los fisioterapeutas participantes del proyecto en sus respectivas unidades

6. Evaluación de los datos obtenidos.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Todos los fisioterapeutas participantes del proyecto en sus respectivas unidades

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. UNIFICACIÓN

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de unidades participantes que participan en la elaboración del documento único

Denominador .....: Número total de Unidades que participan en el proyecto.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. REUNIÓN CON LAS EAP

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de unidades participantes que realizan la reunión con las EAP.

Denominador .....: Número total de Unidades que participan en el proyecto.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. SATISFACCIÓN

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Cuestionarios de satisfacción con ítem número 11 (asistencia recibida en general) puntuado de 3 (moderadamente satisfecho) a 5 (extremadamente satisfecho)

Denominador .....: Total de cuestionarios de satisfacción realizados a los participantes.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionario de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 4. KINESIOFOBIA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Participantes que disminuyen la puntuación de la escala final TSK 11 sobre kinesiofobia respecto al inicial.

Denominador .....: Total de escalas TSK 11 sobre kinesiofobia realizadas a los participantes al

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#717

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LAS ACTIVIDADES GRUPALES DE ALGIAS VERTEBRALES MEDIANTE LA INTRODUCCION DE LA EDUCACION EN NEUROCIENCIA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ACTIVO

finalizar.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Escala TSK 11  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#818

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE FISIOTERAPICO DE PACIENTES CON SÍNTOMAS COVID TRAS INFECCION AGUDA RESUELTA SIN INGRESO HOSPITALARIA. COVID PERSISTENTE

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#818 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
YAGÜE SEBASTIAN MARIA DEL MAR

Título  
ABORDAJE FISIOTERAPICO DE PACIENTES CON SÍNTOMAS COVID TRAS INFECCION AGUDA RESUELTA SIN INGRESO HOSPITALARIA. COVID PERSISTENTE

Colaboradores/as:  
BLAS MARTINEZ ANDREA  
MAESTRE MIRALLES ALEJANDRO  
NAVARRO NAVARRO ELENA ISABEL  
SANCHEZ QUINTANILLA SARA

Ubicación principal del proyecto.: DAP ZARAGOZA 2

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE FISIOTERAPIA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde diciembre de 2019 nos encontramos en periodo pandémico por un nuevo patógeno denominado SARS - COV - 2, actualmente tras más de dos años de pandemia y tras la vacunación masiva de la población observamos un escenario diferente al inicial.

Se observan periodos de olas de aumento de contagios en los que, tras dichas vacunaciones la gravedad de la enfermedad en los infectados es menor, lo que se traduce en disminución de los ingresos y de la letalidad. Sin embargo, tras pasar la infección aguda no todos los enfermos tienen una curación total, los COVID persistentes. La OMS ha definido dicha entidad nosológica como la condición que ocurre en individuos con antecedentes de infección probable o confirmada por SARS-CoV-2, generalmente 3 meses después del inicio, con síntomas que duran al menos 2 meses y no pueden explicarse con un diagnóstico alternativo. Los síntomas comunes incluyen entre otros: fatiga, dificultad para respirar y disfunción cognitiva, y generalmente tienen un impacto en el funcionamiento diario. Los síntomas también pueden fluctuar o recaer con el tiempo. A los 6 meses, los sujetos relatan un promedio de 14 síntomas persistentes, los más prevalentes son: fatiga, disnea, alteraciones de memoria, artralgias, alteraciones del estado de ánimo y del sueño.

Se desconoce el tratamiento curativo de dichos pacientes, sin embargo, se están obteniendo resultados prometedores con fisioterapia para mejorar su funcionalidad.

La fisioterapia en general y, la prescripción de ejercicio físico, la fisioterapia respiratoria y el trabajo de fortalecimiento muscular en particular, son las áreas donde la mayor parte de los estudios publicados hasta la fecha inciden en trabajar. Desde atención primaria proponemos el tratamiento fisioterápico de estos pacientes.

#### Área de Mejora:

Los pacientes con COVID persistente en nuestro sector no están recibiendo tratamiento fisioterápico. La atención fisioterápica y la readaptación al ejercicio de los pacientes con COVID persistente parece ser una de las principales áreas asistenciales para mejora su clínica.

Se propone desde las unidades un tratamiento fisioterápico multimodal con entrenamiento aeróbico, fisioterapia respiratoria y trabajo de fuerza.

#### ÁREAS DE MEJORA

Los pacientes con COVID persistente en nuestro sector no están recibiendo tratamiento fisioterápico. La atención fisioterápica y la readaptación al ejercicio de los pacientes con COVID persistente parece ser una de las principales áreas asistenciales para mejora su clínica.

Se propone desde las unidades un tratamiento fisioterápico multimodal con entrenamiento aeróbico, fisioterapia respiratoria y trabajo de fuerza.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Nuestra Comunidad Autónoma ha sido especialmente azotada por la COVID, con un total de casos confirmados según fuentes consultadas el día 14 de julio de 2022 del Gobierno de Aragón de 446.858 Situación epidemiológica del coronavirus COVID-19 en Aragón. Gobierno de Aragón (aragon.es). Según literatura revisada, entre el 10 - 20 % de los pacientes con resolución de infección aguda de la COVID leve/moderada desarrollaran COVID persistente. A los 6 meses los pacientes con COVID persistente relatan un promedio de 14 síntomas, los más destacados, fatiga, disnea, artralgias, alteraciones de la atención y la memoria.

Los pacientes postingreso reciben tratamiento rehabilitador en el Hospital de referencia del Sector, Hospital Universitario Miguel Servet. La mayoría de los pacientes con COVID persistente no han precisado ingreso y sus necesidades fisioterápicas, en el momento actual, no se integran dentro del marco asistencial del SALUD en nuestro sector.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejoría funcional de pacientes afectados de COVID persistente, para retomar AVD a un ritmo adecuado y seguro.

Disminución de la discapacidad generada por la enfermedad.

Estabilización de síntomas, disminuir las fluctuaciones de los mismos



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#818

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE FISIOTERAPICO DE PACIENTES CON SÍNTOMAS COVID TRAS INFECCION AGUDA RESUELTA SIN INGRESO HOSPITALARIA. COVID PERSISTENTE

Mejoría de calidad de vida de pacientes con dicha patología

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Desarrollo del programa de rehabilitación multimodal, unificando actividades a desarrollar con los pacientes y

escalas a utilizar, basada en el mayor consenso posible tras revisión bibliográfica

Fecha inicio: 15/08/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: FISIOTERAPEUTAS PROYECTO

2. Sesiones informativas en los centros de salud destinadas a informar al equipo de atención primaria de la puesta en marcha del proyecto de calidad y de criterios de inclusión para participar en el mi

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: FISIOTERAPEUTAS PROYECTO

3. Contacto con la asociación de pacientes Long Covid Aragón para exponer el proyecto, si fuera necesario para captación de pacientes

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> DEL MAR YAGÜE SEBASTIÁN

4. Implementación de la actividad en las agendas de los fisioterapeutas participantes

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: FISIOTERAPEUTAS PROYECTO

5. Realización del programa pactado por los fisioterapeutas integrantes del proyecto y recogida de herramientas de medida pactadas pre - postactividad

Fecha inicio: 15/10/2022

Fecha final.: 15/11/2022

Responsable.: FISIOTERAPEUTAS PROYECTO

6. Recogida hoja de asistencia de sesiones informativas EAP/instrumentos de medida

Fecha inicio: 15/10/2022

Fecha final.: 15/11/2023

Responsable.: FISIOTERAPEUTAS PROYECTO

7. Evaluación de los datos obtenidos

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: FISIOTERAPEUTAS PROYECTO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. INFORMACION EAP

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de EAP que han recibido sesión informativa

Denominador .....: Número de totales de EAP de referencia de las unidades participantes

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: hoja de registro de sesiones de los EAP que tendrá la coordinadora proyecto (hoja de firmas de los EAP)

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. IMPLEMENTACIÓN

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de unidades que están implementado el programa

Denominador .....: Número de unidades integrantes proyecto x 100

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Base de datos propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 3. CONDICIÓN FÍSICA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#818

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE FISIOTERAPICO DE PACIENTES CON SÍNTOMAS COVID TRAS INFECCION AGUDA RESUELTA SIN INGRESO HOSPITALARIA. COVID PERSISTENTE

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: personas que mejoran la escala de condición física  
Denominador .....: total de personas que realizan la escala de condición física x100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: recogida de escala pre/post tratamiento  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

4. CALIDAD DE VIDA  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes con mejoría test de calidad de vida  
Denominador .....: Número de pacientes que realizan el test x 100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: recogida de test pre/post tratamiento  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#901

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN AL PACIENTE FRAGIL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II: PROGRAMA PARA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#901 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GASPAR CALVO ELENA MARIA

Título  
ATENCIÓN AL PACIENTE FRAGIL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II: PROGRAMA PARA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Colaboradores/as:  
CABANILLAS DEL POZO MANUEL  
CARTIEL MARINA LORENA  
GIMENO SANZ ESPERANZA  
MARTINEZ BENEDI DAVID  
MORENO POZUELO MARIA PILAR  
SIMON ALAMAN LAURA ANTONIA  
USERO TIL NOEMI

Ubicación principal del proyecto.: DAP ZARAGOZA 2

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE FISIOTERAPIA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 2\*CENTRO DE SALUD JR MUÑOZ FERNÁNDEZ\*EAP RUISEÑORES - SAGASTA\*AP (Atención Primaria)  
ZARAGOZA 2\*CENTRO DE SALUD SAN PABLO\*EAP SAN PABLO\*AP (Atención Primaria)  
ZARAGOZA 2\*CENTRO DE SALUD TORRERO-LA PAZ\*EAP TORRERO ESTE - LA PAZ\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La prevalencia de personas mayores frágiles es del 10-20% en el medio comunitario, unas 300 personas en un cupo medio de Centro de Salud. La fragilidad tiene repercusiones a nivel cardiovascular, de resistencia insulínica, deterioro músculo-esquelético, riesgo de caídas y sus consecuencias. Además, conlleva una mayor probabilidad de sufrir eventos adversos, deterioro funcional, discapacidad-dependencia o muerte. Aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años y un 50% de las mayores de 80 años que viven en la comunidad han sufrido una caída al menos una vez al año; de ellos la mitad se vuelve a caer en el mismo año.

El abordaje de este tipo de personas dirigido a la prevención de caídas es fundamental para conseguir un aumento de la perspectiva de vida libre de discapacidad. La aplicación de programas de ejercicio físico terapéutico combate la inactividad, que es la causa principal de la fragilidad en la persona mayor. Se ha demostrado que estos programas son muy eficaces para retrasar/revertir la discapacidad, mejorar el estado cognitivo y el bienestar emocional con la percepción de calidad de vida relacionada con la salud. Además, la práctica en grupo, fomenta las relaciones sociales del individuo y previene el aislamiento social.

Los Fisioterapeutas, como agentes prescriptores del ejercicio físico terapéutico dentro del Sistema Aragonés de Salud, somos los profesionales que debemos desarrollar y aplicar protocolos de actuación que atiendan esta demanda. Todo ello en el marco del Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2023, reforzando la orientación comunitaria de las Unidades de Fisioterapia, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud

#### ÁREAS DE MEJORA

Instauración de una nueva actividad grupal, comunitaria, enfocada a beneficiar a personas mayores con fragilidad

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Actualmente hay una falta de este tipo de programas dirigidos a personas con fragilidad. Desde las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria, hasta ahora, la atención se ha focalizado en procesos musculoesqueléticos agudos o crónicos reagudizados, fundamentalmente, quedando la atención comunitaria en un segundo plano, en parte debida a las listas de espera.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Detectar e intervenir sobre el adulto frágil y/o con riesgo de caídas a través de un programa de ejercicio físico terapéutico, para retrasar el deterioro funcional y promover la salud en la persona mayor de 70 años  
Mejorar el equilibrio, fuerza, movilidad y resistencia aeróbica  
Prevenir las caídas  
Prevenir las fracturas por fragilidad  
Prevenir/revertir la fragilidad de la persona mayor

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Desarrollo de documento de la actuación propuesta, basado en la evidencia y bibliografía existente, recabado mediante reuniones presenciales o telemáticas

Fecha inicio: 01/08/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#901

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN AL PACIENTE FRÁGIL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II: PROGRAMA PARA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Todos los fisioterapeutas participantes del proyecto en sus respectivas Unidades

2. Reunión con los equipos de los distintos centros en los que se va a instaurar este programa para explicar el proyecto

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Todos los fisioterapeutas participantes del proyecto en sus respectivas Unidades

3. Adaptación de las agendas

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: Todos los fisioterapeutas participantes del proyecto en sus respectivas Unidades

4. Selección de participantes

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Todos los fisioterapeutas participantes del proyecto en sus respectivas Unidades

5. Realización de las sesiones del protocolo y recogida de instrumentos de medida

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 15/11/2023

Responsable.: Todos los fisioterapeutas participantes del proyecto en sus respectivas Unidades

6. Evaluación de los datos obtenidos

Fecha inicio: 01/12/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Todos los fisioterapeutas participantes del proyecto en sus respectivas Unidades

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. ELABORACION DOCUMENTO TRABAJO

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de unidades participantes que participan en la elaboración del documento único

Denominador .....: Número total de unidades participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hojas de Firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 800.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. INFORMACION EAP

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de unidades participantes que realizan la reunión con los EAP

Denominador .....: Número total de unidades participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hojas de Firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. SATISFACCION

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Cuestionarios de satisfacción puntuados de 4 (bastante satisfecho) a 5 (extremadamente satisfecho)

Denominador .....: Total de cuestionarios de satisfacción realizados a los participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionario de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 4. VALORACION

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Participantes que aumentan la puntuación de la escala final SPPB (short physical

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#901

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN AL PACIENTE FRÁGIL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DEL SECTOR ZARAGOZA II: PROGRAMA PARA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

performance battery) respecto a la inicial  
Denominador .....: Total de escalas SPPB realizados a los participantes al finalizar  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Escala SPPB (short physical performance battery)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1018

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE MANUAL TECNICO DE ACOGIDA DIRIGIDO A PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION AL CME RAMON Y CAJAL

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1018 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BARRIO ALONSO ROSA MARIA

Título  
ACTUALIZACION DE MANUAL TECNICO DE ACOGIDA DIRIGIDO A PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION AL CME RAMON Y CAJAL

Colaboradores/as:  
BALLESTIN ANSON LAURA  
BRAVO BRAVO EVA  
CACERES DURAN ESPERANZA  
DEL CAMPO FERNANDEZ ANA MARIA  
FELIPE MARTINEZ RAQUEL  
RAMON VILLAGRASA CINTIA  
VILLAR ARNAL MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CME RAMON Y CAJAL

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Compromiso con nuestra organización para evitar, actualizar y mejorar el funcionamiento de cada centro . Proyecto que pretende mejorar la acogida del personal de nueva incorporación, haciéndoles entrega de un manual técnico en el que se explica la distribución y organización del CME , funcionamiento y los recursos disponibles para mejorar la seguridad clínica utilizando procedimientos de forma adecuada.

#### ÁREAS DE MEJORA

Incorporación escalonada del personal para cubrir sustituciones, bajas o permisos.  
Interrupciones sobre dudas en el funcionamiento diario del CME , que alteran el desarrollo de nuestra actividad diaria como gestores.  
Identificación correcta del paciente, de las pruebas complementarias y de las muestras realizadas.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Debido a la alta rotación de personal queremos que todo trabajador que se incorpore en nuestro CME disponga de un manual técnico de apoyo que sirva para solucionar sus dudas y así minimizar los errores en seguridad clínica. El manual técnico debe ser el primer recurso que utilice el personal para consultar sus dudas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Optimizar la acogida del personal de nueva incorporación, formarlo y así mejorar su adaptación y satisfacción en el trabajo.  
Dar una información detallada y actualizada de nuestros CME .  
Mejorar la seguridad clínica.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Entregar el manual técnico a cada profesional de nueva incorporación.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Rosa Mª Barrio Alonso

2. Realizar una reunión anual con los colaboradores del proyecto para detectar mejoras y actualizaciones en el manual técnico.

Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Rosa Mª Barrio Alonso

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de profesionales que han recibido el manual en su incorporación al CME  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de profesionales que han recibido el manual en su incorporación al CME.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1018

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE MANUAL TECNICO DE ACOGIDA DIRIGIDO A PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION AL CME RAMON Y CAJAL

Denominador .....: Número de profesionales de nueva incorporación en el CME.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: GPT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Profesionales de nueva incorporación

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#849

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE MANUAL TECNICO DE ACOGIDA DIRIGIDO A PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION CME SAN JOSE

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#849 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ESCANILLA GARCIA LAURA

Título  
ACTUALIZACION DE MANUAL TECNICO DE ACOGIDA DIRIGIDO A PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION CME SAN JOSE

Colaboradores/as:  
BAILO ROCHE M. CARMEN  
CARRETERO MIRAL ISABEL  
HERRERA MAGALLON NATALIA  
MARIN BASTIDA MARIA ROSA  
PASCUAL ALIENDE MARIA LORETO  
PASTOR ALCOLEA PAULA  
SANCHO ALCAZAR MARTA

Ubicación principal del proyecto.: CME SAN JOSE

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Compromiso con nuestra organización para revisar, actualizar y mejorar el funcionamiento deL CME. Proyecto que pretende mejorar la acogida del personal de nueva incorporación, haciéndoles entrega de un manual técnico en el que se explica la distribución y organización del CME, funcionamiento y los recursos disponibles para mejorar la seguridad clínica, de realizar al paciente correcto su procedimiento de forma adecuada.

#### ÁREAS DE MEJORA

Incorporación escalonada del personal para cubrir sustituciones, bajas o permisos. Interrupciones sobre dudas en el funcionamiento diario del CME, que alteran el desarrollo de nuestra actividad diaria como gestores. Identificación correcta: del paciente, de las pruebas complementarias y de las muestras realizadas.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Debido a la alta rotación de personal queremos que todo el personal que se incorpore en nuestro CME, disponga de un manual técnico de apoyo, que sirva para solucionar sus dudas y así minimizar los errores en seguridad clínica. El manual técnico debe ser el primer recurso que utilice el personal para consultar sus dudas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Optimizar la acogida del personal de nueva incorporación, formarlo y así mejorar su satisfacción en el trabajo. Dar una información detallada y actualizada de nuestro CME. Mejorar la seguridad clínica.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Entregar el manual técnico a cada profesional de nueva incorporación.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: LAURA ESCANILLA GARCIA

2. Realizar 1 reunión anual con los colaboradores del proyecto para detectar mejoras y actualizaciones en el manual técnico.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: LAURA ESCANILLA GARCIA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de profesionales que han recibido el manual en su incorporación al CME.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales que han recibido el manual en su incorporación al CME.

Denominador .....: Número de profesionales de nueva incorporación en el CME.

x(1-100-1000) ...: 100



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#849

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE MANUAL TECNICO DE ACOGIDA DIRIGIDO A PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION CME SAN JOSE

Fuentes de datos.: GPT

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1170

### 1. TÍTULO

#### DETECCION DE NUMEROS DE HISTORIAS CLINICAS DUPLICADAS DE PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTAS AL CME SAN JOSE

Fecha de entrada: 03/08/2022

Nº de registro: 2022#1170 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ASCASO VILLAGRASA SUSANA

Título  
DETECCION DE NUMEROS DE HISTORIAS CLINICAS DUPLICADAS DE PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTAS AL CME SAN JOSE

Colaboradores/as:  
ABAD CEBOLLA J. CARLOS  
DEL CASTILLO CARRASCO MARIA PILAR  
LAGUNA PASTOR M. BEGOÑA  
PUEYO PEREZ YOLANDA  
SENAC NAVARRO MARIA LUISA  
SEVIL PURAS JESUS ANGEL  
VILLANOVA MUNIESA MANUELA

Ubicación principal del proyecto.: CME SAN JOSE

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS

Línea estratégica: --Otras--

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
DETECTAR DUPLICIDADES DE HISTORIAS EN PACIENTES QUE VIENEN A NUESTRO CENTRO

ÁREAS DE MEJORA  
QUE CADA PACIENTE TENGA UN SOLO NUMERO DE HISTORIA

ANALISIS DE CAUSAS  
QUE TODOS LOS EPISODIOS QUEDEN REFLEJADOS EN SU UNICA HISTORIA, TANTO EN SOPORTE FISICO COMO ELECTRONICO

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
REVISAR LOS PACIENTES QUE VIENEN POR PRIMERA VEZ A NUESTRO CENTRO PARA ASI DETECTAR SI HAY DUPLICADOS Y FUSIONARLOS PARA CONSEGUIR QUE CADA PACIENTE TENGA UNA UNICA HISTORIA, YA QUE ESTO REPERCUTE A NIVEL DEL SECTOR, PUESTO QUE EL NUMERO DE HISTORIA ES EL MISMO EN EL SERVET, RAMON Y CAJAL Y SAN JOSE.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. -REVISAR "NO EXISTE DOSSIER" QUE APARECEN EN CADA LISTADO POR AGENDA DE CONSULTAS

Fecha inicio: 01/05/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: TODOS

3. ANOTAR EN HOJA DE INCIDENCIAS (MOD. F44-Z2E) SI SE DETECTA ALGUNO

Fecha inicio: 01/05/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: TODOS

4. HACER FUSION Y POSTERIORMENTE , CAMBIO FISICO DE LA HISTORIA, SI LA HUBIERE

Fecha inicio: 01/05/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: JEFE DE EQUIPO

5. CUANTIFICACION DE TODAS LAS FUSIONES REALIZADAS Y ESTADISTICA

Fecha inicio: 01/05/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: TODOS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. DETECCION DE DUPLICIDAD DE HISTORIAS DE PACIENTES PRIMER DIA EN S.JOSE

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: PACIENTES DUPLICADOS  
Denominador .....: PACIENTES CITADOS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: NUT Y BDU

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1170

### 1. TÍTULO

#### DETECCION DE NUMEROS DE HISTORIAS CLINICAS DUPLICADAS DE PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTAS AL CME SAN JOSE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: -10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#897

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE DETECCIÓN E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#897 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
FERNANDEZ LOZANO CARLOS

Título  
PROGRAMA DE DETECCIÓN E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO

Colaboradores/as:  
CONSTANTIN ANCUTA MARIA  
ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN  
GRACIA CUADRADO LIRIA  
MORALES IGLESIAS MARIA JOSE  
SOLSONA FERNANDEZ SOFIA

Ubicación principal del proyecto.: HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD GERIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

INTRODUCCIÓN: Según datos INE en 2020, el 46'1% de los pacientes que fueron dados de alta de un hospital tenían más de 65 años.

Los hospitales están diseñados para adultos robustos y jóvenes con enfermedades agudas, pero para el adulto frágil y pluripatológico, este modelo asistencial compromete su pronta y favorable mejoría.

En la mayoría de los casos, son dados de alta habiéndose resuelto el proceso agudo que motivó el ingreso, pero con un importante deterioro funcional.

#### CONCEPTO:

DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO (DFH): pérdida de la capacidad para realizar al menos una actividad de la vida diaria básica en el momento del alta respecto a la situación funcional considerada como 2 semanas antes del inicio de la enfermedad aguda. Es el resultado de la disminución de la movilidad y a otros factores asociados a la hospitalización. A lo largo del ingreso será posible la recuperación funcional total o parcial, es susceptible de modificar, ya que podemos intervenir en él.

DETERIORO PREHOSPITALIZACIÓN: deterioro funcional desde el inicio de la enfermedad aguda previo a la hospitalización, más frecuente. Se consideran dos semanas previas al ingreso. No es susceptible de modificar desde el medio hospitalario. Se han de adoptar medidas enfocadas desde la atención primaria.

DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO GLOBAL (DFH GLOBAL): suma de los anteriores.

PREVALENCIA: oscila entre el 33 y 88%, muy variable según la población estudiada, la metodología empleada y las unidades de hospitalización.

En España, hay descrita una incidencia de DF al ingreso del 64'6% y del 70'6%. Otros estudios en pacientes ingresados en Unidad geriátrica de agudos (elevada edad media, comorbilidad y peor situación previa) se describe un porcentaje de DFH global del 83,7% y en pacientes nonagenarios aumenta hasta el 88%.

FISIOPATOLOGÍA: Hay tres pilares fundamentales: hospitalización, la enfermedad principal y la reserva funcional.

#### FACTORES DE RIESGO:

Modificables: delirium (psicofármacos nocturnos), polifarmacia, inmovilidad, rutinas hospitalarias clásicas.

No modificables: edad, situación funcional previa, síntomas depresivos, deterioro cognitivo previo.

La inmovilidad es uno de los factores de riesgo más importantes por ser el más susceptible de ser modificado.

Entre el 73 y 83% del tiempo de su estancia hospitalaria lo pasan en la cama. La inmovilidad produce una rápida pérdida de la masa muscular, disminuye la síntesis de proteínas musculares, induce cambios en las estructuras articulares que limitan la movilidad, favorecen la aparición de contracturas y disminuye la capacidad aeróbica.

CONSECUENCIAS: Mayor consumo de recursos sanitarios y sociales, peor evolución clínica, mayor número complicaciones, mayor estancia hospitalaria, mayor tasa de institucionalización y mayor mortalidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Deterioro funcional hospitalario producido principalmente por la inmovilización.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Valorar factores de riesgo modificables

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1ª FASE: IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN PACIENTE DE RIESGO DE DFH.

La evaluación del riesgo DFH se realizará en las primeras 48 horas de ingreso. Se utilizarán herramientas de screening.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#897

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO

Los pacientes con DFH que más se benefician de intervención son aquellos con: buena situación basal previa, ausencia de factores de riesgo de DFH, deterioro funcional severo agudo prehospitalario.

Se diseñará un PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN.

Se confeccionará un diagrama de flujo del riesgo de deterioro funcional para poder así intervenir de forma adaptada a cada situación.

El protocolo incluirá CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

2ª FASE: Elaboración PROGRAMA DE INTERVENCIÓN-PREVENCIÓN: EJERCICIO MULTICOMPONENTE ADAPTADO según riesgo bajo-intermedio-alto de DFH. Ejercicio multicomponente

3ª FASE: Implicar a todos los profesionales sanitarios y familiares en la participación de la movilidad. Implicar a los médicos para mejorar el control de factores de riesgo modificables

Elaboración de: FOLLETO EXPLICATIVO EN FORMATO TRÍPTICO y CARTELES informativos y explicativos de ejercicios adaptados, favoreciendo y promoviendo la movilidad intrahospitalaria.

4ª FASE: Realización y ejecución de PROGRAMA DE EJERCICIOS por parte del personal de enfermería y familias.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesiones informativas. Realizadas por los componentes del grupo.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: CARMEN ELÍAS DE MOLINS PEÑA

2. Realización de talleres para implicar y comunicar a las familias los objetivos

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: SOFIA SOLSONA FERNANDEZ

3. Reuniones de equipo, comunicar los avances logrados y dificultades encontradas

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: CARMEN ELÍAS DE MOLINS PEÑA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Los resultados que se esperan obtener es una disminución de la inmovilidad INTRAHOSPITALARIA, mejoría en las actividades de la vida diaria básicas, disminución de las complicaciones, del uso de recursos socio-sanitarios y disminución de estancia hospitalaria.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes valorados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes valorados

Denominador .....: número de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: tabla registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Implicación familiar

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes incluidos en programa por implicación de familiar y/o cuidador

Denominador .....: número de pacientes valorados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: tabla registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Sesiones personal

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número asistentes a sesiones personal sanitario de geriatría

Denominador .....: Número total de personal sanitario adjudicado a geriatría

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: tabla registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#897

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE DETECCION E INTERVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO

##### 4. Satisfacción familiares

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes satisfecho de familiares y/o cuidadores principales implicados en el programa

Denominador .....: Número total de familiares y/o implicados en el programa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: tabla registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 5. Deterioro funcional hospitalario

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes con deterioro funcional hospitalario (diferencia entre el índice de Barthel basal previo(IBp) y al alta(IBa), siendo positiva cuando esto es mayor de 5 puntos)

Denominador .....: número total de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: tabla registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

##### 6. Mejoría funcional

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes con mejoría funcional al alta (diferencia entre el índice de Barthel al alta(IBa) y al ingreso (IBi), siendo positiva cuando esto es mayor de 5 puntos)

Denominador .....: número total de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: tabla registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 7. Ganancia funcional

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: -Ganancia funcional absoluta= IBA(Índice Barthel al alta)-IBI(Índice de Barthel al ingreso)

Denominador .....: Siendo una Ganancia funcional absoluta adecuada > 20 y excelente > 35 puntos

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: tabla registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 35.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 35.00

##### 8. Eficiencia: actividad rehabilitadora moderada.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: IBA-IBI

Denominador .....: estancia

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: tabla registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.60

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Toda patología que motive ingreso hospitalaria

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#933

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE SEGUIMIENTO POST-ALTA DEL PACIENTE GERIATRICO QUE INGRESA POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#933 \*\* Continuidad asistencial: consulta no presencial \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RAMOS IBÁÑEZ ROSA MARIA

Título  
PROGRAMA DE SEGUIMIENTO POST-ALTA DEL PACIENTE GERIATRICO QUE INGRESA POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRIA

Colaboradores/as:  
ELIAS DE MOLINS PEÑA CARMEN  
ESCABOSA ALEGRE M. DEL MAR  
VILLAR SAN PIO TERESA

Ubicación principal del proyecto.: HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD GERIATRIA

Línea estratégica: Continuidad asistencial: consulta no presencial

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Insuficiencia cardíaca es la primera causa de hospitalización entre los mayores de 75 años, representando de forma secundaria un porcentaje elevado del coste de la asistencia sanitaria. No sólo genera mortalidad e ingresos, es también una de las principales responsables de deterioro funcional, pérdida de calidad de vida, discapacidad y fragilidad. La insuficiencia cardíaca en mayores de 75 años habitualmente está asociada a varias comorbilidades; su descompensación, tiene como factores precipitantes procesos infecciosos agudos e incumplimiento terapéutico como causas más frecuentes. Así mismo, la estimación del pronóstico va a ser fundamental, ayudará a tomar decisiones sobre planificación de servicios sanitarios y necesidad de recursos. Las transiciones asistenciales sobretodo entre hospital y domicilio, son consideradas como momento crítico en la atención al paciente geriátrico y en particular al paciente que ha requerido ingreso por descompensación de insuficiencia cardíaca. En relación a todo ello, la participación activa del paciente/cuidador/familiar en la aplicación de cuidados y en actividades preventivas que eviten futuras descompensaciones constituirá una pieza fundamental en la atención a estos pacientes. Para minimizar estos riesgos nos planteamos iniciar este proyecto que pretende mejorar la valoración, tratamiento y seguimiento post-alta de este tipo de pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Potenciar la tarea de educación del paciente/cuidador/familiares en el conocimiento y cuidado de la enfermedad. Favorecer cuidado más continuado, integrado y multidisciplinar del paciente con insuficiencia cardíaca. Identificar precozmente y agilizar asistencia inmediata de la descompensación cardíaca. Mejorar accesibilidad a su atención

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Necesidad de facilitar información, formación y asesoramiento a pacientes, familiares/cuidadores sobre el manejo de la insuficiencia cardíaca, los factores precipitantes y signos identificativos de su descompensación. Necesidad de mejorar circuito asistencial a este tipo de paciente, que por sus características globales va a presentar mayor dificultad en su atención precoz.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Creación de un programa de seguimiento post-alta del paciente con insuficiencia cardíaca que permita: cuidado más continuado e integrado en su entorno habitual  
disminuir ingresos hospitalarios  
identificación precoz y asistencia inmediata de la descompensación cardíaca  
mayor accesibilidad en su atención, facilitando un circuito asistencial sencillo y fácilmente asequible

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Creación del grupo de trabajo

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 29/07/2022  
Responsable.: Rosa Mª Ramos Ibáñez

#### 2. Creación de tríptico informativo sobre plan educacional de insuficiencia cardíaca y revisión de manejo de tratamiento farmacológico. Creación de encuesta de satisfacción de funcionamiento del programa

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Todos miembros del equipo

#### 3. Creación de cuestionario de seguimiento telefónico del paciente con insuficiencia cardíaca tras alta hospitalaria

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#933

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE SEGUIMIENTO POST-ALTA DEL PACIENTE GERIATRICO QUE INGRESA POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRIA

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Todos miembros del equipo

4. Creación circuito y concretar nivel asistencial donde atender al paciente en función de su situación global y de descompensación clínica

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Todos miembros del equipo

5.

Proporcionar al paciente/cuidador/familiar número de contacto telefónico y horario de funcionamiento de unidad del programa de seguimiento por insuficiencia cardíaca

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final.: 18/12/2023

Responsable.: Todos miembros del equipo

6. Inclusión de pacientes diana en programa de seguimiento post-alta.

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final.: 18/12/2023

Responsable.: Todos miembros del equipo

7. Seguimiento telefónico a las 48-72h tras alta hospitalaria

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final.: 18/12/2023

Responsable.: Todos miembros del equipo

8. Seguimientos telefónicos posteriores en función de situación objetivada en seguimientos previos.

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final.: 18/12/2023

Responsable.: Mar Escabosa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes diana incluidos en programa de seguimiento

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº pacientes diana incluidos en programa de seguimiento

Denominador .....: Nº pacientes diana atendidos en unidad de geriatría

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de pacientes diana a los que se realiza seguimiento telefónico en 48-72h post-alta

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº pacientes diana a los que se realiza seguimiento telefónico en 48-72h post-alta

Denominador .....: Nº pacientes diana incluidos en programa de seguimiento

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de pacientes diana que tras seguimiento telefónico necesita reajuste de tto telefónico

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº pacientes diana a los que se realiza reajuste tto vía telefónica

Denominador .....: Nº pacientes diana a los que se realiza seguimiento telefónico

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#933

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE SEGUIMIENTO POST-ALTA DEL PACIENTE GERIATRICO QUE INGRESA POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRIA

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

4. Porcentaje de pacientes diana que tras seguimiento telefónico necesita valoración clínica presencial  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° pacientes diana que tras seguimiento telefónico requieren valoración clínica presencial  
Denominador .....: N° pacientes diana a los que se realiza seguimiento telefónico  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00
5. Porcentaje de pacientes diana que tras seguimiento telefónico necesita ingreso hospitalario  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° pacientes diana que tras seguimiento telefónico requieren ingreso hospitalario  
Denominador .....: N° pacientes diana a los que se realiza seguimiento telefónico  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00
6. Porcentaje de reingresos por insuficiencia cardíaca en unidad tras 6 meses de inicio del programa  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° pacientes diana que ingresan por insuficiencia cardíaca tras 6 meses de inicio del programa  
Denominador .....: N° pacientes diana incluidos en programa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00
7. Porcentaje de pacientes satisfechos tras encuesta realizada a los 6 meses de inicio del programa  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° pacientes satisfechos tras encuesta realizada a los 6 meses de inicio del programa  
Denominador .....: N° pacientes diana incluidos en programa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1168

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ELABORACION A TERCEROS

Fecha de entrada: 03/08/2022

Nº de registro: 2022#1168 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GALLEGO BENEDICTO MARIA CARMEN

Título  
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ELABORACION A TERCEROS

Colaboradores/as:  
GUILLEMES CARABALLO MARIA CARMEN  
MAGALLON PUY BLANCA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ADMISION, DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO

Línea estratégica: --Otras--

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Variabilidad en la plantilla de la Unidad de Cargos de Admisión. Importancia que se da en el Contrato Programa ejercicio 2022-2023 del Hospital Universitario Miguel Servet

ÁREAS DE MEJORA  
Detección del cargo y su correcta prefacturación

ANALISIS DE CAUSAS  
Mejora la comunicación con las otras unidades de admisión

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Unificar criterios de prefacturación. Evitar en lo posible la no detección del cargo

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones periódicas con el equipo de cargos, se adjuntarán actas.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Maria Carmen Gallego Benedicto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Protocolo  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: no aplica  
Denominador .....: no aplica  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: HP-HIS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1169

### 1. TÍTULO

#### UNIFICACION DE CRITERIOS EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE NEOPLASIAS

Fecha de entrada: 03/08/2022

Nº de registro: 2022#1169 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ LOPEZ LAURA

Título  
UNIFICACION DE CRITERIOS EN LA INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE NEOPLASIAS

Colaboradores/as:  
VILLA GAZULLA MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ADMISION, DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO

Línea estratégica: --Otras--

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
SE QUIERE CONSEGUIR TENER EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA TODOS LOS PROCESOS NEOPLÁSICOS CORRECTAMENTE CODIFICADOS

ÁREAS DE MEJORA  
QUE LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS IDENTIFIQUEN CON CLARIDAD LOS DIAGNÓSTICOS QUE SON NEOPLASIAS DE LOS QUE NO.

ANÁLISIS DE CAUSAS  
LA CODIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS POR LA UNIDAD DE LISTA DE ESPERA PUEDE NO SER LA CORRECTA YA QUE LOS SERVICIOS NO ESPECIFICAN CON CLARIDAD LA MALIGNIDAD DEL TUMOR

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
LA ADECUADA CODIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. REUNIONES PERIÓDICAS CON LOS SERVICIOS IMPLICADOS

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: LAURA MARTINEZ LOPEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. PROTOCOLO PARA UNIFICACIÓN DE CRITERIOS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: NO APLICA

Denominador .....: NO APLICA

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA, CIE-10

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1172

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE PROTOCOLOS DE RECEPCION, REPRODUCCION Y POSTERIOR SUBIDA DE LA INFORMACION A HCE

Fecha de entrada: 03/08/2022

Nº de registro: 2022#1172 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SIERRA BRUNA MARIA DOLORES

Título  
ELABORACION DE PROTOCOLOS DE RECEPCION, REPRODUCCION Y POSTERIOR SUBIDA DE LA INFORMACION A HCE

Colaboradores/as:  
GIMENEZ LAMBAN MARIA PILAR  
MILLAN SIERRA MARIA DOLORES  
RODRIGO SAUCO CONCEPCION

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ADMISION, DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO

Línea estratégica: Seguridad Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Establecer nuevos itinerarios para solicitar la reproducción de imágenes.

ÁREAS DE MEJORA  
Realizar un modelo que recoja las peticiones realizadas por los facultativos o personal autorizado para solicitar copia de las imágenes solicitadas.

ANÁLISIS DE CAUSAS  
Evitar la falta de información de lo que hay que grabar o subir a la Historia Clínica Electrónica.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Elaboración de un documento que se entregará cuando el profesional solicite copias de imágenes y se recordará que la copia de imágenes de pacientes se realizará a través del SIAU.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar un documento con formato ISO de la Unidad en la que se recogerían datos como: número de historia, nombre y apellidos del paciente.

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 01/09/2022  
Responsable.: Todo los miembros del proyecto.

2. Identificación del profesional, número de colegiado y servicio solicitante.  
Fecha de realización de la prueba y tipo de prueba a copiar.

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 01/09/2022  
Responsable.: Todos los miembros del proyecto.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Solicitud de reproducción de imágenes

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: No aplica  
Denominador .....: No aplica  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Programa Baydicom  
Programa Imagen Salud  
Historia Clínica Electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1172

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE PROTOCOLOS DE RECEPCION, REPRODUCCION Y POSTERIOR SUBIDA DE LA INFORMACION A HCE

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1180

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN PROGRAMA QUE AUTOMATICE LOS DATOS PROPORCIONADOS A DIRECCION

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1180 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ABAD CEBOLLA J. CARLOS

Título  
ELABORACION DE UN PROGRAMA QUE AUTOMATICE LOS DATOS PROPORCIONADOS A DIRECCION

Colaboradores/as:  
BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL  
GARCES LATASA JOSE MANUEL  
LAPEÑA LAPEÑA MARGARITA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ADMISION, DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO

Línea estratégica: Eficiencia

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
OBTENCIÓN AUTOMÁTICA DATOS ESTADÍSTICOS DE CITACIONES

ÁREAS DE MEJORA  
OFRECER DATOS ESTADÍSTICOS DE FORMA MÁS AJUSTADA

ANÁLISIS DE CAUSAS  
UNIFICAR CRITERIOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LA ESTADÍSTICA DE DEMORAS MENSUAL

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
SE PRETENDE CONSEGUIR UNA VISUALIZACIÓN GLOBAL Y REAL Y SU EVOLUTIVO A TRAVÉS DE DATOS Y GRÁFICOS

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. CREACIÓN DE UNA HOJA EXCEL

Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: JOSE MANUEL GARCES LATASA

2. CRUZAR DATOS DE HP-HIS Y EXPORTAR EN CRYSTAL

Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: JOSE MANUEL GARCES LATASA

3. REUNIONES PERIÓDICAS CON EL EQUIPO INFORMÁTICO Y DIRECTIVO

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: JOSE MANUEL GARCES LATASA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. HOJA ESTADÍSTICA

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: NO APLICA  
Denominador .....: NO APLICA  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: HP-HIS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1180

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN PROGRAMA QUE AUTOMATICE LOS DATOS PROPORCIONADOS A DIRECCION

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1181

### 1. TÍTULO

#### COMUNICACION DE CITAS DE MENORES A AMBOS PROGENITORES EN CASO DE QUE VIVAN EN DISTINTOS DOMICILIOS

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1181 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PINTANEL BUIL MARIA CARMEN

Título  
COMUNICACION DE CITAS DE MENORES A AMBOS PROGENITORES EN CASO DE QUE VIVAN EN DISTINTOS DOMICILIOS

Colaboradores/as:  
BARCELONA TRIVEZ ANA ISABEL  
GARCES LATASA JOSE MANUEL  
GERONA IÑIGUEZ BLANCA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ADMISION, DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO

Línea estratégica: Eficiencia

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Necesidad de que se cumpla el derecho de recibir ambos progenitores que viven en diferentes domicilios las citaciones de sus hijos menores

ÁREAS DE MEJORA  
Evitar reclamaciones por desinformación acerca de citas de menores.

ANALISIS DE CAUSAS  
El programa no daba opción a sacar dos citaciones con diferentes domicilios

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Que salgan 2 citaciones una para cada progenitor en diferentes domicilios de forma automática, cuando el programa avise de esta circunstancia

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión con el Servicio de Información y Atención al Usuario.

Fecha inicio: 04/04/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: JOSE MANUEL GARCES LATASA

2. Reuniones con el Servicio de Informática para que estudien la forma de que el HIS imprima las dos notas de cita

Fecha inicio: 09/05/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: JOSE MANUEL GARCES LATASA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. TOTAL DE CITAS DOBLES PROCESADAS

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: TOTAL DE CITAS DOBLES ENVIDAS

Denominador .....: TOTAL DE CITAS CON ALERTA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HP-HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 98.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1181

### 1. TÍTULO

#### COMUNICACION DE CITAS DE MENORES A AMBOS PROGENITORES EN CASO DE QUE VIVAN EN DISTINTOS DOMICILIOS

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1207

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LOS CODIGOS DE DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS DE CIE-9 A CIE-10 PARA LA CORRECTA CODIFICACION EN LEQ

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1207 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ GARCIA AURORA

Título  
ACTUALIZACION DE LOS CODIGOS DE DIAGNOSTICOS Y PROCEDIMIENTOS DE CIE-9 A CIE-10 PARA LA CORRECTA CODIFICACION EN LEQ

Colaboradores/as:  
MARTINEZ LOPEZ LAURA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ADMISION, DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVO

Línea estratégica: Eficiencia

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS A LA NORMATIVA DE CODIFICACIÓN EN CIE-10

ÁREAS DE MEJORA  
DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS DE LOS PROCESOS QUIRÚRGICOS CON TIEMPO DE GARANTIA RECOGIDOS EN EL DECRETO 83/2003 DE 29 DE ABRIL.

ANALISIS DE CAUSAS  
HASTA EL MOMENTO SE ESTÁ TRABAJANDO CON DOS FORMAS DIFERENTES DE CODIFICACIÓN EN LOS CASOS RECOGIDOS EN DICHO DECRETO. UNOS PROCESOS CON CIE-9 Y OTROS CON CIE-10

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
UNIFICAR TODA LA CODIFICACIÓN A CIE-10, COMENZANDO CON LOS PROCESOS GARANTIZADOS.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. IDENTIFICAR LOS PROCESOS GARANTIZADOS  
ELABORAR LISTADOS CON LOS NUEVOS CÓDIGOS  
REVISIÓN Y VALIDACIÓN POR PARTE DE LA UNIDAD DE CODIFICACIÓN  
ACTUALIZAR EN EL PROGRAMA HP-HIS  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: AURORA PEREZ GARCIA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. NUMEROS DE CASOS CODIFICADOS CON CIE-10 DE PROCESOS GARANTIZADOS  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: NÚMERO PROCESOS CODIFICADOS CON CIE-10  
Denominador .....: NÚMERO TOTAL DE PROCESOS GARANTIZADOS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA Y EL DECRETO DE GARANTIA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> PROCESOS GARANTIZADOS RECOGIDOS EN EL DECRETO

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#172

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION Y SISTEMATIZACION DEL TALLADO DE PIEZAS QUIRURGICAS DE PATOLOGÍA DIGESTIVA EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Fecha de entrada: 18/06/2022

Nº de registro: 2022#172 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DEL VALLE SANCHEZ MARIA ELENA

Título  
OPTIMIZACION Y SISTEMATIZACION DEL TALLADO DE PIEZAS QUIRURGICAS DE PATOLOGÍA DIGESTIVA EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Colaboradores/as:  
ABECIA MARTINEZ EMILIO IGNACIO  
HORNDLER ARGARATE MARTIN CARLOS  
TRIGO CEBRIAN MIGUEL ANGEL  
VICENTE ARREGUI SANDRA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANATOMÍA PATOLÓGICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En octubre de 2021 la sección de Patología Digestiva del Servicio de Anatomía Patológica obtuvo la Acreditación de Laboratorios Clínicos según la norma UNE-EN ISO 15189 en histopatología y citopatología de estómago y esófago. En el documento de "Procedimiento Técnico para el Diagnóstico Anatomopatológico" elaborado para ambos tipos de muestras se dedica un apartado específico al estudio macroscópico y tallado de las piezas quirúrgicas de esófago y estómago que llegan a nuestro Servicio. Con la implementación de los protocolos previstos en este procedimiento se ha conseguido dar una mayor uniformidad a la descripción y al muestreo de piezas quirúrgicas. El estudio macroscópico es un eslabón imprescindible en el servicio de Anatomía Patológica para llegar a un diagnóstico anatomopatológico adecuado que, en última instancia, redunda decisivamente en beneficio del paciente. Un tallado incorrecto o incompleto de las piezas quirúrgicas puede inducir a errores en el diagnóstico final, p. ej. en la clasificación tumoral patológica TNM. Por el contrario, una valoración adecuada de factores como el estatus de márgenes quirúrgicos, el nivel de invasión tumoral, el grado de regresión tras neoadyuvancia, etc. dependen de un muestreo macroscópico adecuado. La propuesta que hacemos en este proyecto consiste en ampliar la protocolización del sistema de tallado a todas las piezas quirúrgicas que se reciben en la Sección de Patología Digestiva, que se caracterizan por ser muy heterogéneas y de muy diversa complejidad, de modo que comprenden desde piezas sencillas, como un apéndice o una vesícula biliar, hasta piezas de gran complejidad que necesariamente deben ser talladas por médicos residentes con experiencia y bajo la supervisión de facultativos; este es el caso de resecciones pancreáticas, resecciones de vía biliar tumoral (tumor de Klatskin), resecciones de recto tras tratamiento neoadyuvante, etc. Además de sistematizar y mejorar el estudio macroscópico de las piezas quirúrgicas, la elaboración de este proyecto tiene como objetivo el de transmitir la información y el procedimiento elaborado a los sanitarios que se incorporan al Servicio, principalmente a Médicos residentes y a Médicos Adjuntos de la sección de Patología Digestiva, con el propósito de favorecer prácticas homogéneas en toda la Sección.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora del estudio macroscópico de piezas quirúrgicas que se reciben en la Sección de Patología Digestiva del Servicio, tanto en su descripción como en el tallado y muestreo que se realiza para el posterior estudio microscópico.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Mediante este proyecto se pretende evitar:

- 1.- Sesgo producido por la variabilidad individual en el procedimiento.
- 2.- Sesgo producido por la falta de experiencia de los residentes que se incorporan periódicamente a la actividad.
- 3.- Sesgo producido por una transmisión sólo verbal de la información y del método.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El proyecto está dirigido a los Médicos Residentes de Anatomía Patológica y a los Facultativos Especialistas de la Sección de Patología Digestiva. Los beneficiarios últimos son los pacientes del ámbito hospitalario que presentan patología digestiva quirúrgica.

#### Objetivos:

- Revisar y actualizar el procedimiento de tallado y muestreo de piezas quirúrgicas tomando como referencia fuentes bibliográficas fundamentales en este campo y páginas electrónicas de referencia internacional. Todo ello con la finalidad de elaborar protocolos de descripción, tallado y muestreo de piezas quirúrgicas digestivas, incluyendo tanto tumorales como no tumorales.
- Transmitir los protocolos elaborados al personal sanitario de nueva incorporación, principalmente Médicos residentes y también Médicos Adjuntos asignados a la Sección de Patología Digestiva, como guía de procedimiento de la Sección.
- Evaluar su uso posterior.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#172

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION Y SISTEMATIZACION DEL TALLADO DE PIEZAS QUIRURGICAS DE PATOLOGÍA DIGESTIVA EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión de equipo para establecer los criterios de elaboración de guías de procolización  
Fecha inicio: 06/07/2022  
Fecha final.: 06/07/2022  
Responsable.: Elena del Valle Sánchez
2. Elaboración de un protocolo de procesamiento macroscópico de piezas quirúrgicas de tracto gastrointestinal bajo  
Fecha inicio: 07/07/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Elena del Valle Sánchez
3. Elaboración de un protocolo de procesamiento macroscópico de piezas quirúrgicas de tracto gastrointestinal alto  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: Sandra Vicente
4. Elaboración de un protocolo de procesamiento macroscópico de piezas quirúrgicas de hígado  
Fecha inicio: 01/02/2023  
Fecha final.: 30/04/2023  
Responsable.: Migel Ángel Trigo
5. Elaboración de un protocolo de procesamiento macroscópico de piezas quirúrgicas de páncreas  
Fecha inicio: 01/05/2023  
Fecha final.: 31/07/2023  
Responsable.: Carlos Hörndler
6. Implementación de protocolos, reflejada en la descripción macroscópica de informes de Anatomía Patológica y en el porcentaje de personas que lo aplican  
Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 01/05/2024  
Responsable.: Elena del Valle

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Protocolos guía  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de protocolos realizados  
Denominador .....: Número total de protocolos previstos en el proyecto  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Protocolos elaborados  
Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00
2. Evaluación de la implementación  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de personas que utiliza los protocolos  
Denominador .....: Número máximo de personas a las que potencialmente se dirige el protocolo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sistema informático PatWin  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00
3. Evaluación de la implementación  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de informes macroscópicos realizados según protocolo  
Denominador .....: Número de piezas quirúrgicas de Patología Digestiva  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sistema informático PatWin  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#172

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION Y SISTEMATIZACION DEL TALLADO DE PIEZAS QUIRURGICAS DE PATOLOGÍA DIGESTIVA EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLOGICA

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#263

### 1. TÍTULO

#### PROTOSCOLOS ESTANDARIZADOS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA: MACROSCOPIA, TRATAMIENTO DE PIEZAS EN LAS TARDES Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS ESPECIALES

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#263 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARQUINA IBAÑEZ MARIA ISABEL

Título  
PROTOSCOLOS ESTANDARIZADOS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA: MACROSCOPIA, TRATAMIENTO DE PIEZAS EN LAS TARDES Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS ESPECIALES

Colaboradores/as:  
ABECIA MARTINEZ EMILIO IGNACIO  
EIZAGUIRRE ZARZA BEATRIZ  
FERRANDO LAMANA LUCIA  
GOMEZ MATEO MARIA DEL CARMEN  
MEDRANO RUIZ JUAN  
OLLERO DOMENCHE LETICIA  
RIOS BALLESTIN GUILLERMO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANATOMÍA PATOLÓGICA

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La macroscopía o "tallado" en el departamento de Anatomía patológica es un trabajo esencial en el circuito diagnóstico de las muestras y piezas quirúrgicas. Una correcta descripción, manipulación e inclusión de las mismas determina el posterior estudio microscópico y consiguiente diagnóstico final.

Muchas de estas piezas de este primer paso diagnóstico (la macroscopía) son realizadas por técnicos en el caso de piezas menores (endoscopias, BAG, etc.) y por residentes en las piezas mayores (las piezas tumorales y cirugías más agresivas), especialmente como parte del aprendizaje. Esta descripción se transcribe en el informe final, en general trabajando con una grabadora de voz mientras se manipula la pieza. Sin embargo, a pesar de la gran variedad de piezas quirúrgicas, no existe una guía unívoca y consensuada de describir cada pieza. Es importante crear un consenso escrito para que los informes sean homogéneos, incidiendo en los ítems más importantes y en las piezas más frecuentes. Cada pieza tiene ítems clave diferentes, como el TNM, porcentaje de necrosis, etc. Es menos probable cometer un error con un protocolo que sirva como check list a la hora de dictar.

En cada protocolo se añadirían fotos de ejemplo para esquematizar su inclusión. El objetivo sería que mismas piezas quirúrgicas no tengan informes diametralmente opuestos en contenido y forma. Además, serviría para que trabajadores sin experiencia aprendiesen a través del uso repetido de los mismos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Realizar protocolos de:

- Esquematización de normas de actuación en las tardes (tratado de piezas al recibirlas en fresco).
- Protocolos del procesamiento de muestras especiales: músculos, nervios y pieles para inmunofluorescencia.
- Protocolos de la sección de tórax y cabeza y cuello.
- Protocolos de tallado de la sección de uropatología, endocrinología y neurología.
- Protocolos de tallado de la sección de dermatopatología y partes blandas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de una forma estandarizada de proceder, a pesar de ser en la mayoría tareas relativamente mecánicas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La creación de una serie de textos, con instrucciones escritas y fotos esquematizadas que sirvan como guía a la hora de realizar el tallado. Con estos textos existe una referencia que sirva de consulta. El objetivo final es un informe macroscópico con información homogénea, tanto en contenido como en forma. Estos pasos son reproducibles tanto para las mismas piezas como para diferentes secciones.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. - Esquema de normas de actuación en las tardes (guardias de anatomía patológica).
- Protocolo de procesamiento de muestras especiales
- Protocolos de tórax y cabeza y cuello.
- Protocolos de uropat

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Emilio I. Abecia Martinez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#263

### 1. TÍTULO

#### **PROTOCOLOS ESTANDARIZADOS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA: MACROSCOPIA, TRATAMIENTO DE PIEZAS EN LAS TARDES Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS ESPECIALES**

Se relizará un protocolo por escrito de cada pieza quirúrgica, además de fotos esquematizadas. Después, responsables de cada sección lo corregirán y consensuarán con sus compañeros. Estos pueden incluir cambios tanto en la expresión escrita como la inclusión/eliminación de otros ítems.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. Número de protocolos elaborados/año.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de protocolos elaborados

Denominador .....: año

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Elaboración propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#940

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES CITADOS PARA PAAF EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLOGICA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#940 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
COY ALDANA DAMARIS

Título  
MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES CITADOS PARA PAAF EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLOGICA

Colaboradores/as:  
GARCIA HERNANDEZ SILVIA  
SERRANO RODRIGUEZ INMACULADA  
BLASCO ADIEGO ROSA  
GOMEZ BELLA MARTA  
IZQUIERDO SALICIO YOLANDA  
LOPEZ PRIETO PILAR  
MARQUINA IBAÑEZ MARIA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANATOMÍA PATOLÓGICA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La PAAF (punción aspiración con aguja fina) es una prueba diagnóstica que consiste en la extacción de una muestra total o parcial de células para ser examinadas al microscopio por un patólogo. La técnica se realiza utilizando una pistola Cameco a la que se le acopla una jeringa con aguja para aspirar algunas células que serán teñidas para su posterior diagnóstico.

Durante los últimos meses se ha observado que la mayoría de los pacientes manifiestan numerosas dudas en relación a la prueba que se es va a realizar, mostrando cierto nerviosismo, incertidumbre e incluso miedo.

Los pacientes desconocen cómo los fármacos que toman pueden afectar a la hora de obtener la muestra, dudan si es necesario estar en ayunas o no; también deben saber que las pruebas complementarias de radiología deben ser realizadas antes que la PAAF, ya que pueden verse alteradas por la técnica.

La mayoría de estas dudas están provocadas por un déficit de la información recibida, son muchos los profesionales que prescriben la prueba y no existe un documento escrito que se le pueda facilitar al paciente donde puedan quedar resueltas. Con el documento que vamos a elaborar y proporcionar al paciente, éste puede asimilar la información recibida, se podrían evitar segundas citas provocadas por la toma incorrecta de medicamentos anticoagulantes que conllevaría un retraso del diagnóstico, así como efectos indeseados como consecuencia de dejar de tomar otras medicaciones ( antihipertensivos, antidiabéticos...)

#### ÁREAS DE MEJORA

Déficit de información sobre la técnica a realizar.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de tiempo asistencial en las consultas.  
Falta de un documento informativo

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Promover el conocimiento de la PAAF en los pacientes, previa a la realización de la misma, para conseguir minimizar:

- La ansiedad ante la incertidumbre de la obtención de la muestra.
- Número de dudas del paciente.
- Número de pacientes que requieren segundas citas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración y difusión de tríptico informativo para el paciente, tanto en el servicio de Anatomía Patológica como los servicios peticionarios.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Rosa Blasco

2. Elaboración de check list que se rellenará previo a la PAAF donde valoraremos si el paciente llega en condiciones óptimas para la toma de la muestra

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Dámaris Coy, Marta Gómez, Silvia García

3. Elaboración de una encuesta de satisfacción que se entregará al final de la punción donde valoraremos la asimilación de la información recibida y la utilidad de la misma

Fecha inicio: 01/10/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#940

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES CITADOS PARA PAAF EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Inmaculada Serrano, Yolanda Izquierdo, Rosa Blasco

#### 4. Implantación del proyecto

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Todo el equipo

#### 5. Seguimiento proyecto y extracción de datos

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Pilar López

#### 6. Evaluación final

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Isabel Marquina, Rosa Blasco

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. % de pacientes que han recibido tríptico informativo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de pacientes que han recibido el tríptico informativo previo a la realización de la PAAF

Denominador .....: N° total de pacientes a los que se les ha realizado la PAAF

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listado interno

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 2. % de Pacientes a los que se les realiza el check list

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de pacientes a los que se realiza el check list

Denominador .....: N° total de pacientes a los que se les ha realizado la PAAF

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listado interno

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todas las patologías derivadas de los servicios peticionarios

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1088

### 1. TÍTULO

#### INSTRUCCIONES PARA UNA CORRECTA FIJACION DE MUESTRAS DE LÍQUIDOS BIOLÓGICOS PARA ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1088 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTIN LARDIES SOFIA

Título  
INSTRUCCIONES PARA UNA CORRECTA FIJACION DE MUESTRAS DE LÍQUIDOS BIOLÓGICOS PARA ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS

Colaboradores/as:  
VILA ARA NESTOR  
ABAD BEORLEGUI ELENA  
ALFARO TORRES JORGE  
BLASCO ADIEGO ROSA  
FONDON IRTIA IGNACIO  
MIGUEL CHINCHILLA EVA  
PASCUAL LATORRE GISELA-PRISCILA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANATOMÍA PATOLÓGICA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las muestras de líquidos biológicos para estudios anatomopatológicos deben estar correctamente fijadas para su óptima conservación y diagnóstico.  
Hemos detectado un elevado número de incidencias (136 en el año 2021) de muestras con una incorrecta fijación. Al llegar las muestras sin fijador pueden deteriorarse dificultando o incluso imposibilitando un correcto diagnóstico y el posterior diagnóstico del paciente.  
Nuestro servicio dispone de un procedimiento técnico donde se detalla cómo deben de fijarse este tipo de muestras según su tipología, qué fijador debe de emplearse, cómo se debe de rellenar el informe peticionario, cómo se debe transportar la muestra, cómo proceder si Anatomía Patológica está cerrada (días laborables a partir de las 19:30 horas, festivos y fines de semana) y cómo proceder si no se dispone de fijador.  
Se difundirá a los diferente servicios del hospital priorizando los que han generado un mayor número de incidencias según nuestro registro.

#### ÁREAS DE MEJORA

Déficit de información en los servicios peticionarios sobre la fijación de muestras de líquidos biológicos para estudio anatomopatológico.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Aparición en el mercado de nuevos fijadores para este tipo de muestras.  
Elevado número de profesionales implicado en el proceso de recogida y manipulación de las muestras.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir el número de incidencias por fijación incorrecta.  
Informar y formar a los servicios peticionarios del hospital sobre las instrucciones preanalíticas para la correcta fijación de líquidos biológicos para Anatomía Patológica.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. reunión para formación grupo de mejora y reparto de tareas

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Sofía Martín

2. Elaboración de poster informativo

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Sofía Martín, Gisela Pascual

3. Difundir poster por los diferentes servicios peticionarios del hospital que hayan generado incidencias y realizar formación a los profesionales implicados en la recogida y manipulación de las muestras

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Rosa Blasco, Sofía Martín, Eva Miguel, Jorge Alfaro

4. Seguimiento del proyecto y extracción de datos

Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 30/04/2023  
Responsable.: Eva Miguel, Elena Abad, Néstor Vila, Ignacio Fondón

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1088

### 1. TÍTULO

#### INSTRUCCIONES PARA UNA CORRECTA FIJACION DE MUESTRAS DE LÍQUIDOS BIOLÓGICOS PARA ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS

##### 5. Evaluación Final

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Sofía Martín, Jorge Alfaro, Rosa Blasco

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Disminución del número de incidencias registradas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº incidencias registradas en 2021 (año anterior)

Denominador .....: nº de incidencias registradas en 2022(año en curso)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de incidencias en Patwin (LIS del servicio)

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todas las patologías

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#88

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN REGISTRO Y ALERTA DE VIA AEREA DIFICIL EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE) DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 12/06/2022

Nº de registro: 2022#88 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GONZALO PELLICER INMACULADA

Título  
CREACION DE UN REGISTRO Y ALERTA DE VIA AEREA DIFICIL EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE) DEL PACIENTE

Colaboradores/as:  
FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO  
INFANTES MORALES MARTA EUGENIA  
ORTEGA LAHUERTA JUAN PABLO  
PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO  
SANCHEZ ANDRES ARMANDO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La identificación o el reconocimiento previo de dificultad en la vía aérea (VA), constituye el primer paso para su planificación. Dentro de los predictores disponibles para advertir una vía aérea difícil (VAD), el antecedente personal es uno de los más importantes. Podríamos desglosar el proceso de gestión de esta información en dos momentos claves:

1. Documentación inmediata del evento de VAD. Desde 2015, el grupo de mejora para el manejo de VA del Sº de Anestesiología y Reanimación del HUMS puso en marcha el primer punto, que se desarrolla con normalidad.
2. Activación de todas las vías de transmisión disponibles, para que esa información se vincule al paciente y esté disponible en el futuro.

El desarrollar una alerta en la Historia Clínica Electrónica (HCE) no sólo conseguirá que esa información técnica y muy valiosa quede registrada de forma clara y accesible, si no que será visible para cualquier Servicio hospitalario, así como en cualquier centro hospitalario de la región.

Existe consenso respecto al contenido de la información que debe transmitirse:

- Tipo de cirugía y factores predictores de dificultad.
- Registro de dificultad en la ventilación, en la intubación o en ambas.
- Dispositivos utilizados (modelo y tamaño, fallidos incluidos).
- Descripción de la técnica (visión glótica, número de intentos, motivo de la dificultad).
- Recomendación para el próximo abordaje de la vía aérea.
- Identificación del médico. Nombre, Servicio y Hospital. Fecha y firma.

#### ÁREAS DE MEJORA

Pensamos que un sistema de notificación de información crítica debe asegurar la inclusión de todos los datos esenciales y su disponibilidad en el momento en que sean requeridos, y el desarrollar una alerta en la Historia Clínica Electrónica (HCE) no sólo conseguirá que esa información técnica y muy valiosa quede registrada de forma clara y accesible, si no que será visible para cualquier Servicio hospitalario (UCI, Sº Urgencias o Unidades dentro del propio Sº de Anestesia de nuestro hospital), así como en cualquier centro hospitalario de la región donde pueda ser atendido el paciente.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Con este proyecto, no sólo se aumentará la seguridad del paciente al que se le tiene que practicar una intubación, (mejorando las variables que intervienen en el procedimiento: información, técnica, dispositivos, personal...), si no que conoceremos gracias a su registro, la incidencia de VAD en nuestra población, la tasa de éxito en su manejo y la posibilidad de mejora en un segundo episodio, reduciendo así el número de VAD imprevista y por ende la seguridad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Registrar las situaciones de VAD en forma de episodio en la HCE que se presenten en nuestro centro.
- Crear una alerta en la HCE cuando desde la consulta o la valoración preanestésica los test predictores sean positivos.
- Conocer la incidencia de VAD en nuestro Hospital y las pautas de actuación desarrolladas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión y puesta en común de las recomendaciones de las diferentes comunidades científicas (Protocolos y Algoritmos de actuación). Actualización de nuestro Protocolo de VAD.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 04/09/2023

Responsable.: I.Gonzalo, JA. Franco, G. Pérez.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#88

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN REGISTRO Y ALERTA DE VIA AEREA DIFICIL EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE) DEL PACIENTE

2. Creación por parte del Servicio de Informática de la alerta y del episodio de VAD en la HCE.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 01/03/2023

Responsable.: JP. Ortega, I. Gonzalo, , JA. Franco, G. Pérez.

3. Realización de sesiones formativas dirigidas a las diferentes secciones del Servicio de Anestesia y a los Servicios de UCI y Urgencias sobre la existencia y el funcionamiento de la alerta/episodio.

Fecha inicio: 06/03/2023

Fecha final.: 28/04/2023

Responsable.: JA. Franco, G. Pérez, I. Gonzalo.

4. Realización de reuniones informativas dirigidas a los diferentes Servicios de Anestesia en Aragón sobre la existencia y el funcionamiento de la alerta/episodio.

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 29/09/2023

Responsable.: JP. Ortega, JA. Franco, G. Pérez, A. Sánchez, ME. Infantes, I. Gonzalo.

5. Creación de un Registro de incidencia y actuaciones en VAD en nuestra Comunidad Autónoma.

Fecha inicio: 01/09/2023

Fecha final.: 02/09/2024

Responsable.: JP. Ortega, JA. Franco, G. Pérez, A. Sánchez, ME. Infantes, I. Gonzalo.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Diseño de la alarma de VAD en la HCE.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Indicador: realización del mismo

Denominador ..... realización del mismo

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro de actividades del Grupo de Vía Aérea Difícil del Sº Anestesia del HUMS.

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Diseño del episodio de VAD en la HCE.

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Indicador: realización del mismo

Denominador ..... realización del mismo

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro de actividades del Grupo de Vía Aérea Difícil del Sº Anestesia del HUMS.

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Revisión de nuestro protocolo de VAD.

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Indicador: realización del mismo

Denominador ..... realización del mismo

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro de actividades del Grupo de Vía Aérea Difícil del Sº Anestesia del HUMS.

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. Realización de sesiones clínicas sobre la alarma/episodio de VAD al personal de Urgencias y UCI.

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Indicador: realización del mismo

Denominador ..... realización del mismo

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro de actividades del Grupo de Vía Aérea Difícil del Sº Anestesia del HUMS.

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#88

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN REGISTRO Y ALERTA DE VIA AEREA DIFICIL EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE) DEL PACIENTE

5. Realización de sesiones clínicas sobre la alarma/episodio de VAD a otros Servicios de Anestesia.  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Indicador: realización del mismo  
Denominador .....: realización del mismo  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Registro de actividades del Grupo de Vía Aérea Difícil del Sº Anestesia del HUMS.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todo paciente que haya sido intubado o vaya a serlo.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#271

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO DEL SERVICIO DE ANESTESIA DEL H.U. MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#271 \*\* Indicadores de desinversión ( \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCES SAN JOSE ANA CRISTINA

Título  
ACTUALIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO DEL SERVICIO DE ANESTESIA DEL H.U. MIGUEL SERVET

Colaboradores/as:  
HERRANZ ANDRES MARIA PILAR  
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER  
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER  
RASAL MIGUEL SUSANA  
ROMERO IÑIGUEZ BLANCA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: Indicadores de desinversión (

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La consulta de pre anestesia forma parte de la preparación y evaluación preoperatoria del paciente tanto para una intervención quirúrgica como para la realización de una prueba funcional. Es un elemento esencial de la seguridad anestésica, puesto que los datos obtenidos permitirán elegir la técnica y los cuidados peri-operatorios más adecuados según el procedimiento quirúrgico programado y el estado clínico del paciente, además de detectar patologías que requieren un tratamiento previo a la intervención.

La generalización de un mismo protocolo preoperatorio para todos los pacientes conlleva la solicitud y realización de pruebas complementarias innecesarias, con el consiguiente consumo de recursos y sobrecarga de servicios. La modificación del protocolo de solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio se realiza para seguir las doctrinas del Ministerio de Sanidad el cual promovió el movimiento NO HACER dentro del Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España, al cual se adhirieron las Sociedades de Anestesiología y Radiología en Abril del 2013. El objetivo principal de esta modificación es disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, adecuando las pruebas complementarias a las comorbilidades del paciente, a su edad y a la cirugía electiva programada.

ÁREAS DE MEJORA  
Pruebas preoperatorias.

ANALISIS DE CAUSAS  
Disminución de las solicitudes innecesarias de pruebas complementarias en el preoperatorio de Anestesiología.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Disminuir el número de pruebas complementarias en el preoperatorio:  
-Se dejará de realizar la radiografía de tórax de forma sistemática limitando la indicación a unos pocos casos en los que aumenta la posibilidad de hallazgos significativos. Por lo tanto disminuirá la iatrogenia sobre el paciente al disminuir el número de pruebas radiológicas innecesarias.  
-Limitar la solicitud de ECG a mayores de 50 años o menores con antecedentes de patología cardiaca
2. Solicitud de analítica según la patología quirúrgica programada
3. Actualización de tratamientos (inmunosupresores, anticoagulantes y antiagregantes), para una correcta retirada / reintroducción en el perioperatorio. Facilitando a los pacientes un documento explicativo de su manejo.
4. Optimizar los tiempos de citación en la consulta de Anestesia respecto a la fecha prevista de intervención para evitar caducidades en preoperatorios o aparición de patologías intercurrentes en los pacientes.
5. Citación a pacientes oncológicos con prioridad para evitar demoras.
6. Tratamiento de la anemia en pacientes quirúrgicos programados sometidos a cirugías sangrantes o potencialmente sangrantes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un protocolo por parte del servicio de Anestesiología de acuerdo a la edad, comorbilidad y patología programada.

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 17/10/2022  
Responsable.: Cristina Garcés San José

2. Consensuar el nuevo protocolo preoperatorio con los responsables de los distintos servicios quirúrgicos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#271

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO DEL SERVICIO DE ANESTESIA DEL H.U. MIGUEL SERVET

implicados (C. General, C. Vascular, ORL, COMF, Urología, Pruebas Funcionales Digestivas/ Respir

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Pilar Herranz Andrés

3. Difusión del protocolo a los distintos servicios quirúrgicos implicados (C. General, C. Vascular, ORL, COMF, Urología, Pruebas Funcionales Digestivas/ Respiratorias) para facilitar la adherencia de es

Fecha inicio: 18/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Javier Martínez Andreu

4. Reservar cada día de Consulta de Anestesiología 3 citas para pacientes con patología Oncológica quirúrgica para evitar demoras en estos

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 03/10/2022

Responsable.: Susana Rasal Miguel

5. Elaboración de protocolos de optimización para pacientes con anemia sometidos a cirugías sangrantes o potencialmente sangrantes. Elaboración de un tríptico explicativo del circuito.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 03/10/2022

Responsable.: Pilar Herranz Andrés

6. Actualización de tratamientos inmunosupresores, para una correcta retirada / reintroducción en el perioperatorio. Facilitando a los pacientes un documento explicati

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Francisco Javier Manero Ruiz

7. Actualización de tratamientos anticoagulantes y antiagregantes para una correcta retirada / reintroducción en el perioperatorio. Facilitando a los pacientes un documento explicati

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.:

Responsable.: Blanca Romero Iñíguez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de disminución de RX Tórax solicitadas respecto al periodo actual

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de RX Tórax solicitadas en preoperatorios en el primer semestre del año 2022

Denominador .....: Número de RX Tórax solicitadas en preoperatorios en el segundo semestre del año 2022

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Radiografías de tórax solicitadas desde la consulta de anestesia no solicitadas en preoperatorio.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de RX Tórax solicitadas en la consulta de Anestesia

Denominador .....: Total de pacientes valorados en la consulta de Anestesia.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes valorados en la consulta de Anestesiología por medio de HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#271

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DEL ESTUDIO PREOPERATORIO DEL SERVICIO DE ANESTESIA DEL H.U. MIGUEL SERVET

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología quirúrgica de los servicios de C. General, C. Vascular, ORL, COMF, Urología, Pruebas Funcionales Digestivas/ Respiratorias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#501

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS MEDIANTE LA COMUNICACION CON OTROS SERVICIOS

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#501 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ELENA ELENA YOLANDA

Título  
PROYECTO PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS MEDIANTE LA COMUNICACION CON OTROS SERVICIOS

Colaboradores/as:  
CLAUDIO SOLANO TERESA-REYES  
LONA CALOMARDE ALEXANDRA  
MARTIN ESCUIN SOLEDAD  
MARTINEZ ARREGUI SILVIA  
MILLAN LAPEÑA ANA BELEN  
SANCHEZ HERRAIZ MARIA SUSANA  
TORRECILLAS FELIPE VANESA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Comunicación con las Unidades implicadas en los cuidados del paciente una vez que es dado de alta de la Unidad de Reanimación, centrándonos en dichas unidades:

-Cirugía General  
-Cirugía Vasculard  
-Cirugía Torácica  
-Urología  
-ORL/Maxilofacial

Se procederá a entregar un cuestionario al personal de enfermería de cada Unidad de forma que se valoren los cuidados a mejorar en nuestro servicio de Reanimación.

#### ÁREAS DE MEJORA

Recogida de información necesaria para aumentar la calidad asistencial en nuestra Unidad.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Intercambio de información entre los distintos servicios implicados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### OBJETIVO PRINCIPAL:

Mejorar la calidad asistencial en la Unidad de Reanimación mediante la comunicación eficaz entre los servicios implicados y mejora de la seguridad del paciente, garantizando la continuidad de cuidados.

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1-Optimización de recursos materiales y humanos cuando el paciente es dado de alta en reanimación.  
2-Implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en la unidad, con sus correspondientes registros.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

##### 1. Implantación de HCE

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Yolanda Elena Elena

##### 2. Elaboración cuestionario

Fecha inicio: 06/07/2022

Fecha final.: 07/07/2022

Responsable.: Yolanda Elena Elena

##### 3. Entrega cuestionario en las Unidades Quirúrgicas

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 01/02/2023

Responsable.: Yolanda Elena Elena

##### 4. Recogida y análisis de datos

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 01/05/2023

Responsable.: Yolanda Elena Elena

5. Actualizar cuidados en Unidad de Reanimación con los resultados de los cuestionarios.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#501

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS MEDIANTE LA COMUNICACION CON OTROS SERVICIOS

Fecha inicio: 01/06/2023  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Yolanda Elena Elena

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de Personal de Enfermería que han valorado positivamente la implantación de HCE en Reanimación

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Personal de enfermería que lo valora positivamente  
Denominador .....: Total del personal de enfermería que ha realizado el cuestionario  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionario  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. % de Personal de Enfermería que ha realizado el cuestionario

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Personal de enfermería que lo ha cumplimentado  
Denominador .....: Total del personal de enfermería  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionario  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Paciente con patología quirúrgica de los distintos servicios del H.U.Miguel Servet que precisan ingreso en la Unidad de Reanimación.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#506

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE DÍPTICO INFORMATIVO PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON EL PACIENTE/FAMILIA, PREVIO A SU INGRESO EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL H.U.MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#506 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CLAUDIO SOLANO TERESA-REYES

Título  
IMPLANTACION DE DÍPTICO INFORMATIVO PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON EL PACIENTE/FAMILIA, PREVIO A SU INGRESO EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL H.U.MIGUEL SERVET

Colaboradores/as:  
CABRERA PEREZ MARIA  
COSTA XIMENEZ JAIME  
LOPEZ TEJADOS ISIDORO  
MARTIN ESCUIN SOLEDAD  
MARTIN OLIVAN ANA CLARA  
MARTINEZ ARREGUI SILVIA  
SANCHEZ HERRAIZ MARIA SUSANA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Actualmente se ha presentado un díptico informativo de la Unidad de Reanimación para la paciente/familia en la Unidad de de Calidad del Hospital. En éste díptico se hace una descripción de la Unidad, horarios de visitas, normas de la unidad, medicación que debe traer la familia al ingreso, etc.

Como primera opción se entregaría dicho díptico en la Consulta de Anestesia, o en su defecto en la Unidad de Reanimación al ingreso, de forma que el paciente/familia disponga de toda la información antes, si es posible y durante su estancia en la Unidad.

Por otro lado, consideramos importante realizar una encuesta de satisfacción al paciente/familia para ver si la información aportada ha sido útil durante su estancia en la Unidad de Reanimación.

#### ÁREAS DE MEJORA

Impulsar el conocimiento de la unidad en el paciente y su familia.

Implantación del díptico desde la Consulta de Anestesia

#### ANALISIS DE CAUSAS

Mejora del conocimiento del servicio por parte del paciente/familia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal sería valorar si la información dada al paciente mediante éste díptico, es eficaz y mejora la comunicación paciente/familia-personal de Reanimación.

Objetivos específicos:

-Mejorar la comunicación con el paciente/familia. constatando que su estancia en el servicio se debe a que requiere cuidados especializados.

Las restricciones en el uso del móvil, número de visitas y uso de distintos dispositivos (audífonos, dentadura, etc.) es para favorecer la seguridad del paciente, preservar su intimidad y del resto de pacientes ingresados, y evitar la pérdida de pertenencias en su estancia.

-Disminuir el estrés/ansiedad en el paciente/familia respecto al ingreso en nuestra unidad.

Conocer los horarios/rutinas del servicio, aportar medicación habitual para favorecer la adhesión al tratamiento y un cuidado de mayor calidad,

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Elaboración del díptico

Fecha inicio: 02/05/2022

Fecha final.: 04/07/2022

Responsable.: Teresa Reyes Claudio Solano

#### 2. Consensuar su contenido con Jefe de Servicio, UCA y dirección de enfermería

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 29/07/2022

Responsable.: Teresa Reyes Claudio Solano

#### 3. Elaboración de la encuesta de satisfacción paciente/familia

Fecha inicio: 04/07/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Teresa Reyes Claudio Solano

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#506

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE DÍPTICO INFORMATIVO PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON EL PACIENTE/FAMILIA, PREVIO A SU INGRESO EN LA UNIDAD DE REANIMACION DEL H.U.MIGUEL SERVET

4. Recogida y análisis de resultados

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Teresa Reyes Claudio Solano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

-Dípticos entregados en Consulta de Anestesia.

-Dípticos entregados en la Unida de Reanimación.

-Lectura del material entregado por parte de paciente/familia.

-Utilidad de la información recibida.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. %PACIENTE/FAMILIA QUE HAN VALORADO POSITIVAMENTE EL DÍPTICO

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número PACIENTES/FAMILIA QUE HAN VALORADO POSITIVAMENTE EL DÍPTICO

Denominador .....: Total pacientes/familia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. %PACIENTE/FAMILIA QUE LO HAN RECIBIDO

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° PACIENTE/FAMILIA QUE LO HAN RECIBIDO

Denominador .....: Total pacientes/familia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Paciente/familia con patología quirúrgica de los distintos servicios del H.U.Miguel Servet que precisan ingreso en la Unidad de Reanimación.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#560

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO ASISTENCIAL DE LA UCSI. MEJORA EN LA ATENCION DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#560 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ASENSIO AROSTEGUI ROSA MARIA

Título  
PROYECTO ASISTENCIAL DE LA UCSI.  
MEJORA EN LA ATENCION DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO

Colaboradores/as:  
ARAMBURO VICEN MIRIAM  
DE LA OSA CALLEJERO ISABEL  
LOPEZ HERRERO M. PILAR  
MARTINEZ CORTES MARTA  
MARTINEZ LACARRA SANDRA PILAR  
SANDOI ELENA  
VIAMONTE VIAMONTE PATRICIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La valoración preoperatoria de los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica es fundamental para incrementar la seguridad del paciente, una disminución de las complicaciones perioperatorias y una disminución de las suspensiones quirúrgicas por preparación inadecuada del paciente. En la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) existe consulta preoperatoria de valoración por enfermería y por anestesia. La actuación en cada una de ellas es diferente y tiene unos objetivos igualmente importantes. Enfermería incide en la preparación domiciliar del paciente tanto pre como postquirúrgica proporcionando conocimientos a paciente y familiares sobre los cuidados perioperatorios, además de valorar la comprensión de los mismos y si el paciente en base a ellos cumple con los criterios de Cirugía Sin Ingreso. Son diferentes las instrucciones en dependencia de la intervención quirúrgica, por ello se pretende realizar una revisión de las mismas para desarrollar las recomendaciones acordes a la evidencia actual para proporcionarlas con la menor variabilidad posible en busca de una mejor calidad asistencial. Pretendemos crear una agenda propia independiente de la valoración del Servicio de Anestesia de manera que podamos atender al paciente tantas veces como sea necesario hasta la comprensión de las instrucciones sobre cuidados y preparación. También pretendemos valorar la satisfacción del paciente y profesionales con las nuevas medidas adoptadas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Preparación óptima del paciente previa a la cirugía y disminución de la ansiedad.  
Mejora del conocimiento de los cuidados postoperatorios del paciente en domicilio.  
Disminución de las suspensiones quirúrgicas por una preparación inadecuada del paciente.  
Creación de una agenda de seguimiento pre y postoperatorio.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Análisis de las causas de suspensión quirúrgica por mala preparación del paciente.  
Valoración del dolor postoperatorio y del seguimiento de la pauta analgésica.  
Registro de las causas de ingreso no previsto y de las complicaciones postalta.  
Análisis del grado de satisfacción del profesional y paciente con la actuación de enfermería en la UCSI

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la calidad asistencial de enfermería en la UCSI.  
Mejorar la seguridad del paciente.  
Disminuir las suspensiones por mala preparación del paciente.  
Potenciar el desarrollo de la comunicación con el paciente.  
Conocimiento del grado de satisfacción del profesional y usuario y mejora del mismo  
Conocimiento de las complicaciones y causas de ingreso en la UCSI

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de agenda de enfermería

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Rosa María Asensio Arostegui

2. Elaboración, registro y análisis de la encuesta de satisfacción de profesionales

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Miriam Aramburo Vicen

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#560

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO ASISTENCIAL DE LA UCSI. MEJORA EN LA ATENCION DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO

3. Elaboración, registro y análisis de la encuesta de satisfacción de profesionales

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/6/2023

Responsable.: M Pilar López Herrero

4. Análisis de las causas de suspensión por mala preparación e investigación del motivo de las mismas

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Elena Sandoi

5. Registro de las complicaciones postoperatorias de los pacientes intervenidos en la UCSI y causas de ingreso no previsto

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/05/2023

Responsable.: Marta Martínez Cortes y Patricia Viamonte Viamonte

6. Elaboración de instrucciones escritas para la preparación preoperatoria y los cuidados postoperatorios

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/05/2023

Responsable.: Sandra Pilar Martínez Lacarra y Isabel de la Osa Callejero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Profesionales satisfechos con la creación de la agenda y plan de actuación de enfermería

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Profesionales que puntúan con 9 ó 10 en una escala numérica de 0 a 10 la satisfacción con la creación de la agenda y plan de actuación

Denominador ..... Profesionales encuestados

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Encuesta a profesionales de enfermería de la UCSI

Est.Mín.1ª Mem .. 0.70

Est.Máx.1ª Mem .. 1.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.85

Est.Máx.2ª Mem .. 1.00

2. Pacientes Satisfechos con la actuación de la enfermería de la UCSI

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Pacientes que puntúan con 9 ó 10 en una escala numérica de 0 a 10 la satisfacción con la atención de enfermería en la UCSI

Denominador ..... Pacientes encuestados

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Encuesta a pacientes de la UCSI

Est.Mín.1ª Mem .. 0.70

Est.Máx.1ª Mem .. 1.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.85

Est.Máx.2ª Mem .. 1.00

3. Registro de los pacientes con ingreso no previsto en la UCSI

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Pacientes con ingreso no previsto

Denominador ..... Pacientes intervenidos en la Unidad

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 0.02

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 0.02

4. Registro de pacientes con complicaciones postoperatorias domiciliarias en las primeras 24 h

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Pacientes con complicaciones en domicilio 24 h postintervención

Denominador ..... Número de pacientes intervenidos

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica (registro de evaluación posoperatoria en CSI)

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 0.10

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 0.05

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#560

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO ASISTENCIAL DE LA UCSI. MEJORA EN LA ATENCION DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO

5. Pacientes suspendidos por mala preparación preoperatoria (valoración antes y despues del proyecto)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes suspendidos por mala preparación

Denominador .....: Pacientes programdos en CSI

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Captura de actividad quirúrgica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.04

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.02

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#896

### 1. TÍTULO

#### EL IMPACTO DEL RUIDO SOBRE EL BIENESTAR DEL PACIENTE EN PRE Y POST OPERATORIO INMEDIATO. DISMINUCION DEL RUIDO EN LAS SALAS DE ACOGIDA Y URPA

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#896 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GOMEZ PEREZ SARA

Título  
EL IMPACTO DEL RUIDO SOBRE EL BIENESTAR DEL PACIENTE EN PRE Y POST OPERATORIO INMEDIATO. DISMINUCION DEL RUIDO EN LAS SALAS DE ACOGIDA Y URPA

Colaboradores/as:  
ALAYETO SANCHEZ M. ELENA  
CABALLERO MILLAN ARANZAZU  
CANTIN GARCIA PURIFICACION  
FERRER SALIENTE MARIA SOLEDAD  
GIL ORTEGA RUTH  
LAHOZ PEREZ EVA  
LOPEZ DOMINGO MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El ruido es un factor importante de estrés que genera gran impacto en la emoción del paciente durante el período perioperatorio, así como disminución del umbral del dolor y percepción negativa de la experiencia quirúrgica.

Por ello pretendemos disminuir el nivel de decibelios de las salas de Acogida Quirúrgica y de URPA y con ello promover un entorno favorable a la adecuada evolución del paciente tanto a nivel emocional como físico.

#### ÁREAS DE MEJORA

Ruido en salas de Acogida Quirúrgica y URPA.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Elevado volumen de conversaciones interprofesionales. Gran flujo de gente alrededor del paciente en un espacio físico pequeño y compartido por muchas personas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir el ruido del ambiente perioperatorio para aumentar el confort del paciente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Mediciones de ruido

Fecha inicio: 15/12/2022

Fecha final.: 15/05/2023

Responsable.: Purificación Cantín García

#### 2. Encuestas de ansiedad del paciente

Fecha inicio: 15/11/2022

Fecha final.: 15/05/2023

Responsable.: Eva Lahoz Pérez

#### 3. Reuniones grupo de trabajo

Fecha inicio: 19/10/2022

Fecha final.: 13/11/2023

Responsable.: Elena Alayeto Sanchez

#### 4. Reuniones explicativas del grupo de trabajo a los servicios implicados

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 14/11/2023

Responsable.: Maria Carmen López Domingo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % profesionales que participan en las reuniones

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#896

### 1. TÍTULO

#### EL IMPACTO DEL RUIDO SOBRE EL BIENESTAR DEL PACIENTE EN PRE Y POST OPERATORIO INMEDIATO. DISMINUCION DEL RUIDO EN LAS SALAS DE ACOGIDA Y URPA

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: n° profesionales que participan en la reunión  
Denominador .....: n° profesionales en el servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Programa GPT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Media de ruido diario por sala

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: decibelios en cada muestreo  
Denominador .....: n° de muestreos  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Sonómetro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 35.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

#### 3. Ansiedad del paciente

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: n° pacientes con ansiedad  
Denominador .....: n° total de pacientes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Paciente quirúrgico

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#927

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE DESARROLLO DE LA ANALGESIA MULTIMODAL EN CMA

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#927 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PRADAL JARNE LAURA MARIA

Título  
PROTOCOLO DE DESARROLLO DE LA ANALGESIA MULTIMODAL EN CMA

Colaboradores/as:  
ALBERICIO GIL BELEN  
BUENO FERNANDEZ CRISTINA  
CARBO ESPINOSA FERNANDO  
CARBONELL ROMERO MARIA  
GARCIA DOMINGUEZ MARIA MERCEDES  
TARDOS ASCASO LUCIA  
URBANO GONZALO OSCAR

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El control del dolor que se padece después de una CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria) es uno de los aspectos fundamentales para el éxito de este tipo de actividad. Actualmente el dolor es la 1ª causa de retraso al alta y el principal motivo de reingreso. El tratamiento inadecuado del dolor agudo postoperatorio contribuye al aumento de la morbilidad postoperatoria (neumonía, trombosis venosa profunda, infección y depresión). Otro de las consecuencias es el desarrollo de dolor crónico postquirúrgico. Por otra parte, es motivo de incremento de costos directos sanitarios y de costos indirectos como resultado de las bajas laborales. Por todo ello, el dolor agudo debe prevenirse y, si no es posible, debe ser rápidamente diagnosticado y tratado.

El incremento de agresividad en el tipo de cirugía ha motivado la incorporación de nuevas estrategias de analgesia más sofisticadas. Por ello, debe organizarse una estructura organizativa que permita realizar un seguimiento perioperatorio adecuado. La estrategia contra el dolor postoperatorio en CMA se debe iniciar en el periodo prequirúrgico, consolidarse en el periodo intraoperatorio y finalizar con la medicación entregada e indicada para ser administrada en el domicilio.

El objetivo es aplicar una analgesia multimodal con la finalidad de disminuir los efectos secundarios derivados de los fármacos o técnicas utilizados para el control del dolor junto a una mayor efectividad (combinación de múltiples mecanismos de acción) con la máxima eficiencia. Este tipo de estrategia debe planificarse de forma individualizada para cada paciente programado, para cada tipo de intervención.

Es necesario revisar la medicación para la analgesia domiciliaria en pacientes intervenidos en CMA junto con el seguimiento en las 24-48 horas postoperatorias a través de contacto telefónico.

Más adelante se puede valorar junto con el equipo de Farmacia proporcionar al paciente la medicación necesaria para el postoperatorio domiciliario con la finalidad de buscar un ahorro en el uso eficiente del medicamento al evitar que el paciente adquiera un envase de medicamentos que no va a utilizar hasta su fin, fomentando a su vez el cuidado del medio ambiente.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Minimizar el dolor del paciente teniendo en cuenta el tipo de procedimiento, sus comorbilidades, alergias/intolerancias, interacciones farmacológicas
2. Evitar las posibles complicaciones relacionadas con el Dolor. Posibles ingresos.
3. Evitar la infravaloración el dolor en ancianos, pacientes con déficits sensoriales, mentales...
4. Aumentar la eficacia analgésica. Analgesia multimodal. Minimización de los efectos secundarios y evitar yatrogenia.
5. Garantizar el proceso asistencial para el control del dolor.
6. Aumentar la Calidad asistencial y Seguridad Asistencial a los usuarios de CMA con mayor calidad en los Cuidados y confort postoperatorio.
7. Mejorar la Eficiencia del Gasto Farmacéutico.
8. Fomentar el cuidado del Medio Ambiente optimizando el uso de los fármacos.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Intervenciones más agresivas, pacientes más añosos, más comorbilidad, pacientes complejos, Infravaloración del dolor, sobre todo en paciente anciano frágil.
2. Náuseas, vómitos, depresión respiratoria.
3. Mayor tasa de reingreso y complicaciones.
4. Mayor tasa de ingreso y complicaciones.
5. Ingreso en urgencias, visitas médico atención primaria.
6. Insatisfacción paciente.
7. Elevado gasto farmacéutico.
8. Ahorro en el uso eficiente del medicamento

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#927

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE DESARROLLO DE LA ANALGESIA MULTIMODAL EN CMA

Minimizar el dolor del paciente teniendo en cuenta el tipo de procedimiento, sus comorbilidades, alergias/intolerancias, interacciones farmacológicas.  
Evitar las posibles complicaciones relacionadas con el Dolor.  
Evitar la infravaloración del dolor en ancianos, pacientes con déficits sensoriales, mentales...  
Aumentar la eficacia minimizando los efectos secundarios y evitar yatrogenia.  
Garantizar el proceso asistencial para el control del dolor.  
Aumentar la Calidad asistencial y Seguridad Asistencial a los usuarios de CMA con mayor calidad en los Cuidados y confort postoperatorio  
Mejorar la Eficiencia del Gasto Farmacéutico.  
Fomentar el cuidado del Medio Ambiente optimizando el uso de los fármacos.  
Mejorar la satisfacción del paciente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Buscar bibliografía actualizada y establecer un plan anestésico/ analgésico para cada tipo de intervención, considerando que el procedimiento es una cirugía sin ingreso, las comorbilidades y alergia

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 15/09/2022

Responsable.: Laura P., Belén A.

2. Realizar un Check list del dolor con datos del paciente que influyen en el tto del dolor siguiendo en concepto eCASH (early Comfort using Analgesia minimal Sedatives and Human care).

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Cristina B., Fernando C.

3. Crear infografía informativa de las alergias de cada paciente, crear un registro de pacientes que han padecido complicaciones y crear encuestas de satisfacción.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Maria C., Mercedes G.

4. Formar personal sanitario

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 30/11/2022

Responsable.: Lucia T., Oscar U.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Información/ educación tanto del paciente como del personal sanitario.

Evaluación periódica del dolor como una constante vital

Aplicación de protocolos de tratamiento en los que se contemple técnicas multimodales y analgesia balanceada.

Seguimiento y registro de la terapia del paciente a lo largo de todo el postoperatorio, tanto la eficacia como los efectos indeseables.

Evaluación y análisis periódico de estos puntos, planteando las modificaciones pertinentes para alcanzar y mantener unos estándares de calidad.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de pacientes con dolor leve/ moderado/ grave

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes con dolor leve/moderado/grave

Denominador .....: Número pacientes totales atendidos en CMA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: El estudio Apfelbaum et al. el 82% de los pacientes refirió experimentar dolor: leve 13%, moderado 47% e intenso 21%, insoportable 28%

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

2. Número de pacientes que han precisado visita a urgencias o a su MAP

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes que han precisado visita a urgencias o a su MAP

Denominador .....: Número pacientes totales atendidos en CMA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: La interrelación entre los distintos niveles asistenciales es fundamental y prioritaria para asegurar la continuidad asistencial de cuidados y el uso apropiado de los recursos sanitarios.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.10

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.40

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.10

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.40

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#927

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE DESARROLLO DE LA ANALGESIA MULTIMODAL EN CMA

3. Número de pacientes que han precisado ingreso por dolor  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que han precisado ingreso por dolor  
Denominador .....: Número pacientes totales atendidos en CMA  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: En el estudio de .Jiménez B. et al. donde analizan causas de reingreso tras el alta de c. ortopédica de CMA un 0,36% ingreso por dolor no controlado.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.40  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.40

4. Conocer el grado de satisfacción de los pacientes atendidos  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Puntuación de satisfacción de pacientes que han realizado la encuesta  
Denominador .....: Total puntuación máxima de todas las encuestas realizadas  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Existe consenso generalizado sobre las diferentes causas que explican la elevada incidencia del dolor postoperatorio, entre las cuales están conocimientos erróneos sobre el tratamiento del dolor, etc.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes sometidos a Cirugía Sin Ingreso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#960

### 1. TÍTULO

#### PROTECCION DE LA INTIMIDAD DEL PACIENTE DURANTE EL CIRCUITO QUIRURGICO: VESTUARIO DEL PACIENTE DURANTE LA ESTANCIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#960 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOPEZ ARPAL MARIA BLANCA

Título  
PROTECCION DE LA INTIMIDAD DEL PACIENTE DURANTE EL CIRCUITO QUIRURGICO: VESTUARIO DEL PACIENTE DURANTE LA ESTANCIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Colaboradores/as:  
CIORDIA HERNANDEZ IRENE  
DELGADO ALGUACIL MARIA ESTER  
ERRO GOMEZ MARIA MERCEDES  
LAZARO ALEGRE RAQUEL  
LOPEZ MATEO GLORIA  
OLIVAN PUJOL MIREIA  
ROBLEDO RECUERO MARIA JESUS

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El proceso quirúrgico supone un impacto sobre el paciente tanto en el área física como en el área psicológica, no sólo por el acto quirúrgico en sí mismo sino por todo el circuito que conlleva y la agresividad del proceso sobre el cuerpo del paciente. Mejorando la adecuación de la vestimenta del paciente quirúrgico evitaremos la sensación de pudor que genera la desnudez en un ámbito hostil para el paciente, que genera ansiedad y estrés en este.

#### ÁREAS DE MEJORA

Protección de la intimidad del paciente. Mantener la ropa del paciente todo lo posible durante el circuito quirúrgico (pijama/camisón del hospital, ropa interior desechable)

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Tradicionalmente se ha desnudado por completo al paciente para cualquier tipo de intervención, no encontrando evidencia ni estudios sobre la necesidad de esta acción.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Unificar el vestuario de los pacientes quirúrgicos atendiendo al tipo de intervención que se le vaya a realizar, procurando mantener lo máximo posible su intimidad, facilitar el movimiento durante el circuito quirúrgico y mantener las medidas necesarias para la prevención de la infección quirúrgica.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones del grupo de trabajo para planificar las actividades a realizar.

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Irene Ciordia Hernández

2. Recursos Materiales: valorar ropa interior desechable disponible en el Salud.

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: Maria Blanca López Arpal

3. Comunicación con las Supervisoras de las Unidades Quirúrgicas en las que se va a ir implementando el cambio de vestuario

Fecha inicio: 06/02/2023

Fecha final.: 28/02/2024

Responsable.: M<sup>a</sup> Blanca López Arpal

4. Reuniones con el personal del Bloque Quirúrgico implicados en el proyecto asistencial.

Fecha inicio: 20/02/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Mercedes Erro Gómez

5. Encuestas a los usuarios para la cuantificación de la ansiedad y estrés durante el pre y el postoperatorio inmediatos.

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 09/07/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#960

### 1. TÍTULO

#### PROTECCION DE LA INTIMIDAD DEL PACIENTE DURANTE EL CIRCUITO QUIRURGICO: VESTUARIO DEL PACIENTE DURANTE LA ESTANCIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Responsable.: Esther Delgado Alguacil

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Personal que asiste a las reuniones de planificación del grupo

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Personas que asisten a la reunión de planificación  
Denominador .....: Personas totales del proyecto  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: GPT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Personal que asiste a las reuniones con el Bloque Quirúrgico

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Personas que asisten a la reunión  
Denominador .....: Personal de Cirugía Programada del Bloque  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: GPT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

3. Nº de encuestas realizadas por cada 100 pacientes

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nº de encuestas realizadas al día  
Denominador .....: Nº de pacientes por día  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Libros de registros de Acogida y Urpa  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Paciente quirúrgico

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1021

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DE LAS CONCENTRACIONES DE PERFUSIONES INTRAVENOSAS EN PACIENTES ADULTOS

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1021 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MARTINEZ ANDREU FRANCISCO JAVIER

Título  
ESTANDARIZACION DE LAS CONCENTRACIONES DE PERFUSIONES INTRAVENOSAS EN PACIENTES ADULTOS

Colaboradores/as:  
BONASA ALZURIA M. ELMA  
CORTES VILLAR CARLOS  
FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO  
JAQUES ANDRES CLARA  
MILLAN ACERO ANA ROSA  
SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Por su alta complejidad durante la atención sanitaria se producen numerosos incidentes, es decir, circunstancias o actos no intencionados ni esperados que pueden causar o han causado daño. La magnitud de la iatrogenia como problema de salud pública depende de como se mida, en los últimos años ha aumentado paulatinamente el número de eventos adversos notificados en nuestro país. En Estados Unidos se estima que los eventos adversos o son la tercera causa de muerte en el país. En nuestro país se han realizado diferentes estudios: ENEAS, APEAS, EARCAS, SYREC O EVADIR. SEGÚN EL ESTUDIO ENEAS LA INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS ES DEL 9,3 % y el estudio APEAS estima que el riesgo de sufrir un evento adverso en las unidades de cuidados intensivos es de un 40 % y en los pacientes atendidos en urgencias de un 7,2 %. Por este motivo con intención de disminuir los eventos adversos relacionados con la medicación se plantea unificar las concentraciones de los fármacos intravenosos de uso común en los Servicios de Anestesiología y Reanimación, Cardiología, Cuidados Intensivos Urgencias.

Disminuir el gasto sanitario originado por desechos concentraciones ya preparadas en otro Servicio por no ser las que se utilizan en la del nuevo destino del paciente.

Mejorar la seguridad del paciente.

Definir las concentraciones óptimas, el disolvente adecuado y qué fármacos deben perfundirse en vía única.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Disminuir gasto sanitario.
2. Mejorar la seguridad del paciente
3. Optimizar el tiempo en el intercambio de pacientes.
4. Definir las concentraciones óptimas, el disolvente más adecuado y qué fármacos deben perfundirse en vía única.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Evitar que se despéchenme perfusiones ya preparadas por no ser las habituales del Servicio al que acude el paciente cuando hay cambio de ubicación del mismo a otro Servicio.
2. Se busca que todos los Servicios utilicen las mismas unidades a la hora de hablar de perfusiones intravenosas, es decir, el miligramo o micro gramo / kilogramo / minuto en lugar del más impreciso mililitro hora que no tiene en cuenta la concentración del fármaco ni el peso del paciente.
3. Al utilizar las mismas concentraciones, enfermería puede utilizar las del lugar de origen y la comunicación en el intercambio mejora al no tener que realizar nuevos cálculos.
4. Se busca conseguir el máximo efecto de los fármacos evitando interacciones por mala preparación u administración en vía conjunta.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Se espera incrementar la seguridad del paciente, ahorro en el consumo de fármacos y del tiempo de preparación de los mismos, la unificación en la terminología de las perfusiones intravenosas, facilitando la labor de enfermería y del personal médico encaminada a disminuir errores.

La población diana son los pacientes críticos con perfusiones farmacológicas intravenosas que cambian de Unidad Asistencial durante su proceso clínico.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión de la evidencia científica publicada sobre fármacos de uso común en perfusión intravenosa en los cuatro Servicios.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: José Antonio Franco Hernández y Carlos Cortes Villar



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1021

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DE LAS CONCENTRACIONES DE PERFUSIONES INTRAVENOSAS EN PACIENTES ADULTOS

2. Desarrollo de sesiones formativas para médicos  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 30/04/2023  
Responsable.: F. Javier Martínez Andreu y José Salazar González

3. Desarrollo de sesiones formativas para enfermería  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 30/04/2023  
Responsable.: Ana Rosa Millán Acero y Elma Bonasa

4. Elaboración de pósteres ilustrativos con las concentraciones y dosis recomendadas  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 30/04/2023  
Responsable.: Clara Jaqués Andrés

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Sesiones médicas impartidas en cada Servicio  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Facultativos del Servicio que asisten a la sesión  
Denominador .....: Número de facultativos del Servicio  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: 0,75  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.75  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Sesiones impartidas a enfermería en cada Unidad de Enfermería  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Enfermeras de la Unidad que acuden a la sesión  
Denominador .....: Número de enfermeras de la Unidad que acuden a la Sesión  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: 0.75  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.75  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Porcentaje de perfusiones elaboradas y perfundidas según las recomendaciones establecidas  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de perfusiones revisadas que cumplen la recomendaciones establecidas (al menos 20 en cada Servicio)  
Denominador .....: Número de perfusiones revisadas  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: 1  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.90  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes críticos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#607

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DEL SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DEL HUMS

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#607 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA

Título  
MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DEL SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DEL HUMS

Colaboradores/as:  
BAQUER MIRAVETE MARGARITA  
BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION  
HERRANDO MEDRANO MONICA  
JIMENEZ ELBAILE ALFONSO  
RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL  
SOGUERO VALENCIA IRENE  
VAZQUEZ BERGES IRENE

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANGIOLOGIA Y CIRUGÍA VASCULAR

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una de las líneas estratégicas del Plan estratégico del Sector II (Plan 2014-2016) era "Satisfacer los derechos básicos y expectativas de los usuarios" (Línea estratégica 6), en el apartado 3. Mejorar la información al usuario, se señala en el punto 3.2. "Proporcionar información comprensible al paciente referente a su proceso asistencial". Los derechos de información, libertad, intimidad y dignidad conforman hoy en día el eje básico de las relaciones clínico-asistenciales y son la base de la autonomía del paciente. En lo que respecta a la información, todo paciente tiene derecho a ser verazmente informado, en términos comprensibles en relación con su propia salud incluyendo los riesgos, los efectos secundarios y las alternativas de tratamiento, para poder tomar una decisión realmente autónoma. Tras haber recibido la información que el responsable sanitario le ha proporcionado, el paciente tiene libertad de elección. Todos estos aspectos tienen su materialización en el consentimiento informado. (Orden boa)

#### ÁREAS DE MEJORA

En el Servicio de A. y Cirugía vascular del Hospital Miguel Servet disponemos de consentimientos informados (CI) colgados en la intranet para algunos procedimientos quirúrgicos, pero no de todos. El resto de los CI que utilizamos son de la sociedad española de Angiología y Cirugía Vascular y es necesario adaptarlos a nuestro servicio y hospital para tenerlos disponibles en la intranet.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Nuestra especialidad tiene una gran diversidad de procedimientos y en muchas ocasiones una misma patología se puede abordar desde distintos enfoques quirúrgicos. La elaboración y mantenimiento del catálogo de consentimientos, es un proceso dinámico, alimentado por grupos de profesionales sanitarios.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo de este proyecto es aumentar, de forma progresiva, el número de consentimientos informados y tenerlos disponibles en la intranet del hospital, hasta completar la totalidad de los procedimientos quirúrgicos de las cirugías regladas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Determinar grupo de trabajo responsable

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: AC Marzo

2. Realizar listado de aquellos consentimientos que precisan de una actualización del consentimiento.

Fecha inicio: 01/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#607

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE. ACTUALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DEL SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR DEL HUMS

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: I Soguero, C Bernardos, MI Rivera, I Vázquez

3. Seleccionar y priorizar aquellos consentimientos que por su importancia/relevancia o por su frecuencia son de mayor interés.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: AC Marzo

4. Revisar consentimientos de la sociedad de ACV, actualizarlos y adaptarlos al hospital según las instrucciones pautadas

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: I Soguero, C Bernardos, MI Rivera, I Vázquez, M Herrando, M Baquer, A Jiménez

5. Corrección y unificación de los consentimientos realizados

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: AC Marzo

6. Presentar al servicio para consensuar

Fecha inicio: 01/08/2023

Fecha final.: 15/08/2023

Responsable.: AC Marzo

7. Correcciones, elaboración definitiva.

Fecha inicio: 01/09/2023

Fecha final.: 08/09/2023

Responsable.: AC Marzo

8. Presentar a la Unidad de Calidad de nuestro centro para su revisión y su aprobación final. Subir a la web/intranet del hospital.

Fecha inicio: 11/09/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: AC Marzo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. NÚMERO DE CONSENTIMIENTOS NUEVOS SUBIDOS A LA WEB

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: NUMERO DE CONSENTIMIENTOS TOTALES AL FINAL DE LA MEMORIA

Denominador .....: NUMERO DE CONSENTIMIENTOS TOTALES EN EL INICIO DE LA MEMORIA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: INTRANET DEL HOSPITAL

Est.Mín.1ª Mem ..: 120.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 140.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 148.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 160.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#694

### 1. TÍTULO

#### CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA MEJORAR EL TIEMPO DE RESPUESTA ANTE LA ROTURA DE UN ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAAR): CODIGO ANEURISMA

Fecha de entrada: 18/07/2022

Nº de registro: 2022#694 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
JIMENEZ ELBAILE ALFONSO

Título  
CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA MEJORAR EL TIEMPO DE RESPUESTA ANTE LA ROTURA DE UN ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAAR): CODIGO ANEURISMA

Colaboradores/as:  
FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA  
LECHON SAZ JOSE ANTONIO  
MARZO ALVAREZ ANA CRISTINA  
RECIO CABRERO MARIA ADORACION  
RICO ROMERO VIRTUDES  
SOGUERO VALENCIA IRENE  
VAZQUEZ BERGES IRENE

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANGIOLOGIA Y CIRUGÍA VASCULAR

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La rotura de un aneurisma aórtico abdominal (AAAr) es un evento altamente letal, con cifras de mortalidad global del 70-90 %, lo que representa una emergencia quirúrgica de primer orden. En ausencia de tratamiento el desenlace es invariably fatal. A pesar de la rotunda disminución de la mortalidad en las últimas dos décadas, asociada a la implementación de la reparación endovascular (EVAR) y a las mejoras en el manejo anestésico y perioperatorio, un AAAR continúa ligado a una elevada mortalidad. La actuación frente a un AAAR puede dividirse en cuatro etapas: diagnóstico, manejo perioperatorio, cirugía y posoperatorio. La creación de protocolos y algoritmos de decisión para el manejo de pacientes con AAAR reduce el tiempo transcurrido desde la rotura hasta la reparación quirúrgica, lo que ha demostrado ser crucial para disminuir la morbimortalidad de esta entidad. Mehta y cols. demostraron que, en presencia de un protocolo, la mortalidad a los 30 días se reducía de un 32 % a un 18 %. Es por ello que la estandarización del proceso en forma de protocolos específicos promueve una toma de decisiones más efectiva, especialmente en situaciones confusas y estresantes, lo que ha demostrado ejercer un beneficioso efecto, disminuyendo la morbimortalidad en el AAAR. En otras CCAA españolas ya hay hospitales en los que se ha implementado el Código Aneurisma, que recoge precisamente todas las actuaciones que deben realizarse, de manera protocolarizada, cuando se recibe a un enfermo con AAAR. En estos hospitales se ha producido una mejora de la calidad asistencial en base a diversos indicadores. En el Hospital Universitario Miguel Servet se registraron a lo largo del año 2021 aproximadamente 20 cirugías de este tipo, siendo el 75% de los casos tratados mediante cirugía endovascular. La cirugía endovascular contempla un conjunto de técnicas muy específicas y con las que la mayor parte del personal quirúrgico ajeno a la Especialidad de Angiología y Cirugía Vascular (anestelistas, personal de enfermería, auxiliares, etc.) no están familiarizados en su práctica clínica habitual, por lo que el seguimiento estandarizado del proceso en forma de protocolo es también de gran utilidad para reducir los errores y la demora de actuación por parte de los mismos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Optimización de la respuesta frente al AAAR.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El AAAR es una emergencia quirúrgica que afortunadamente reviste una incidencia baja, en torno a 6,3-8 casos por cada 100.000 habitantes. Eso implica un desconocimiento relativo sobre como abordar el problema desde el inicio para la mayoría del personal durante la atención continuada, ya que es una patología muy específica, propia del Especialista en Angiología y Cirugía Vascular. Además, la actuación debe llevarse a cabo en unos tiempos concretos para poder garantizar las posibilidades de supervivencia del paciente, y la consecución de los mismos es responsabilidad de todos los facultativos y resto del personal implicado directa e indirectamente en el proceso. Desde el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular hemos percibido que es precisamente en el tiempo de respuesta donde más errores se concentran, especialmente en la preparación del quirófano, así como con la poca familiarización con el material específico y las técnicas quirúrgicas endovasculares por parte del personal del bloque quirúrgico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Reducir en un 10% el tiempo transcurrido entre el diagnóstico del enfermo con AAAR y el comienzo de la cirugía de reparación.
2. Mejorar la calidad de respuesta por parte del personal implicado en el bloque quirúrgico (conocimiento del material y su pronta preparación, así como las técnicas para funcionar de manera autónoma según el grado de competencia) en base a al aumento de puntuación en la encuesta de satisfacción en torno a un 10%.
3. Mejorar la optimización del paciente desde el diagnóstico hasta y durante el postoperatorio (a nivel hemodinámico, analítico, etc.).

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#694

### 1. TÍTULO

#### CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA MEJORAR EL TIEMPO DE RESPUESTA ANTE LA ROTURA DE UN ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAAR): CODIGO ANEURISMA

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Definición del Código Aneurisma y la importancia del mismo.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 16/09/2022

Responsable.: Ana Cristina Marzo Álvarez

2. Análisis de la situación actual en relación a la respuesta global en el Hospital Universitario Miguel Servet ante el AAAR.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Irene Soguero Valencia

3. Definición de las Especialidades y demás profesionales involucrados en el Proyecto.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 14/10/2022

Responsable.: Irene Vázquez Berges

4. Elaboración de un protocolo para mejorar el tiempo de respuesta ante el AAAR

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 18/11/2022

Responsable.: Alfonso Jiménez Elbaile

5. Programación de distintas sesiones de formación con contenido dirigido y adaptado a las competencias de cada categoría profesional implicada.

Fecha inicio: 21/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Irene Soguero Valencia

6. Elaboración de resúmenes de actuación específicos en base a cada categoría profesional implicada: fichas.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Ana Cristina Fernández-Aguilar Pastor

7. Programación de simulacros de actuación periódica ante un AAAR

Fecha inicio: 19/12/2022

Fecha final.: 29/12/2022

Responsable.: Ana Cristina Marzo Álvarez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Reducción en la demora de actuación frente al AAAR tras implantar el protocolo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Tiempo medio desde el diagnóstico hasta el inicio de la cirugía en minutos (después del Código Aneurisma)

Denominador .....: Tiempo medio desde el diagnóstico hasta el inicio de la cirugía en minutos (antes del Código Aneurisma)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Diagnóstico: fecha y hora de realización del angio-TC

Inicio de la cirugía: recogido en el parte quirúrgico.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Grado de seguridad en la actuación frente al AAAR antes y después de implantar el protocolo.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de encuestados con valoración 5-10 sobre 10

Denominador .....: Total de encuestados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta numérica de 0 a 10 donde 0 es el grado mínimo de seguridad y 10 el máximo a la hora de enfrentarse a un AAAR sea cual fuere la categoría profesional

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#694

### 1. TÍTULO

**CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA MEJORAR EL TIEMPO DE RESPUESTA ANTE LA ROTURA DE UN ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAAR): CODIGO ANEURISMA**

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#986

### 1. TÍTULO

#### REVISION Y ACTUALIZACION MANUAL ACOGIDA ENFERMERAS Y TCAE UNIDAD CIRUGÍA VASCULAR: HOSPITALIZACION, CONSULTA MEDICA, CONSULTA ENFERMERÍA DE COMPETENCIAS AVANZADAS, DOPPLER, ECODOPPLER Y HEMODINAMICA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#986 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA BUESA MARIA SUSANA

Título  
REVISION Y ACTUALIZACION MANUAL ACOGIDA ENFERMERAS Y TCAE UNIDAD CIRUGÍA VASCULAR: HOSPITALIZACION, CONSULTA MEDICA, CONSULTA ENFERMERÍA DE COMPETENCIAS AVANZADAS, DOPPLER, ECODOPPLER Y HEMODINAMICA

Colaboradores/as:  
ALVAREZ DEL POZO ANA ISABEL  
BURILLO ROMERO M. ESTHER  
GLARIA TELLEZ MARIA DEL MAR  
OCHOA INESTRILLAS EVA  
ORTIZ ESTACIO ANA BELEN  
POLO RUIZ MARTA  
TRASOBARES GRACIA MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANGIOLOGIA Y CIRUGÍA VASCULAR

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dada la complejidad de la Unidad de Cuidados de Cirugía Vascul ar al englobar en diferentes ubicaciones: hospitalización, consulta médica de alta resolución, consulta de enfermería de competencias avanzadas, consulta enfermería Doppler, Ecodoppler y una habitación de hemodinámica se ve la necesidad de ampliar y revisar el manual de acogida. En ésta unidad se coloca al paciente en el eje de la atención sanitaria ofrecida, de tal forma, que se personaliza al máximo. Un mismo médico, va a estar con el paciente durante todo el episodio abierto a lo largo del tiempo (aunque se prolongue años) tanto en consulta como en hospitalización. La consulta médica es de alta resolución y en el mismo día se realizan pruebas funcionales( Doppler o Ecodoppler) y curas si se precisa. Hay una consulta de enfermería de competencias avanzadas, con una enfermera de referencia a la cual el paciente conoce, que programará y realizará curas y tratamientos que requiera de forma ambulatoria. Esa enfermera se comunica con Atención Primaria para la continuidad de cuidados hasta la próxima visita y si precisa que valore el médico e incluso un ingreso se pueden hacer de forma directa desde aquí. La enfermera de la Consulta de Doppler rota con la consulta de competencias avanzadas. En Ecodoppler desempeñan sus funciones una TCAE y un médico. Las enfermeras de hospitalización están también en comunicación tanto con enfermera de consulta como con la de Doppler. Hay una habitación en hospitalización, en la que ingresan pacientes de Hemodinámica, procedentes de otros hospitales, bien de Uci u Hospitalización, a los cuales se les realizan cateterismos y luego vuelven en ambulancia a su Hospital de origen en el día. Todo ello, es muy beneficioso para el paciente, pero para el personal de nueva incorporación supone un aprendizaje complicado. Este manual de acogida que tiene una parte de información general sobre funcionamiento y ubicación de cada área. Hay otra parte que se desglosa y se proporciona de forma independiente con las intervenciones y tareas que debe realizar las enfermeras por un lado y TCAE por otro en hospitalización, consulta, doppler, ecodoppler, hemodinámica... Los profesionales de nueva incorporación van a tener una persona de referencia que les va a formar a su llegada a la unidad bien de forma colectiva o individualizada en las áreas en la que vaya a desempeñar sus funciones. Esto va a generar que se integren en el equipo de Vascular y que los pacientes se beneficien de este trato personalizado y de calidad que merecen.

#### ÁREAS DE MEJORA

Formar a los profesionales de forma específica en Cirugía Vascul ar en las distintas áreas y ubicaciones donde vayan a desempeñar su labor lo que va a generar esa atención de calidad y personalizada que se pretende. Se adjuntarán los cuidados de enfermería y protocolos de las patologías Vasculares más frecuentes: definición, complicaciones, forma de actuación o circuitos establecidos... Un tríptico para que el profesional pueda llevar eln el bolsillo y consultar con lo más relevante. También va a favorecer la integración temprana en el equipo de la mano de sus formadores.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Es un Servicio complejo con diferentes ubicaciones, un servicio integral, personalizado y de alta resolución que requiere conocimientos muy específicos y una organización del trabajo diferente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El Objetivo es que tanto profesionales de nueva incorporación como pacientes estén satisfechos unos con los cuidados que proporcionan y otros con los que reciben.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#986

### 1. TÍTULO

#### REVISION Y ACTUALIZACION MANUAL ACOGIDA ENFERMERAS Y TCAE UNIDAD CIRUGÍA VASCULAR: HOSPITALIZACION, CONSULTA MEDICA, CONSULTA ENFERMERÍA DE COMPETENCIAS AVANZADAS, DOPPLER, ECODOPPLER Y HEMODINAMICA

1. Actualización y revisión del manual de acogida

Fecha inicio: 15/08/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Susana García Buesa

2. Píldoras formativas apoyadas con medios audiovisuales de cada área específica y personalizada

Fecha inicio: 15/08/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Susana García Buesa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Profesionales formados

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Profesionales con manual de acogida entregado y formación impartida

Denominador .....: Total de trabajadores de nueva incorporación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de registro de apersoans implicadas y actividades realizadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#991

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO DE INSULINOTERAPIA EN EL PACIENTE DIABETICO

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#991 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DOMINGO RUA CRISTINA

Título  
MEJORA DE SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO DE INSULINOTERAPIA EN EL PACIENTE DIABETICO

Colaboradores/as:  
ALCAZAR GABAS MARTA  
CRESPO COBO CRISTINA  
DIESTE ALBAS SOFIA  
EZQUERRA ABADIA PILAR  
GARCIA BUESA MARIA SUSANA  
GOMEZ RODRIGUEZ ELISA PILAR  
MARTINEZ RINCON ERICA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANGIOLOGIA Y CIRUGÍA VASCULAR

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dada la gran incidencia de pacientes diabéticos que ingresan en la Unidad de cirugía vascular se ve la necesidad de no pinchar a los pacientes con jeringas de insulina, ni utilizar el mismo vial o pluma para varios pacientes. Se hará con una pluma de insulina para ese paciente que se quedará en su habitación y al alta se la llevará. La insulina la administrará la enfermera.  
Al pinchar con una jeringa de insulina hay que tener en cuante a la hora de administrarla si las unidades autadas se corresponden con vial o plum. No contienen la misma cantidad de insulina una unidad extraída de un vial y una extraída de una pluma. Hay que ajustarlas, hacer la conversión y saber si el médico ha realizado la pauta para vial o para pluma. Los pacientes en su domicilio habitualmente usan plumas por tanto se puede controlar mejor las unidades necesarias durante en ingreso y ajustar mejor las dosis si se utiliza lo mismo.  
Si cada paciente tiene su pluma nunca habrán contaminaciones cruzadas de otro paciente que se pueden dar si se usa un vial o pluma para todos.  
Se optimiza el tiempo ya que el paciente tiene en su habitación su pluma y no hay que buscar entre todas las que lleva actualmente en el carro de dar la medicación la enfermera. Esto hace que se disminuya la manipulación ya que solo la va a tocar la enfermera en el momento de inocular la insulina y no va a estar la pluma o vial por los pasillos, sala de curas, frigorífico...  
Se evitan errores ya que estará insulina adecuada con el paciente al cual se le ha prescrito.  
El paciente se la lleva a su casa al alta con lo cual se optimizan recursos

#### ÁREAS DE MEJORA

Se evitaren errores de dosis.  
Se evitaren contaminaciones de otros pacientes.  
Se evita administrar la insulina equivocada.  
Se minimiza el riesgo de inoculación accidental de la enfermera.  
Se empleará menos tiempo en la preparación de la insulina.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Si se usa un vial hay que ajuatar a cuantas unidades corresponden las pautadas para pluma.  
Se puede cometer error de administrar un tipo de insulina de un paciente a otro.  
Se optimiza el tiempo de preparación y administración

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo es mejorar la seguridad del paciente asegurando que la dosis es correcta, el fármaco es el correcto y no va a haber contaminaciones. admas de la optimización de tiempos de preparación y administración

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Cada paciente tiene su pluma de insulina en su habitación y se administra la dosis correcta sin contaminaciones.

Fecha inicio: 15/08/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: la enferra que recibe al paciente al ingreso y la responsable al alta

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#991

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO DE INSULINOTERAPIA EN EL PACIENTE DIABETICO

1. Seguridad en paciente diabético insulino dependiente

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Paciente diabético al que se le entrega pluma de insulina a su ingreso

Denominador .....: Total de pacientes diabéticos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#992

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE AMPUTADO

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#992 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HERRANDO MEDRANO MONICA

Título  
MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE AMPUTADO

Colaboradores/as:  
BAQUER MIRAVETE MARGARITA  
BERNARDOS ALCALDE CONCEPCION  
FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA  
LECHON SAZ JOSE ANTONIO  
RECIO CABRERO MARIA ADORACION  
RICO ROMERO VIRTUDES  
RIVERA RODRIGUEZ MARIA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ANGIOLOGIA Y CIRUGÍA VASCULAR

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La incidencia de las amputaciones oscila entre 12 y 50 por 100 000 personas por año. La arteriopatía periférica contribuye a más de la mitad de todas ellas. La mayoría de sus indicaciones son electivas y deben ir precedidas de una evaluación y preparación perioperatoria multidisciplinar del paciente.

A nivel preoperatorio son precisas evaluaciones tanto del riesgo médico, de la nutrición, psicológica y una consulta sobre prótesis y rehabilitación que evite la sensación de abismo y miedo a perder la independencia de estos pacientes.

Las complicaciones posteriores a la amputación son comunes tanto a nivel médico por su riesgo cardiovascular y morbimortalidad significativa, como localmente. Por tanto, en el cuidado postoperatorio también ha de ser multidisciplinar

#### FUNCIONES POR SERVICIO:

GERIATRIA/MEDICINA INTERNA: La identificación de los factores de riesgo y la atención médica adecuada pueden disminuir la tasa de complicaciones perioperatorias. Un buen resultado funcional puede depender en gran medida del estado del paciente.

ANESTESIA: El tratamiento óptimo del dolor pre y posoperatorio puede ser importante para reducir la incidencia de dolor del miembro fantasma que varía entre el 50 y el 85 por ciento. El manejo multimodal del dolor es la piedra angular de la rehabilitación exitosa de la amputación.

REHABILITACION: Se puede lograr un buen resultado funcional en la mayoría de los pacientes, pero puede depender en gran medida del estado preoperatorio del paciente como ya hemos comentado, otras comorbilidades y el nivel de la amputación. La deambulación exitosa con una prótesis es menos probable en pacientes que han sufrido una amputación mayor por arteriopatía periférica.

Complicaciones frecuentes como una contractura en flexión en la articulación de la cadera o la rodilla (limitación de 15º) ocurre en el 3 al 5 por ciento de las amputaciones mayores de las extremidades inferiores. Una contractura de más de 25º causará lordosis lumbar compensatoria, lo que provocará dolor lumbar. Una vez que se desarrolla una contractura significativa, es posible que no sea reversible con fisioterapia o cirugía por lo que es recomendable evitarlo desde el inicio.

PSIQUIATRIA: Muchos pacientes rechazan, en primera instancia, la amputación por lo dramático de la situación y son dados de alta hasta que el dolor es tan insoportable que les obliga a volver. A nivel preoperatorio la atención y apoyo psicológico es prioritario, tanto para el paciente como para sus familiares, en el acompañamiento para tomar la decisión de consentir la cirugía ablativa.

El trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) es común (22%) después de amputaciones por combate o lesiones accidentales sin embargo, para las amputaciones relacionadas con isquemia, la incidencia es inferior al 5%

#### ÁREAS DE MEJORA

Optimización del estado general del paciente pre y posoperatorio  
Optimización del estado psicológico del paciente pre y posoperatorio  
Control analgésico completo  
Rehabilitación y proleptización exitosa

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Comorbilidad severa asociada frecuentemente  
Dificultad a la hora de tomar la decisión por el trauma que supone una cirugía ablativa  
Dolor tanto pre como posoperatorio intenso y de difícil manejo que empeora la situación física y psíquica del paciente  
(Las tres anteriores son motivo de visitas frecuentes a urgencias)  
Deterioro físico del paciente, incapaz de rehabilitarse, pieza fundamental para recuperar la independencia

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#992

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE AMPUTADO

Diseñar e implantar un programa multidisciplinar con varios procesos encadenados en la atención al paciente amputado desde el momento de la indicación, el posoperatorio inmediato y durante su estancia en domicilio lo cual implica a servicios tales como Geriátrica, Medicina Interna, Psiquiatría (Psicosomática), Anestesia (U. Del dolor) y Rehabilitación y, por supuesto, Cirugía Vasculuar.

Pretendemos conseguir mejorar la calidad de vida del paciente amputado tanto física como psicológica y permitir una rápida incorporación a sus actividades diarias con la mayor independencia posible

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 26/09/2022

Responsable.: Mónica Herrando Medrano

2. Redactar un protocolo de actuación consensuado

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 17/10/2022

Responsable.: Mónica Herrando Medrano

3. Remitir a la UCA para su aprobación y posterior implantación

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 24/10/2022

Responsable.: Mónica Herrando Medrano

4. Evaluar los resultados según los indicadores establecidos

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Mónica Herrando Medrano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Calidad de vida relacionada con la salud de usuarios con problemas crónicos y de sus cuidadores

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Puntuación media en una dimensión X de calidad de vida relacionada con la salud de usuarios con problemas crónicos (y de sus cuidadores) en un momento X

Denominador .....: No existe

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: SF-36

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Utilización de urgencias hospitalarias por usuarios con problemas crónicos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Sumatorio de visitas a los dispositivos de urgencias hospitalarias de usuarios con problemas crónicos

Denominador .....: Número de usuarios con problemas crónicos que han contactado estos dispositivos de urgencias hospitalarias en un periodo X

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Podría ser calculado a partir de información disponible en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Urgencias Hospitalarias.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Acceso y uso de historias clínicas digitales por parte de diferentes profesionales sanitarios que at

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Sumatorio de número de accesos a historias clínicas digitales por parte de diferentes profesionales que atienden a usuarios con problemas crónicos

Denominador .....: Total de usuarios con problemas crónicos incluidos en la historia clínica digital en un periodo X

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Puede ser calculado a partir de información disponible en los sistemas de información compartida en cada comunidad autónoma.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#992

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE AMPUTADO

##### 4. Tasa de mortalidad perioperatoria

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de ingresos del denominador que concluyen en muerte del paciente durante su ingreso en el hospital, antes o después de la realización de un procedimiento quirúrgico x 100

Denominador .....: Número de ingresos debidos a un procedimiento quirúrgico

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Podría ser calculado a partir de información disponible en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Urgencias Hospitalarias.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1163

### 1. TÍTULO

#### ALCANZAR LA ACREDITACION DEL SERVICIO DE TRANSFUSION POR LA FUNDACION CAT

Fecha de entrada: 02/08/2022

Nº de registro: 2022#1163 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ

Título  
ALCANZAR LA ACREDITACION DEL SERVICIO DE TRANSFUSION POR LA FUNDACION CAT

Colaboradores/as:  
SANTACATALINA AGREDA SILVIA  
ANADON FONTANA M. LEIRE  
DOMINGUEZ CEMBORAIN MARIA MILAGROS  
GUILLEN GOMEZ MARIA  
MIRANDA MARTIN THAIS  
QUEROL ALQUEZAR NATIVIDAD  
VELA LACARRA JOSE IGNACIO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BANCO DE SANGRE

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Servicio de Transfusión comenzó su andadura con la apertura del Hospital. En aquella época realizaba las funciones de promoción de la donación, recogida de sangre, procesamiento, almacenamiento y transfusión de componentes sanguíneos, con el objetivo de alcanzar el autoabastecimiento de los mismos para cubrir la demanda que de ellos reclamaba la actividad asistencial hospitalaria.

A lo largo de ese periodo hasta la actualidad, la actividad del Servicio se ha adecuado a la evolución marcada por el desarrollo de la hemoterapia, la evolución tecnológica y los cambios legislativos nacionales y autonómicos. En la década de los noventa hubo un cambio organizativo a nivel nacional que hizo surgir los Centros de Transfusión y desde entonces hemos centrado nuestra actividad al ámbito de la transfusión y hemos incorporado innovaciones tecnológicas y nuevos conocimientos en el campo de la hemoterapia y la hemovigilancia, adecuando nuestra actividad a los nuevos marcos legislativos.

El Servicio de Hematología y Hemoterapia del hospital considera que la calidad de su actividad es prioritaria, por lo que tiene como objetivo principal garantizar la excelencia técnica de todas las actividades y servicios que realiza relativas a organización, planificación, gestión de recursos, documentación, mantenimiento de instalaciones y equipamientos, procedimientos analíticos y postanalíticos y acciones de mejora continua. En materia transfusional busca disminuir errores en la actividad transfusional, asegurar la fiabilidad de todas las pruebas realizadas y mejorar la seguridad transfusional de manera efectiva y continuada.

#### ÁREAS DE MEJORA

##### -TRANSFUSIÓN:

1. Minimizar el número de devoluciones de solicitudes de transfusión por cumplimentación no adecuada según legislación vigente o no legibles ,mediante una mayor implementación de la solicitud vía HCE
- 2.- Entrega de los Concentrados de hematíes de uno en uno
- 4.- Minimizar el tiempo de devolución de componentes sanguíneos no transfundidos al Servicio de transfusión fundamentalmente del área de quirófano y mejorar la trazabilidad

##### HEMOVIGILANCIA:

- Elaboración y difusión de protocolo de manejo de reacción transfusional
- Formación del personal que interviene en todo el circuito transfusional

8.- Acreditar el servicio de Transfusión por el CAT

#### ANALISIS DE CAUSAS

##### -TRANSFUSIÓN:

1. La solicitud de transfusión realizada mediante historia clínica electrónica evita la omisión de datos obligatorios y es legible, además de poder capturar datos demográficos de forma directa evitando errores de transcripción
- 2. Mala conservación de concentrados de hematíes fuera del banco por almacenamiento en neveras no controladas. Además errores en la administración de componentes por almacenamiento en la misma nevera de componentes destinados a varios pacientes ubicados en la misma área.
- 4.- Las unidades devueltas con más de 4 horas corresponden fundamentalmente al área de quirófano.

##### HEMOVIGILANCIA:

Estudio de reacciones transfusionales incompletos porque no se ha enviado la documentación o el componente  
Errores en la administración de componentes sanguíneos por desconocimiento o incumplimiento del protocolo transfusional

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Obtener y asegurar la calidad de la actividad del ST, demostrando así su capacidad para prestar de forma consecuente servicios que satisfagan los requisitos de sus clientes (entendiendo por clientes a los médicos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1163

### 1. TÍTULO

#### ALCANZAR LA ACREDITACION DEL SERVICIO DE TRANSFUSION POR LA FUNDACION CAT

peticionarios y a todos los pacientes subsidiarios de una transfusión )  
- Mejorar la seguridad del proceso transfusional mediante la aplicación efectiva del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), incluyendo procesos de mejora continua y la prevención de no conformidades.  
- Adecuar la utilización de equipos y flujos de trabajo a la actividad asistencial para una gestión eficaz de los resultados, los recursos y los tiempos del personal del Servicio.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. - Implantar solicitud de transfusión vía HCE en bloque materno -infantil e insistir en su utilización en áreas donde estaba implantado previamente  
Fecha inicio: 08/08/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Victoria González, María Guillén

3. Elaborar y revisar según estándares del CAT:  
Procedimientos generales y operativo  
Instrucciones técnicas  
Adecuar los formatos  
Adecuar registros  
Solicitar la acreditación/auditoría  
Resolver las no conf  
Fecha inicio: 01/01/2021  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Silvia Santacatalina, Victoria González, María Guillén, Ignacio Lacarra

4. Cumplimentar y analizar registros CAT  
Fecha inicio: 01/01/2021  
Fecha final.: 01/01/2024  
Responsable.: Thais Miranda, Milagros Cemborain, Leyre Anadón, Natividad Querol

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. % de unidades sin confirmar el destino final (hematíes y plaquetas)  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de componentes sanguíneos (hematíes y plaquetas) cuyo destino final no está registrado en el ST x 100 /  
Denominador .....: N.º componentes sanguíneos (hematíes)  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Programa informático de banco de sangre / e-delphyn)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

3. % de unidades devueltas al ST sin transfundir (hematíes y plaquetas)  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de componentes sanguíneos (hematíes y plaquetas) devueltos al ST sin transfundir x 100 /  
Denominador .....: N.º total de componentes sanguíneos (hematíes y plaquetas) suministrados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Programa informático de banco de sangre / e-delphyn)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 3.00

4. Tasa de de unidades caducadas: hematíes y plaquetas  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de productos caducados x 100 /  
Denominador .....: Productos recibidos (hematíes y plaquetas)  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Programa informático de banco de sangre / e-delphyn)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.70  
Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.70  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.50

5. Tasa de unidades desechadas por motivos distintos a caducidad: hematíes y plaquetas  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: úmero de productos desechados por cualquier causa distinta a la caducidad

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1163

### 1. TÍTULO

#### ALCANZAR LA ACREDITACION DEL SERVICIO DE TRANSFUSION POR LA FUNDACION CAT

(rotura, temperatura, control de calidad) x100 /  
Denominador .....: N° de productos recibidos (hematíes y plaquetas)  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Programa informático de banco de sangre / e-delphyn)  
Registro formato excel de unidades devueltas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

6. Errores en la administración de Componentes sanguíneos  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de componentes transfundidos a un paciente distinto al que iba destinado el componente/  
Denominador .....: N.º de transfusiones realizadas

x(1-100-1000) ...: 1000  
Fuentes de datos.: Programa informático de banco de sangre / e-delphyn)  
SiNAPS  
Registro de Notificaciones de efectos adversos asociados a la transfusión del programa estatal de hemovigilancia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.40  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.30

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> PATOLOGÍAS Y SÍNTOMAS SUBSIDIARIOS DE SOPORTE TRANSFUSIONAL

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1252

### 1. TÍTULO

#### ADMINISTRACION DE COMPONENTES SANGUÍNEOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1252 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
OSTARIZ CARCAMO M. CARMEN

Título  
ADMINISTRACION DE COMPONENTES SANGUÍNEOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Colaboradores/as:  
VICENTE CIUDAD ALBA  
AREJULA LATORRE MARIA DEL MAR  
CARMONA MOZOTA MARTA ROCIO  
LASALA VILLA ANA MARIA  
MELENDEZ LOPEZ EVA MARIA  
VARONA LASARTE MARIA DEL CARMEN  
VECINO SOLER ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BANCO DE SANGRE

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La transfusión sanguínea es un procedimiento muy común en la práctica clínica del hospital, y debe estar siempre fundamentada en conocimientos correctos, actualizados y basados en la evidencia. En este ámbito, son objetivos ineludibles la disminución de errores en la actividad transfusional, la fiabilidad de las pruebas realizadas y la mejora de la seguridad transfusional. Para ello, en las unidades de cuidados de adultos se ha instaurado un protocolo clínico que contempla una práctica transfusional segura y eficiente. (Z2-1098-21E)

Nos proponemos, con el actual proyecto, adaptar este protocolo a las unidades pediátricas de nuestro hospital. Debido a los cambios fisiológicos y hematopoyéticos que ocurren en los neonatos el procedimiento de transfusión se dirigirá a dos grupos: los que van de nacimiento a 4 meses y los mayores de 4 meses. Los puntos claves son: la identificación del paciente, la comprobación del componente sanguíneo, los registros en historia clínica y las notificaciones de reacciones adversas ocurridas durante la transfusión.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la seguridad del paciente y disminuir errores en la práctica clínica diaria.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de conocimiento en el proceso seguro de transfusión.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Realizar el protocolo basado en la evidencia sobre la transfusión segura de componentes sanguíneos.
- Difundir el protocolo dentro de la organización.
- Desarrollar e implementar rondas de seguridad para la identificación del cumplimiento del protocolo e identificar puntos de mejora.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un protocolo basado en evidencia sobre transfusión segura.

Fecha inicio: 09/06/2022

Fecha final.: 01/07/2022

Responsable.: Ana Vecino Soler, M.Carmen Ostáriz Cárcamo, Marta Carmona Mozota

2. Formación del personal implicado: médicos, enfermeras, TCAEs. TEL y celadores.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 16/01/2023

Responsable.: Carmen Varona Lasarte ,M. Mar Arejula Latorre,Eva María Meléndez Lopez ,Alba Vicente Ciudad

3. Realizar rondas de seguridad.

Fecha inicio: 16/01/2023

Fecha final.: 16/10/2023

Responsable.: Ana Vecino Soler, M.Carmen Ostáriz Cárcamo, Marta Carmona Mozota ,Alba Vicente Ciudad ,Ana Lasala V

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1252

### 1. TÍTULO

#### ADMINISTRACION DE COMPONENTES SANGUÍNEOS EN PACIENTES PEDIATRICOS

##### 1. Difusión del protocolo.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....

Nº de sesiones impartidas en unidades de pediatría.

Denominador .....

Total de sesiones programadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.:

Hoja de firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Realización de grupo en cabecera de cama

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....

Nº de pacientes que se les realiza el grupo sanguíneo previo a la transfusión de concentrado de hematíes en cabecera de cama.

Denominador .....

Total de transfusiones de concentrado de hematíes realizado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

##### 3. Implantación del protocolo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....

Nº de indicaciones de transfusión que cumple el protocolo

Denominador .....

Total de transfusiones revisadas.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Rondas de seguridad

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#389

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION Y GESTION DEL TEST DE SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA (SOG) PARA CRIBADO Y DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y DIABETES GESTACIONAL

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#389 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GRACIA MATILLA ROSA

Título  
MEJORA EN LA ATENCION Y GESTION DEL TEST DE SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA (SOG) PARA CRIBADO Y DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y DIABETES GESTACIONAL

Colaboradores/as:  
CONCHAN TALAYERO MARIA PILAR  
GOÑI ROS NURIA  
HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO  
JIMENO CARREY SONIA  
JUDEZ LOPEZ CRISTINA AZUCENA  
LOPEZ BARCOS MIRIAM  
SUAREZ FERNANDEZ LUCIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BIOQUÍMICA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Mejorar la calidad de la atención a pacientes que deban ser sometidos a una sobrecarga oral de 75 o 100 gr de glucosa en la consulta de extracciones del HUMS ya que debido a la frecuencia con la que se tolera mal dicha sobrecarga, es necesario suspender el test con la consecuente pérdida de resultados y demora diagnóstica. Además se pretende minimizar las molestias que conlleva este test cambiando el procedimiento actual de venopunciones seriadas y eliminar el riesgo que supone esta sobrecarga en pacientes sin diagnóstico previo de Diabetes Mellitus tipo II y Diabetes Gestacional.

#### ÁREAS DE MEJORA

- De los 6.700 test de SOG, un 3% son invalidados por emesis de la solución de glucosa durante el transcurso de la prueba, ya que se interrumpe la absorción de la misma. La invalidación del test conlleva una pérdida o bien una demora de resultados de cribado para diagnóstico en la cita de especialidad prefijada, con programación de nueva solicitud de test y nueva cita de especialidad para informe de resultados y toma de decisiones terapéuticas.
- Previamente a la realización de SOG de 75 g y de 100 g, se realizará de forma sistemática una medida de glucemia capilar basal. Si la glucemia capilar en tira reactiva en ayunas es menor a 120 mg/dL se procederá a la sobrecarga de glucosa. Si es mayor a 120 mg/dL se confirmará dicho valor en equipo a la cabecera de paciente GEM 5000. Si esta segunda medida es mayor o igual a 126 mg/dL tras 8 horas de ayuno se suspenderá el test de SOG y se ampliará la solicitud de hemoglobina glicosilada. En caso de que ésta última fuese mayor o igual a 6.5% (48 mmol/mol) se comunicarán resultados al médico solicitante para adelantar consulta y/o derivación según considere oportuno, ya que se estarían cumpliendo dos de los criterios para diagnóstico de la American Diabetes Association 2021.
- La realización de la sobrecarga de 100 g de glucosa requiere de la posterior extracción de muestras para medida a los 0', 60', 120', 180', lo que precisa de cuatro venopunciones.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Inevitablemente hay un porcentaje de pacientes con mala tolerancia a la sobrecarga oral de glucosa especialmente en pacientes gestantes que ya pueden tener mayor predisposición a la emesis.
- Hay pacientes a los que se les solicita una sobrecarga oral de glucosa por sospecha Diabetes, en los que se han detectado previamente cifras de glucosa basal aisladas entre 100 y 125 mg/dl pero que en el momento de la realización de la prueba presentan una glucosa basal mayor o igual a 126 mg/dl.
- La realización de la sobrecarga oral de glucosa es molesta para el paciente en cuanto al tiempo de duración que requiere estar en el hospital 2 horas (sobrecarga de 75 gr) o 3 horas (sobrecarga de 100gr) y especialmente las repeticiones de las venopunciones para extracción de muestras en los correspondientes tiempos que componen la curva de metabolización de glucosa.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo número 1: Optimizar tiempos de demora u omisión de resultados por cancelación de test durante su transcurso, con ocupación ineficiente de consultas de especialidad y minimizar molestias al paciente. Para ello el propio Servicio de Bioquímica gestionará las repeticiones de los test cancelados por el motivo anteriormente citado. Cuando se produzca una cancelación de los test de SOG de 50 g o de 75 g se emitirá una solicitud generada por el propio Servicio de Bioquímica idéntica a la cancelada y se citará en agenda propia del Servicio al/la paciente para repetir el test dentro de un plazo no superior a 7 días. En el caso de cancelación de un test de SOG de 100 g, ya que existe agenda propia en admisión, se citará desde el propio Servicio de Bioquímica a la paciente, en hueco reservado para repetición.

Objetivo número 2: No someter a test de SOG a pacientes con glucemia basal alterada no diagnosticados hasta el momento, para los que la sobrecarga de glucosa puede suponer un riesgo, así como facilitar otros datos de

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#389

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION Y GESTION DEL TEST DE SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA (SOG) PARA CRIBADO Y DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y DIABETES GESTACIONAL

laboratorio relevantes para su diagnóstico y notificar resultados para la instauración más temprana del tratamiento adecuado o derivación del paciente al Servicio de Endocrinología.  
Objetivo número 3: Reducir la molestia de las cuatro venopunciones insertando un catéter venoso periférico que permita la extracción de las cuatro muestras con una sola punción. Se valorará mediante encuesta si este procedimiento es más satisfactorio que el anterior, en mujeres que se hayan realizado anteriormente el test de sobrecarga con cuatro venopunciones.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Cita para repetición de sobrecargas orales de glucosa suspendidas por emesis y gestión de una nueva solicitud de test por el propio laboratorio.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/07/2024

Responsable.: María Rosa Gracia Matilla

2. Elaboración e implementación de procedimiento para personal de enfermería que atiende a pacientes con solicitud de sobrecargas orales de glucosa de 75 y 100 gr.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: María Rosa Gracia Matilla

3. Elaboración de encuesta para pacientes y evaluación de la misma para valorar las mejoras implementadas.

Fecha inicio: 01/07/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: María Rosa Gracia Matilla

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Tests de SOG interrumpidos por emesis que son recitados por el propio laboratorio

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de tests de SOG interrumpidos por emesis que son recitados por el propio laboratorio

Denominador .....: Nº total de sobrecargas orales de glucosa realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos sistema informático de laboratorio Modulab V3.1.04 y agenda de citas de Bioquímica.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 99.00

2. Pacientes con glucemia capilar antes de realización de curva

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes con test de de sobrecarga oral de glucosa de 75 gr y 100 gr a los que se les realiza una glucemia capilar previa a la sobrecarga

Denominador .....: Nº total de sobrecargas orales de glucosa de 75 gr y de 100 gr realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos sistema informático de laboratorio Modulab V3.1.04

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 99.00

3. Pacientes con curva de 100 gr a los que se inserta catéter venoso periférico

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes con test de de sobrecarga oral de 100 gr a los que se les inserta un catéter venoso periférico

Denominador .....: Nº total de sobrecargas orales de glucosa de 100 gr realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de enfermería que se implantará en primer semestre de 2023

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

4. Tests de SOG (75 y 100 gr) rechazados por glucemia basal confirmada en POCT =126 mg/dL

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de tests de SOG 75gr y 100 gr rechazados por glucemia basal confirmada en POCT =126 mg/dL

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#389

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION Y GESTION DEL TEST DE SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA (SOG) PARA CRIBADO Y DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y DIABETES GESTACIONAL

Denominador .....: N° total de sobrecargas orales de glucosa de 75 gr y de 100 gr realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos sistema informático de laboratorio Modulab V3.1.04 y registro de enfermería.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 99.00

5. Pacientes que valoran el cambio de procedimiento (catéter venoso vs 4 pinchazos) como positivo  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de pacientes que valoran el cambio de procedimiento (catéter venoso vs 4 pinchazos) como positivo  
Denominador .....: N° total de pacientes encuestadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción de paciente que se realizará en el segundo semestre de 2023.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

6. Demora en entrega de resultados de SOG 100 gr repetida después intervención vs antes (días ganados)  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: producto de demora en días antes intervención vs después intervención por diferencia días antes intervención menos después intervención  
Denominador .....: producto de demora en días antes intervención vs después intervención  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Base de datos sistema informático de laboratorio Modulab V3.1.04  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 7.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 7.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#401

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE LA DEMANDA DE LOS MARCADORES SEROLOGICOS DE ENFERMEDAD CELÍACA SEGUN LAS ULTIMAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA ESPGHAN 2020

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#401 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
HERNANDEZ DE ABAJO GUILLERMO

Título  
GESTION DE LA DEMANDA DE LOS MARCADORES SEROLOGICOS DE ENFERMEDAD CELÍACA SEGUN LAS ULTIMAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA ESPGHAN 2020

Colaboradores/as:  
ABADIA MOLINA CLAUDIA  
CHUECA CHUECA MARIA PILAR  
CRIADO ALAMO ELENA  
GONZALEZ IRAZABAL YOLANDA  
MONTANEL ABADIA MARIA CARMEN  
PADILLA APUNTATE NURIA  
ZORZANO VALERO ANUNCIATA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BIOQUÍMICA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El proyecto responde en primer lugar a la adecuación del uso de los marcadores serológicos de enfermedad celiaca (EC) según las últimas recomendaciones de la guía ESPGHAN (The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition) para el cribado de esta enfermedad. En segundo lugar, responde al objetivo común de los laboratorios clínicos de gestionar la demanda de pruebas analíticas, mejorando la atención al paciente y optimizando el uso de recursos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Aplicar la última actualización de la guía ESPGHAN del año 2020 en nuestro laboratorio requiere una serie de ajustes en el sistema informático de laboratorio (SIL):

- Siempre que se solicite TIGA añadir si no está solicitado IgA.
- Si IgA es menor al rango de normalidad en función de la edad del paciente, añadir DPGG. Esto es un motivo de sospecha de un posible déficit de IgA que puede enmascarar EC si no se determina un marcador de otro isotipo, en nuestro caso DPGG.
- Si existe un déficit de IgA confirmado en el paciente, incluirlo en un grupo patológico del SIL (déficit de IgA) para que solo se cuantifique DPGG. Al realizar petición de marcadores de celiaquía solo se programará DPGG, puesto que el TIGA deja de tener utilidad.
- Introducir regla informática que rechace la solicitud de EMA en la valoración inicial de sospecha de EC.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En los laboratorios del HUMS se ha venido realizando el cribado serológico de EC mediante la determinación en suero de las magnitudes: anticuerpo anti gliadina-DP IgG (DPGG) y anticuerpo anti transglutaminasa IgA (TIGA), IgA total y anticuerpos anti endomisio IgA (EMA), siguiendo las recomendaciones de la ESPGHAN.

El algoritmo que se venía usando es el siguiente:

- Determinación de TIGA y DPGG en niños menores de 4 años.
- Determinación única de TIGA en pacientes mayores a 4 años excepto cuando IgA tiene un valor inferior al límite de cuantificación de la técnica, en el que debe ampliarse el marcador de isotipo IgG (DPGG en este caso).
- Determinación de EMA según criterio del médico peticionario (solicitud directa).

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La gestión de los marcadores de celiaquía de esta manera permitirá aplicar la recomendación de ESPGHAN sin error alguno ya que se controla informáticamente y también realizar gestión de la demanda en el cribado de EC reduciendo de forma significativa la cuantificación de dos analitos relativamente caros: DPGG y EMA.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Aplicar la última actualización de la guía ESPGHAN del año 2020 para el cribado serológico de EC.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2024

Responsable.: Guillermo Hernández de Abajo

2. Gestión de la demanda de los marcadores serológicos de EC.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2024

Responsable.: Guillermo Hernández de Abajo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#401

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE LA DEMANDA DE LOS MARCADORES SEROLOGICOS DE ENFERMEDAD CELÍACA SEGUN LAS ULTIMAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA ESPGHAN 2020

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % analíticas con TIGA a las que se realiza IgA (en la propia analítica o en 15 días previos).

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº total de analíticas con TIGA a las que se realiza IgA  
Denominador .....: Nº total de analíticas con TIGA  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos sistema informático de laboratorio Modulab V3.1.04  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 99.00

2. % determinaciones realizadas de DPGG respecto de TIGA

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº total de determinaciones de DPGG  
Denominador .....: Nº total de determinaciones de TIGA  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos sistema informático de laboratorio Modulab V3.1.04  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. % determinaciones realizadas de EMA respecto de TIGA

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº total de determinaciones de EMA  
Denominador .....: Nº total de determinaciones de TIGA  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos sistema informático de laboratorio Modulab V3.1.04  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

4. Reducción del gasto por determinación de DPGG respecto del gasto en TIGA.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Gasto por determinación de DPGG (después vs. antes de la intervención).  
Denominador .....: Gasto por determinación de TIGA (después vs. antes de la intervención).  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos sistema informático de laboratorio Modulab V3.1.04  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. Reducción del gasto por determinación de EMA respecto del gasto por TIGA

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Gasto por determinación de EMA (después vs. antes de la intervención).  
Denominador .....: Gasto por determinación de TIGA (después vs. antes de la intervención).  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos sistema informático de laboratorio Modulab V3.1.04  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#496

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION Y OPTIMIZACION DEL PROCESO DE ANALISIS DE CARIOTIPO DE ALTA RESOLUCION

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#496 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GONZALEZ TARANCON RICARDO

Título  
INFORMATIZACION Y OPTIMIZACION DEL PROCESO DE ANALISIS DE CARIOTIPO DE ALTA RESOLUCION

Colaboradores/as:  
CORTES SOROLLA ANA ASUNCION  
GUERRERO HORMIGA VANESSA  
IZQUIERDO ALVAREZ SILVIA  
MARIN SORIA MARIA TERESA  
SANCHEZ TORRES JOSE CARLOS  
SEBASTIAN LARENA MARIA COLUMNA  
VILLANUEVA BARBA BELEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BIOQUÍMICA

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El laboratorio de Citogenética del Hospital Universitario Miguel Servet es el único laboratorio del Servicio Aragonés de Salud que realiza la técnica de Cariotipo de alta resolución, tanto en sangre periférica como en muestras prenatales, siendo el laboratorio de referencia para toda la CCAA. La implantación de esta técnica surgió de forma paralela a la creación de este laboratorio, en el año 1977, siendo la técnica más clásica de análisis genético. Durante estos 45 años, el laboratorio de genética ha ido incorporando nuevas técnicas que, aunque superan en resolución al Cariotipo, no consiguen desplazarlo de la práctica clínica habitual debido a que algunas alteraciones genéticas sólo pueden detectarse mediante esta metodología. No obstante, hemos detectado que el circuito de trabajo puede optimizarse adaptando las necesidades a los tiempos actuales, en los cuales se experimenta: mayor volumen de solicitudes de estudio, mayor demanda en los tiempos de respuesta, mayor exigencia en la trazabilidad y calidad en el proceso para conseguir acreditación ISO15189 y mejora/informatización de los informes de resultados adoptando las nuevas recomendaciones de las sociedades científicas.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Disminuir los tiempos de respuesta en la emisión de resultados.
2. Eliminar formatos/registros en papel, listas de trabajo, anotaciones en registros no controlados.
3. Optimizar el circuito, proceso de análisis, reducir tiempos y pasos fútiles, liberando de tiempo al TEL.
4. Acreditar el proceso técnico de análisis por ISO 15189
5. Semiautomatizar informes de resultados
6. Mejorar el circuito de derivación de pacientes y de asesoramiento genético.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En los últimos años, paralelo al aumento de la demanda de estos estudios en consultas de Reproducción Humana Asistida, la solicitud de pruebas de cariotipo de alta resolución se ha incrementado notablemente. A esto hay que añadir que el protocolo de análisis apenas se ha modificado desde su implantación, por lo que el flujo de trabajo no ha podido adaptarse a la nueva situación de demanda. Esto genera demoras en la emisión de resultados, poca trazabilidad del proceso, falta de actuación en áreas de mejora y un consumo de recursos humanos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la trazabilidad, mediante informatización en el SIL del laboratorio, de todas las etapas del proceso de análisis del cariotipo de alta resolución.
- Optimizar el proceso de análisis, identificando áreas de mejora, fases críticas, y/o pasos redundantes del proceso, que permitan disminuir los tiempos de finalización del estudio, así como disminuir el trabajo efectivo del TEL.
- Eliminar registros de trabajo en formato papel, e incorporar estos registros al Sistema de información del Laboratorio (SIL-MODULAB).
- Informatizar en el SIL el informe de resultados para semiautomatizar el proceso de validación y conseguir armonización de resultados.
- Establecer vías clínicas con los Servicios Médicos más demandantes de estos estudios, definiendo el proceso de solicitud y asesoramiento genético, reduciendo tiempos y consultas fútiles.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Evaluar la situación de partida mediante la elaboración de un protocolo de análisis. Evaluar tiempos de demora e indicadores del proceso.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/10/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#496

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION Y OPTIMIZACION DEL PROCESO DE ANALISIS DE CARIOTIPO DE ALTA RESOLUCION

Responsable.: Ricardo González, José Carlos Sánchez, Silvia Izquierdo.

2. Informatizar todos los registros necesarios para el trabajo de TEL, incorporando estos al SIL

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 01/11/2022  
Responsable.: Ricardo González

3. Automatizar los modelos de Informes de resultados. Adaptar los informes a las nuevas guías nacionales e internacionales.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 01/11/2022  
Responsable.: José Carlos Sánchez, Silvia Izquierdo

4. Elaborar un protocolo de análisis según los cambios introducidos, con algoritmos claramente definidos.

Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: Ricardo González, José Carlos Sánchez, Silvia Izquierdo.

5. Implantar petición electrónica con los servicios médicos más implicados así como con otros centros o laboratorios emisores de muestras.

Fecha inicio: 01/02/2023  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Ricardo González, José Carlos Sánchez, Silvia Izquierdo.

6. Creación de Stock de reactivos, equipos y materiales auxiliares

Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Personal técnico y Administrativo

7. Encuesta de satisfacción que evalúe el proceso de forma objetiva por parte de los clientes (médicos y pacientes). Inicio y Fin

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 01/06/2023  
Responsable.: Ricardo González

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Tiempo de respuesta (% de informes emitidos dentro del plazo de entrega fijado en el catálogo)

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº de informes emitidos antes de 90 días naturales  
Denominador .....: nº total de informes emitidos en el periodo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Trimestral  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Petición electrónica (% de solicitudes en formato electrónico recibidas)

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº de solicitudes recibidas vía online de Reproducción Asistida-HUMS  
Denominador .....: nº total de solicitudes recibidas desde Reproducción Asistida-HUMS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Trimestral  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Registro electrónico-trazabilidad

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº de estudios con registro preanalítico completo  
Denominador .....: nº total de estudios realizados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Mensual  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#496

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION Y OPTIMIZACION DEL PROCESO DE ANALISIS DE CARIOTIPO DE ALTA RESOLUCION

4. Satisfacción con el proceso

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Resultados de la encuesta de satisfacción

Denominador .....: Resultados de la encuesta de satisfacción

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción pre/post proyecto.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 7.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#561

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA FASE PREANALÍTICA PARA LA DETERMINACION DE PROLACTINA PARA REDUCIR EL NUMERO DE FALSOS POSITIVOS

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#561 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CESAR MARQUEZ MARIA ANGELES

Título  
MEJORA DE LA FASE PREANALÍTICA PARA LA DETERMINACION DE PROLACTINA PARA REDUCIR EL NUMERO DE FALSOS POSITIVOS

Colaboradores/as:  
CARREERAS FERNANDEZ MARIA CARMEN  
CASTILLO ARCE MARIA ANGELES  
FERNANDEZ LACRUZ PILAR  
GOÑI ROS NURIA  
GRACIA MATILLA ROSA  
LADISLAO HERRERO ETHEL-LAURA  
MARTINEZ TUDELA DIEGO ALBERTO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BIOQUÍMICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los resultados de Prolactina están afectados por diferentes situaciones patológicas, pero también puede existir un aumento de sus niveles por diferentes causas fisiológicas, preanalíticas e interferencia por fármacos. Para una correcta valoración de los resultados de esta magnitud el paciente ha de cumplir una serie de requisitos previos a la extracción de sangre para minimizar los aumentos por causas fisiológicas. Ante unos resultados de prolactina patológicos está recomendado repetir la extracción de una muestra basal y a los 20 - 30 minutos (curva de prolactina) para descartar que el aumento sea debido al estrés durante la extracción. Para la realización de la curva se recomienda no realizar 2 pinchazos, sino poner una palomilla y minimizar así el estrés en la segunda toma de muestra. Actualmente en nuestro laboratorio se detecta un elevado porcentaje de resultados de prolactina elevados, se sospecha que los resultados ligeramente elevados podrían ser causa de un no cumplimiento de las instrucciones previas a la extracción de sangre. Esto conlleva repetición de peticiones, con el consiguiente perjuicio para el paciente. La petición de curva de prolactina por parte del clínico no siempre es correcta o no se realiza correctamente desde el centro de extracción. En el primer semestre de 2022 se ha detectado que más de un 40% de los resultados de prolactina basal eran normales, lo que evidencia que la hiperprolactinemia detectada en la primera extracción podría tratarse de un falso positivo.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Elaborar unas instrucciones para el paciente con solicitud de prolactina
- Reducir resultados elevados de prolactina
- Reducir número de solicitudes y/o extracciones incorrectas de curvas

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Se desconoce si todos los pacientes reciben la información sobre las condiciones previas a la extracción
- Se sospecha que un elevado porcentaje de resultados ligeramente elevados es por causas preanalíticas
- Desde el programa de primaria no existe la posibilidad de solicitar curvas de prolactina.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Nuestro proyecto está dirigido a pacientes de atención primaria y de especializada, principalmente los derivados de las consultas de Endocrinología y Ginecología. El objetivo principal es minimizar los resultados elevados de prolactina debidos a un incorrecto cumplimiento de la fase preanalítica, reduciendo así repeticiones innecesarias y molestias al paciente. Así mismo, se consensuará con Endocrinología y Ginecología el protocolo para la solicitud y realización de curvas. Para la realización de las curvas se establecerá el procedimiento de extracción, las condiciones que ha de cumplir el paciente y la valoración del lugar de extracción (puntos de extracción de centros de atención primaria o área Preanalítica de los laboratorios del H.U. Miguel Servet).

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Elaborar instrucciones para el paciente

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Angeles César Márquez, M<sup>a</sup> Angeles Castillo Arce, Nuria Goñi Ros

#### 2. Consensuar con Endocrinología y Ginecología la petición de curvas, definir el tiempo de extracción óptimo

Fecha inicio: 01/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#561

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA FASE PREANALÍTICA PARA LA DETERMINACION DE PROLACTINA PARA REDUCIR EL NUMERO DE FALSOS POSITIVOS

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Angeles César Márquez

3. Elaborar protocolo para la extracción de curvas en los puntos de extracción de centros de atención primaria

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Rosa Gracia Matilla, Nuria Goñi Ros

4. Información a Atención primaria e incluir la solicitud vía omilab

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Rosa Gracia Matilla, M<sup>a</sup> Angeles César Márquez

5. Homogeneizar los comentarios al resultado de prolactina en el informe de laboratorio

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Angeles César Márquez, M<sup>a</sup> Angeles Castillo Arce

6. Elaboración y realización de una encuesta telefónica al paciente sobre el cumplimiento de los requisitos de preanalítica, previo y posterior a la implantación de las mejoras

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: María Carmen Carreras, María Pilar Fernández, Diego Alberto Martínez, Ethel Ladislao

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración de instrucciones para los pacientes y distribución en los centros de extracción

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de centros de salud a los que se envían las instrucciones para pacientes

Denominador .....: Número total de centros de salud de los sectores 2 y 5

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos propios

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Consenso y elaboración con Endocrinología y Ginecología del protocolo para la petición de curvas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Protocolo elaborado

Denominador .....: Protocolo elaborado

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Datos propios

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Pacientes que han recibido y cumplido las instrucciones preanalíticas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes que reciben y cumplen las instrucciones

Denominador .....: Número de pacientes con solicitud de prolactina encuestados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta elaborada por personal responsable

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Resultados de prolactina elevadas según centro de extracción %

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de prolactinas elevadas

Denominador .....: Número total de prolactinas procesadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Sistema informático de laboratorio

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#561

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA FASE PREANALÍTICA PARA LA DETERMINACION DE PROLACTINA PARA REDUCIR EL NUMERO DE FALSOS POSITIVOS

5. Curvas de prolactina con valores normales de prolactina basal %

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de prolactinas basales normales  
Denominador .....: Número total de curvas de prolactina  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sistema informático de laboratorio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

6. Curvas de prolactina mal solicitadas o extraídas respecto al total %

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de curvas incorrectas  
Denominador .....: Número de curvas totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sistema informático de laboratorio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#963

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO E IMPANTACION DEL PROTOCOLO DE RECUENTO DE MATERIAL UTILIZADO EN PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#963 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MINGUEZ MORALES JUAN MANUEL

Título  
DESARROLLO E IMPANTACION DEL PROTOCOLO DE RECUENTO DE MATERIAL UTILIZADO EN PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Colaboradores/as:  
ALLEPUZ LOPEZ MARIA  
AMADOR FERNANDEZ DE SIMON CARMEN MARIA  
BARA MONREAL JAVIER  
BLASCO BORDEJE M. MERCEDES  
DELMAS VELLOSILO SILVIA  
FUNEZ APARICIO MARIA JESUS  
TEJERO SAMPERIZ DIANA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO HOSPITAL GENERAL

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

-Los procedimientos quirúrgicos, requieren el uso de recursos materiales, que bien por su número o por su tamaño, es necesario contabilizar durante todo el proceso.  
-La estandarización de este proceso, implica por un lado la seguridad del paciente y por otro evitar la distracción del material.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Evitar efectos adversos en el paciente.  
-Comprobar que el material esta correctame contabilizado al princpio y al final de la intervención.

#### ANALISIS DE CAUSAS

-Ausencia de una norma común, en el procedimiento descrito.  
-Incidencias varias, que ocurren en el transcurso de la intervención quirúrgica.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Unificación de los criterios de actuación respecto a la contaje del material intraquirúrgico.  
-Personal del bloque quirúrgico.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Constitución del grupo de trabajo

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 15/03/2022

Responsable.: JUAN MANUEL MÍNGUEZ MORALES

2. -Revisión bibliográfica de la evidencia científica que exista, relacionada con el protocolo a desarrollar

Fecha inicio: 21/03/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: CARMEN MARIA AMADOR FERNANDEZ DE SIMÓN

3. -Puesta en común de lo hallado y aportación de ideas para el posterior desarrollo de un protocolo

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: MARIA ALLEPUZ LÓPEZ

4. -Desarrollo del proyecto

Fecha inicio: 10/10/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: JAVIER BARA MONREAL, MARÍA JESÚS FÚNEZ APARICIO

5. -Revisión y consenso por parte de las unidades quirúrgicas

Fecha inicio: 10/04/2023

Fecha final.: 05/05/2023

Responsable.: MERCEDES BLASCO BORDEJÉ

6. -Plan formativo para la implantación del proyecto

-Implantación del mismo

Fecha inicio: 15/05/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#963

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO E IMPANTACION DEL PROTOCOLO DE RECUENTO DE MATERIAL UTILIZADO EN PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: DIANA TEJERO SAMPERÍZ, SILVIA DELMÁS VELLOSILO

7. -Conclusión, análisis y evaluación de los resultados

Fecha inicio: 06/11/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: TODOS LOS PARTICIPANTES

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de profesionales que reciben la formación sobre este protocolo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales que reciben la formación

Denominador .....: Total de profesionales del la unidad quirúrgica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Programa de gestión de personal

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de pacientes en los que se detecta una incidencia relacionada con el contaje de material

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes en los que se detecta la incidencia

Denominador .....: Número de pacientes intervenidos en la unidad en los que se realiza el contaje

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Estadísticas de actividad quirúrgicas

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todo tipo de patologías susceptibles de intervención quirúrgica.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1041

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS ADAPTADOS A QR

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1041 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BAQUEDANO GARCIA SONIA

Título  
IMPLANTACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS ADAPTADOS A QR

Colaboradores/as:  
BELLOSO ROMERO MARIA PILAR  
GARCIA LATASA DE ARANIBAR BEATRIZ  
MOTILVA RUIZ BEGOÑA  
PALOMO GARCIA MARIA DEL MAR  
ZAPATER PLANA MARIOLA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO HOSPITAL GENERAL

Línea estratégica: Seguridad Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
LA EVOLUCIÓN CONSTANTE DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y LA TECNIFICACIÓN DE LOS MISMOS HACE IMPRESCINDIBLE LA FORMACIÓN DEL PERSONAL TANTO DEL HABITUAL COMO EL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LOS NUEVOS APARATAJES Y TÉCNICAS.

ÁREAS DE MEJORA  
ESTANDARIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO.  
FLUJO DE INFORMACIÓN .  
FORMACIÓN DEL PERSONAL.

ANÁLISIS DE CAUSAS  
PORCENTAJE ELEVADO DE ROTACIÓN DE PERSONAL EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO .  
ELEVADO PORCENTAJE DE PERSONAL NUEVO.  
RENOVACIÓN CONSTANTE DE PLANTILLA.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
FACILITAR LA INCORPORACIÓN DEL PERSONAL NUEVO.  
AUMENTAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y AUTONOMÍA DEL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRÚRGICO.  
UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACIÓN.  
INCREMENTAR LA SEGURIDAD DEL PROFESIONAL Y CON ELLA LA DEL PACIENTE.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. CONSTITUCIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/07/2022

Responsable.: MARIA DEL MAR PALOMO GARCÍA

2. PUESTA EN COMÚN Y CONSENSO SOBRE LAS FORMAS DE IMPLANTACIÓN Y FORMACIÓN DEL PROYECTO PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/11/2022

Responsable.: BEATRIZ GARCIA LATASA DE ARANIBAR

3. PLAN DE ACCIÓN Y CALENDARIZACIÓN DE LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO

Fecha inicio: 21/11/2022

Fecha final.: 20/01/2023

Responsable.: BEGOÑA MOTILVA RUIZ

4. SESIONES FORMATIVAS E IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO QR

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 15/06/2023

Responsable.: MARIOLA ZAPATER PLANA

5. CONCLUSIÓN ,ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Fecha inicio: 19/06/2023

Fecha final.: 22/12/2023

Responsable.: MARIA PILAR BELLOSO ROMERO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1041

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS ADAPTADOS A QR

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % DE PROFESIONALES QUE RECIBEN LA FORMACIÓN SOBRE ESTE PROTOCOLO

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº DE PROFESIONALES QUE RECIBEN LA FORMACIÓN

Denominador .....: TOTAL DE PROFESIONALES DE LA UNIDAD

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PROGRAMA DE GESTIÓN DE PERSONAL

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 71.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. ENCUESTA DE SATISFACIÓN DEL PERSONAL

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: USUARIOS SATISFECHOS

Denominador .....: USUARIOS TOTALES

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ENCUESTA DE SATISFACIÓN

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> PROFESIONALES QUE REALIZAN SU TRABAJO EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1044

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS ADAPTADOS A QR

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1044 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LUIS LOBERA SARA

Título  
IMPLANTACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS ADAPTADOS A QR

Colaboradores/as:  
BERNA MORENO BEGOÑA  
CARDIL REDONDO MARIA ALBA  
CAZALLA ESCRIVA SONIA  
PRADAS OTAL ESTER MONICA  
REMACHA ESTERAS MARIA LUZ

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO HOSPITAL GENERAL

Línea estratégica: Seguridad Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
LA EVOLUCION CONSTANTE DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y LA TECNIFICACION DE LOS MISMOS HACE IMPRESCINDIBLE LA FORMACION DEL PERSONAL, TANTO DEL HABITUAL COMO EL DE NUEVA INCORPORACION, EN LOS APARATAJES Y TECNICAS.

ÁREAS DE MEJORA  
ESTANDARIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO.  
FLUJO DE INFORMACION.  
FORMACION DEL PERSONAL.

ANALISIS DE CAUSAS  
PORCENTAJE ELEVADO DE ROTACION DE PERSONAL EN EL BLOQUE QUIRURGICO.  
ELEVADO PORCENTAJE DE PERSONAL NUEVO.  
RENOVACION CONSTANTE DE PLANTILLA.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
FACILITAR LA INCORPORACION DEL PERSONAL NUEVO.  
AUMENTAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y AUTONOMIA DEL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRURGICO.  
UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACION.  
INCREMENTAR LA SEGURIDAD DEL PROFESIONAL Y CON ELLA LA DEL PACIENTE.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. CONSTITUCION DEL GRUPO DE TRABAJO  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 15/07/2022  
Responsable.: ALBA CARDIL REDONDO

2. PUESTA EN COMUN Y CONSENSO SOBRE LAS FORMAS DE IMPLANTACION Y FORMACION DEL PROYECTO PARA EL PERSONAL DE LA UNIDAD  
Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/11/2022  
Responsable.: MONICA PRADAS OTAL

3. PLAN DE ACCION Y CALENDARIZACION DE LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO  
Fecha inicio: 21/11/2022  
Fecha final.: 20/01/2023  
Responsable.: BEGOÑA BERNA MORENO

4. SESIONES FORMATIVAS E IMPLANTACION DEL PROYECTO QR  
Fecha inicio: 01/02/2023  
Fecha final.: 15/06/2023  
Responsable.: LUZ REMACHA ESTERAS

5. CONCLUSIONES, ANALISIS Y EVALUACION DE RESULTADOS  
Fecha inicio: 19/06/2023  
Fecha final.: 22/12/2023  
Responsable.: SONIA CAZALLA ESCRIVA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1044

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS ADAPTADOS A QR

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % DE PROFESIONALES QUE RECIBEN LA FORMACION SOBRE ESTE PROTOCOLO

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° DE PROFESIONALES QUE RECIBEN LA FORMACION

Denominador .....: TOTAL DE PROFESIONALES DE LA UNIDAD

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PROGRAMA DE GESTION DE PERSONAL

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 71.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PERSONAL

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: USUARIOS SATISFECHOS

Denominador .....: USUARIOS TOTALES

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ENCUESTA DE SATISFACCION

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> PROFESIONALES QUE REALIZAN SU TRABAJO EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1052

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS ADAPTADOS A QR

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1052 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DIEST PINA PAULA

Título  
IMPLANTACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS ADAPTADOS A QR

Colaboradores/as:  
ABANSES ANGOS PATRICIA  
GARCIA PRIETO ELISA  
MARTINEZ SERRANO RAQUEL  
MONTAÑES LATORRE ANA  
SERRANO BERITENS M. CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO HOSPITAL GENERAL

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La evolución constante de los procedimientos quirúrgicos y la tecnificación de los mismo hace imprescindible la formación del personal, tanto del habitual como el de nueva incorporación, en los aparatajes y técnicas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Estandarización de los cuidados de enfermería en el bloque quirúrgico.  
Flujo de información.  
Formación del personal

#### ANALISIS DE CAUSAS

Porcentaje elevado de rotación de personal en el bloque quirúrgico .  
Elevado porcentaje de personal nuevo.  
Renovación constante de plantilla.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Facilitar la incorporación del personal nuevo.  
Aumentar el nivel de conocimiento y autonomía del personal del bloque quirúrgico.  
Unificar criterios de actuación.  
Incrementar la seguridad del profesional y con ella el paciente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Constitución del grupo de trabajo

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 15/07/2022  
Responsable.: Cristina Aerrano Beritens

#### 2. Puesta en común y consenso sobre las formas de implantación y formación del proyecto para el personal de la unidad

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/11/2022  
Responsable.: Elisa García Prieto

#### 3. Plan de acción y calenderización de la puesta en marcha del proyecto

Fecha inicio: 21/11/2022  
Fecha final.: 20/01/2023  
Responsable.: Ana Montañés Latorre

#### 4. Sesiones formativas del implantación del proyecto QR

Fecha inicio: 01/02/2023  
Fecha final.: 15/06/2023  
Responsable.: Patricia Abanses Angos

#### 5. Conclusiones, análisis y evaluación de resultados

Fecha inicio: 19/06/2023  
Fecha final.: 22/12/2023  
Responsable.: Raquel Martínez Serrano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1052

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS ADAPTADOS A QR

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de profesionales que reciben la formación sobre este protocolo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de profesionales que reciben la formación

Denominador .....: Total de profesionales de la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Programa de gestión de personal

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 71.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Encuesta de satisfacción del personal

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Usuarios totales

Denominador .....: Encuesta de satisfacción

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Profesionales que realizan su trabajo en el bloque quirúrgico

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#944

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION CODIGOS QR PARA VERIFICACION DEL EQUIPO QUIRURGICO POR INTERVENCION

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#944 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOPEZ ZAPATER BEGOÑA

Título  
ELABORACION CODIGOS QR PARA VERIFICACION DEL EQUIPO QUIRURGICO POR INTERVENCION

Colaboradores/as:  
SIERRA GARCIA MARIA DIVINA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Línea estratégica: Seguridad Clínica

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
Dada la extrema urgencia de determinadas intervenciones del quirófano de urgencias de obstetricia y ginecología, y el constante movimiento de personal, surge la necesidad de crear un instrumento que facilite el trabajo y la rápida intervención del personal.

**ÁREAS DE MEJORA**  
Falta de formación del personal.  
Rapidez de intervención.

**ANÁLISIS DE CAUSAS**  
Continuo movimiento del mismo.  
Extrema urgencia de las intervenciones que se realizan en este servicio.

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
Facilitar la rápida actuación mediante el acceso fácil a los códigos QR y la formación del máximo personal posible.

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Listar los procedimientos de la especialidad

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 02/11/2022  
Responsable.: Begoña López Zapater

2. Descripción de caja/as,aparataje,instrumental suelto,material fungible y suturas de cada procedimiento y adecuarlo al formato word  
Fecha inicio: 03/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Begoña López Zapater

3. Crear el código QR con control de visualizaciones (un QR por procedimiento) y el formato definitivo en modelo cartel

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 15/12/2022  
Responsable.: Begoña López Zapater

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

**INDICADORES Y EVALUACIÓN.** (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de QR visualizados en intervenciones.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N.º de intervenciones en las que se utilizó el código QR  
Denominador .....: nº total de intervenciones realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro informático  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#944

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION CODIGOS QR PARA VERIFICACION DEL EQUIPO QUIRURGICO POR INTERVENCION

2. Personal formado acerca del uso de los códigos QR.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° personal formado

Denominador .....: N° total de personal en plantilla

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja registro asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#253

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES INGRESADOS A CAUSA DE PATOLOGÍA TRAUMATOLOGICA URGENTE Y LA OPTIMIZACION DE LA OCUPACION DE LOS QUIROFANOS DE LA UNIDAD DE FRACTURAS

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#253 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ARNAUDAS CASANUEVA MARIA

Título  
PROYECTO DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES INGRESADOS A CAUSA DE PATOLOGÍA TRAUMATOLOGICA URGENTE Y LA OPTIMIZACION DE LA OCUPACION DE LOS QUIROFANOS DE LA UNIDAD DE FRACTURAS

Colaboradores/as:  
ANGULO TABERNEIRO MARINA  
ESPAÑA FERNANDEZ DE VALDERRAMA SARA  
FLORIA ARNAL LUIS JAVIER  
GARCIA CALVO VERONICA  
MACHO MIER MARIA  
MASA LASHERAS MARIA ELENA  
MATEO MONENTE LAURA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO TRAUMATOLOGIA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la Unidad de Fracturas, el mayor porcentaje de pacientes ingresa a través del Servicio de Urgencias, a diferencia del resto de secciones del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, cuyas intervenciones se realizan fundamentalmente de manera programada.

En el segundo caso, los pacientes son valorados en la consulta de Anestesiología, pasando por un proceso de optimización, en el que se toman las medidas pertinentes para que lleguen en las mejores condiciones posibles a la intervención. De esta manera, es infrecuente que en los pacientes programados se suspenda la intervención por motivos médicos.

Por el contrario, en los pacientes ingresados de forma urgente, dichas suspensiones ocurren con cierta frecuencia, a pesar de las medidas tomadas durante el ingreso y hasta la intervención. Esto es debido a que un elevado porcentaje de estos pacientes presentan comorbilidades que requieren de un abordaje multidisciplinar de su patología. Dichos pacientes son valorados por la Unidad de Apoyo a Servicios Quirúrgicos de Medicina Interna, logrando en muchos casos, en conjunto con los anestesiólogos y los traumatólogos, llegar a la intervención en condiciones óptimas. En otros casos, ya sea por la propia fragilidad del paciente o por la imposibilidad para la adecuación del estado del paciente debido a la programación quirúrgica precoz, se produce la suspensión de la intervención por parte del equipo de anestesia.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disponibilidad de tiempo quirúrgico no ocupada de manera óptima

#### ANALISIS DE CAUSAS

Suspensiones de intervenciones quirúrgicas por motivos médicos difíciles de prever y evitar por tratarse de pacientes ingresados con patología urgente y a menudo con fragilidad asociada a importantes comorbilidades. Imposibilidad de aprovechar el intervalo de tiempo de quirófano que ha quedado disponible tras una suspensión por no encontrarse en ayunas los pacientes que cumplirían requisitos para ser intervenidos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Optimizar la ocupación y, con ello, la disponibilidad de quirófanos dedicados a fracturas y patología urgente programada.

Minimizar el tiempo de ingreso hospitalario a la espera de intervención quirúrgica en pacientes que sean aptos para la misma en un determinado momento

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Retrasar el horario de desayuno de aquellos pacientes que estén a la espera de intervención quirúrgica. Se demoraría la primera ingesta de líquidos y sólidos a las 9:30 a.m.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: María Arnaud Casanueva y Elena Masa Lasheras

2. En caso de que a lo largo de la tarde se incluyan nuevos pacientes en el parte, se avise al equipo de anestesia de guardia, para garantizar la valoración de los pacientes programados al día siguiente

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: María Macho Mier y Marina Angulo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#253

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES INGRESADOS A CAUSA DE PATOLOGÍA TRAUMATOLOGICA URGENTE Y LA OPTIMIZACION DE LA OCUPACION DE LOS QUIROFANOS DE LA UNIDAD DE FRACTURAS

3. En pacientes diabéticos se indicaría realización de test de glucosa capilar a las 8 a.m. con la aplicación del protocolo indicado por el S. de Endocrinología, ajustando insulina o sueroterapia

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/12/2022

Responsable.: Sara España y Laura Mateo Monente

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Retrasar el horario de desayuno de aquellos pacientes que estén a la espera de intervención quirúrgica. Se demoraría la primera ingesta de líquidos y sólidos a las 9:30 a.m.  
Incrementar la comunicación con el Servicio de Anestesia. Hasta la fecha se facilita un documento con el parte de intervenciones previstas al día siguiente. Dado que se trata de quirófanos disponibles para patología urgente, es frecuente que a lo largo de la tarde puedan producirse cambios en dicho parte, ya sea por el ingreso de nuevos pacientes o por las incidencias que puedan presentar los pacientes ya programados que impliquen demorar su intervención. Se propone en este proyecto que, en caso de que a lo largo de la tarde se incluyan nuevos pacientes en el parte, se avise al equipo de anestesia de guardia, para garantizar la valoración de todos los pacientes programados al día siguiente.  
Demorando el desayuno de los pacientes es factible que, en caso de que se produzca una suspensión a pesar de las medidas tomadas, otro paciente pueda beneficiarse de la disponibilidad de quirófano acaecida, si este se encuentra en las condiciones idóneas para ser intervenido. Esta medida es esencial ya que, en muchas ocasiones se contacta con la planta de hospitalización para sustituir al paciente suspendido por otro pendiente de cirugía, el cual no puede ser intervenido por no encontrarse en dieta absoluta. El mayor porcentaje de las suspensiones por motivos médicos se producen entre las 8 a.m. y las 9:30 a.m., periodo en el cual se obtienen resultados de analíticas extraídas a primera hora de la mañana para la última valoración preoperatoria por parte de los anestesiólogos. Generar comunicación activa con el personal de enfermería de la planta para garantizar la adecuada regulación de niveles de glucosa en pacientes diabéticos por el tiempo algo más prolongado de ayuno. En dichos pacientes se indicaría realización de test de glucosa capilar a las 8 a.m. con la aplicación del protocolo indicado por el Servicio de Endocrinología, ajustando pautas de insulina o sueroterapia.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Incremento

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de quirófanos con intervenciones suspendidas que implican un aprovechamiento insuficiente de los mismos, al no poder sustituirse el paciente suspendido por otro, entre septiembre y diciembre de 2022

Denominador .....: nº de quirófanos con intervenciones suspendidas que implican un aprovechamiento insuficiente de los mismos, al no poder sustituirse el paciente suspendido por otro, entre julio y agosto de 2022

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Partes de suspensión de quirófanos

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.90

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.80

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

#### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se comparará el grado de aprovechamiento del tiempo quirúrgico disponible en quirófanos de mañana destinados a fracturas antes y después de la instauración del proyecto de mejora.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#826

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN CIRUGÍA PLASTICA ADAPTADO EN FORMATO QR

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#826 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RODRIGUEZ GRANDE ROSA MARIA

Título  
DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN CIRUGÍA PLASTICA ADAPTADO EN FORMATO QR

Colaboradores/as:  
DONLO HERNANDEZ EVA MARIA  
MARZO MOLES MARIA  
MARZO MOLES PILAR  
MONTAÑES MARIN EVA MARIA  
ROMERA BELTRAN ANA CRISTINA  
ROS LLOP TERESA  
TOLOSA CARRILLO MARIA PILAR ASCEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO TRAUMATOLOGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Los proyectos son necesarios para firmar el acuerdo de gestión.  
Serían de gran utilidad para mejorar el trabajo del equipo y la actividad en el quirófano.

ÁREAS DE MEJORA  
Estandarizar los cuidados de enfermería en el quirófano

ANALISIS DE CAUSAS  
Las jornadas las tenemos ocupadas de principio a fin con trabajo dentro del quirófano, por lo que no tenemos tiempo para reunirnos y comunicar las nuevas técnicas que se van implantando por el avance de la tecnología. Mejorar los conocimientos en procesos quirúrgicos que no hacemos habitualmente.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
- Facilitar al personal de nueva incorporación la formación de los diferentes procesos quirúrgicos.  
- Actualizar al personal con los conocimientos de los nuevos procedimientos que se vayan implantando.  
- Mejorar la seguridad del paciente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión: toma de contacto y detectar las áreas de mejora.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Rosa María Rodríguez Grande

2. Diversas reuniones: realización del proyecto.  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/09/2024  
Responsable.: Rosa María Rodríguez Grande

3. Evaluación del proyecto  
Fecha inicio: 01/10/2024  
Fecha final.: 31/12/2024  
Responsable.: Rosa María Rodríguez Grande

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % profesionales que participan en la reunión  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº profesionales que participan en la reunión  
Denominador .....: nº profesionales en el servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Programa GPT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#826

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN CIRUGÍA PLASTICA ADAPTADO EN FORMATO QR

Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. % procedimientos recogidos

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº fichas para realizar QR  
Denominador .....: nº fichas recogidas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Fichas por especialidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. % resultados obtenidos-deseados

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº procedimientos realizados  
Denominador .....: nº procedimientos planificados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Fichas realizadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 4. % satisfacción del profesional con el uso del QR

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: nº profesionales que consulta el QR  
Denominador .....: nº profesionales en el servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Mejorar los conocimientos de las enfermeras/os.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#856

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN QUIROFANO DE URGENCIAS BLOQUE A ADAPTADO A FORMATO QR

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#856 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALVAREZ RUIZ JULIA

Título  
DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN QUIROFANO DE URGENCIAS BLOQUE A ADAPTADO A FORMATO QR

Colaboradores/as:  
BUISAN FRANCO MARIA CARMEN  
CAVERO DIVASSONN MARIA PILAR  
FRANCO LACASA SUSANA ANTONIA  
MINDEGUIA ECHANDI PILAR  
PRADO MONGE RAFAEL  
VILLAMON MARTIN RAQUEL  
VILLEN ANTON ASCENSION

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO TRAUMATOLOGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Los proyectos son necesarios para firmar el acuerdo de gestión.  
Sirven para mejorar la calidad dentro del quirófano.

ÁREAS DE MEJORA  
Estandarizar los cuidados de enfermería dentro del quirófano.

ANALISIS DE CAUSAS  
No encontrar momento para reunirnos para hacerlo, por las circunstancias del servicio.  
Mejorar conocimientos en los diversos procesos quirúrgicos.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Facilitar al personal de nueva incorporación la formación en los diversos procesos quirúrgicos.  
Facilitar al personal de las diversas especialidades el conocimiento de los procesos que no realiza habitualmente.  
Mejorar la seguridad del paciente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Primera reunión de toma de contacto del equipo.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Julia Alvarez Ruiz

2. Varias reuniones de trabajo  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2024  
Responsable.: Julia Alvarez Ruiz

3. Reunión de evaluación del proyecto  
Fecha inicio: 04/11/2024  
Fecha final.: 29/11/2024  
Responsable.: Julia Alvarez Ruiz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. %profesionales que participan en la reunión  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº profesionales que participan en la reunión  
Denominador .....: nº profesionales en el servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Programa GPT

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#856

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN QUIROFANO DE URGENCIAS BLOQUE A ADAPTADO A FORMATO QR

Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % procedimientos recogidos  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador ..: n° de fichas para realizar QR  
Denominador ..: n° de fichas recogidas  
x(1-100-1000) ..: 100  
Fuentes de datos.: Fichas por especialidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % resultados obtenidos - deseados  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador ..: n° procedimientos realizados  
Denominador ..: n° procedimientos planificados  
x(1-100-1000) ..: 100  
Fuentes de datos.: Fichas realizadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % satisfacción del profesional con el QR  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador ..: n° de profesionales que consulta el QR  
Denominador ..: n° profesionales del servicio  
x(1-100-1000) ..: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todo proceso quirúrgico urgente.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#858

### 1. TÍTULO

#### REVISION E IMPLANTACION PROTOCOLO DE DISMINUCION DE RIESGOS ELECTROQUIRURGICOS

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#858 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
JIMENO JIMENEZ NOELIA

Título  
REVISION E IMPLANTACION PROTOCOLO DE DISMINUCION DE RIESGOS ELECTROQUIRURGICOS

Colaboradores/as:  
ESPIAGO GRACIA AGUSTIN  
FRAJ RUBIO VICTORIA  
JUAN ALEJANDRE ANDREA  
MARTIN SANCHEZ M. ISABEL  
PEREZ USON MARIA MILAGROS

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO TRAUMATOLOGIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los equipos electromédicos son unos de los elementos claves para el desarrollo de la actividad asistencial dentro del bloque quirúrgico. Es por ello que tenga una gran importancia en conocer la correcta utilización de estos equipos, la diversidad de sus funciones, los diferentes efectos que tienen sobre los pacientes a los que atendemos, así como el abanico de incompatibilidades que pueden verse comprometidas. Todo ello con el objetivo de realizar un plan de cuidados de enfermería seguro y de calidad para todos los pacientes atendidos en nuestra unidad asistencial.

#### ÁREAS DE MEJORA

Definir el funcionamiento de los tipos de unidades electroquirúrgicas y ámbito de utilización.  
Establecer plan de cuidados enfermería en términos de seguridad asistencial.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de conocimiento de la funcionalidad de cada una de la unidades y repercusión sobre los pacientes .  
Falta de conocimiento de sus usos ante casos especiales (DAI, I.Coclear, Marcapasos, Doble campo... )

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Unificar criterios de actuación sobre los cuidados de enfermería proporcionados a todos los pacientes sometidos a intervención quirúrgica.  
Minimizar los posibles riesgos asociados a la utilización de los aparatos electroquirúrgicos.  
Aumentar el nivel de conocimientos del personal que trabaja en el Bloque quirúrgico, sobre la utilización de aparataje empleado.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Revisión del protocolo actual

Fecha inicio: 12/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Milagros Perez Usón

#### 2. Actualización del mismo en base a los nuevos equipos incorporados en el bloque quirúrgico y posibles interacciones

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 04/11/2022  
Responsable.: Agustín Espiago

#### 3. Modificación del contenido

Fecha inicio: 14/11/2022  
Fecha final.: 09/01/2023  
Responsable.: Victoria Fraj y Noelia Jimeno

#### 4. Plan formativo calendarizado en la Unidad Asistencial

Fecha inicio: 06/02/2023  
Fecha final.: 21/07/2023  
Responsable.: Maribel Martín y Andrea Juan

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#858

### 1. TÍTULO

#### REVISION E IMPLANTACION PROTOCOLO DE DISMINUCION DE RIESGOS ELECTROQUIRURGICOS

1ª y 2ª memoria)

1. % de profesionales del Bloque quirúrgico que reciben formación sobre este Protocolo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de profesionales de enfermería del bloque quirúrgico que reciben formación sobre este protocolo

Denominador .....: Total de profesionales del bloque quirúrgico

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Dirección Enfermería HUMS

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de profesionales del Bloque quirúrgico que aplican correctamente el Protocolo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de profesionales de enfermería del bloque quirúrgico que aplican correctamente este protocolo

Denominador .....: Total de profesionales del bloque quirúrgico

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Dirección Enfermería HUMS

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de usuarios que sufren una quemadura a la salida del Bloque quirúrgico

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de pacientes que sufre una quemadura derivada de problemas electroquirúrgicos

Denominador .....: Total de pacientes atendidos en el bloque quirúrgico

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Programación quirúrgica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todos los pacientes

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#873

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN TRAUMA ADAPTADO A FORMATO QR

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#873 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RUBIO FERNANDEZ RAQUEL

Título  
DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN TRAUMA ADAPTADO A FORMATO QR

Colaboradores/as:  
BADESA PEÑA ANA ISABEL  
BRICIO MEDRANO CARMEN  
RIVAS ARAGON MARIA  
ROYO DIAZ SARA  
SAGARDOY MUNIESA LORENA MARIA  
VALENTIN FRANCOS ALBERTO JAVIER  
VERGARA GONZALEZ SARA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO TRAUMATOLOGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Los proyectos son necesarios para firmar el acuerdo de gestión.  
Su utilidad mejora la actividad dentro del quirófano.

ÁREAS DE MEJORA  
Estandarización de los cuidados de enfermería en el quirófano.

ANALISIS DE CAUSAS  
Nuestras jornadas laborales estan completas de principio a fin, no tenemos tiempo para reunirnos y comentar los cambios en procedimientos, técnicas y apartaje debido a las constantes actualizaciones.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
- Facilitar al personal de nueva incorporación las tareas a realizar en los diferentes procesos quirúrgicos.  
- Mejorar la seguridad del paciente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión toma de contacto con el equipo, detectar las áreas de mejora y puntos débiles.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Raquel Rubio Fernandez

2. Varias reuniones de trabajo para la realización del proyecto

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Raquel Rubio Fernandez

3. Conclusión, evaluación y resultados esperados

Fecha inicio: 01/12/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Raquel Rubio Fernandez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % profesionales que participan en la reunión

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº profesionales que participan en la reunión

Denominador .....: nº de profesionales en el servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: programa GPT

Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#873

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN TRAUMA ADAPTADO A FORMATO QR

##### 2. % procedimientos recogidos

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: n° de fichas para realizar QR  
Denominador .....: n° de fichas recogidas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Fichas por especialidad010  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. % resultado obtenidos- deseados

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: n° de procedimientos realizados  
Denominador .....: n° procedimientos planificados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Fichas realizadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 4. % satisfacción del profesional con el uso del QR

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: n° de profesionales que consulta el QR  
Denominador .....: n° de profesionales en el servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Procesos quirúrgicos en la especialidad de traumatología.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#876

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN NEUROCIRUGÍA ADAPTADO A FORMATO QR

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#876 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
BORDONADA BAILON JORGE

Título  
DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN NEUROCIRUGÍA ADAPTADO A FORMATO QR

Colaboradores/as:  
ANGULO ESPINOSA SAGRARIO  
BOLAÑOS AREVALO KARIN DEL ROCIO  
GLARIA GIMENO EVA  
GOMEZ GONZALEZ MARIA CRUZ  
GRACIA PUERTOLAS VANESA  
LOPEZ RAMOS MARTA  
YUBERO MORALES ANA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO TRAUMATOLOGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Los proyectos son necesarios para firmar el acuerdo de gestión.  
Su utilidad mejora la actividad dentro de quirófano, la calidad del servicio y la seguridad del paciente.

ÁREAS DE MEJORA  
Estandarización de los cuidados de enfermería

ANALISIS DE CAUSAS  
Debido a la constante actualización de técnicas, procedimientos, material y la rotación del personal es útil una guía para garantizar la homogeneidad de los cuidados a cada paciente

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Garantizar la seguridad del paciente.  
Facilitar al personal de nueva incorporación las tareas en los diferentes quirófanos

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión de toma de contacto con el equipo, brainstorming, matriz DAFO para detectar posibles mejoras, puntos débiles y puntos fuertes  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Jorge Bordonada Bailón

2. Seguimiento del proyecto y evaluación continua en diferentes reuniones  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2023  
Responsable.: Jorge Bordonada Bailón

3. Conclusión, evaluación resultados esperados  
Fecha inicio: 01/12/2023  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Jorge Bordonada Bailón

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de profesionales que participa en la reunión  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de profesional que participan en la reunión  
Denominador .....: N° de profesionales en el servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Programa GPT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#876

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN NEUROCIRUGÍA ADAPTADO A FORMATO QR

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de procedimientos recogidos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de fichas para realizar QR

Denominador .....: N° de fichas recogidas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Fichas por especialidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de resultados obtenidos-deseados

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° procedimientos realizado

Denominador .....: N° procedimientos planificados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Fichas realizadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Porcentaje de satisfacción con el uso de QR

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° profesionales que consulta el QR

Denominador .....: N° de profesionales en el servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Procesos quirúrgicos de la especialidad de neurocirugía

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#938

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN ORL Y MAXILOFACIAL ADAPTADO A FORMATO QR

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#938 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AGUAVIVA MARCUELLO BEATRIZ

Título  
DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN ORL Y MAXILOFACIAL ADAPTADO A FORMATO QR

Colaboradores/as:  
ALONSO ARQUED RAQUEL  
ARJOL GARCIA LUIS  
CALVO LOPEZ MARIA TERESA  
CEA VAQUERO PILAR AINARA  
CISNEROS LARREA LAURA  
DELGADO ALCALDE CRISTINA  
HERNANDO PEREZ ESTEFANIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO TRAUMATOLOGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Los proyectos son necesarios para firmar el acuerdo de gestión  
Sirven para mejorar la calidad y la seguridad del paciente dentro del quirófano

ÁREAS DE MEJORA  
Estandarizar los cuidados de enfermería dentro del quirófano  
Mejorar conocimientos en diversos procesos quirúrgicos que no se hacen normalmente y en ocasiones hay que asumir

ANALISIS DE CAUSAS  
No encontramos momento , por la singularidad del quirófano en si , para juntarnos y hacer puestas en comun

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Facilitar al personal de nueva incorporacion, formacion en los diferentes procesos quirúrgicos  
Facilitar la formacion y reciclaje al personal en aquellos procesos que no se realizan habitualmente  
Mejorar la seguridad del paciente

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones iniciales para localizar las áreas de mejora y puntos débiles  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Beatriz Aguaviva Marcuello

2. Diversas reuniones de trabajo para poner en marcha en proyecto  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2024  
Responsable.: Beatriz Aguaviva Marcuello

3. Reuniones de revision , satisfacion y evaluacion  
Fecha inicio: 04/11/2024  
Fecha final.: 31/12/2024  
Responsable.: Beatriz Aguaviva Marcuello

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. %profesionales que participan en la reunion  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº profesionales que participan en la reunion  
Denominador .....: nº profesionales en el servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Programa GPT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#938

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO Y UNIFICACION DE FICHAS QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS EN ORL Y MAXILOFACIAL ADAPTADO A FORMATO QR

Est.Mín.2ª Mem ..: 35.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. %procedimientos recogidos  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº fichas para realizar QR  
Denominador .....: nº fichas recogidas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: fichas por especialidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. %resultados obtenidos-deseados  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº procedimientos realizados  
Denominador .....: nº procedimientos planificados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: fichas realizadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. %satisfaccion del profesional con el uso del QR  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: nº de profesionales que consulta el QR  
Denominador .....: nº profesionales en el servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 55.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Procesos quirúrgicos de las especialidades de otorrino y maxilofacial

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1227

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE FORMACION PRACTICA EN MOVILIZACION AL PACIENTE FOC

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1227 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MONGE VAZQUEZ ALEJANDRA

Título  
TALLER DE FORMACION PRACTICA EN MOVILIZACION AL PACIENTE FOC

Colaboradores/as:  
BRUALLA RODRIGUEZ ALMUDENA  
MARTINEZ CABRIADA SUSANA  
MORALES SALAZAR ISABEL  
RUEDA MARTIN BELEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO TRAUMATOLOGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La sistematización en la movilización de los pacientes FOC de todo el personal de la unidad, incluido el personal de nueva incorporación, se perfila como un estándar de calidad y aumento de la seguridad del paciente. La integración por parte del personal de pautas básicas de movilización y su difusión a los familiares fomenta el empoderamiento de las familias en el manejo de pacientes FOC.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la formación del personal en la movilización del paciente

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Continúa rotación de profesionales en la unidad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Aprendizaje en la movilización del paciente FOC para personal de la planta y personal de nueva incorporación a la unidad

Minimizar el disconfort del paciente en la movilización rutinaria en planta del paciente FOC

Aprendizaje y fomento de las pautas básicas en la movilización del paciente para difusión a los familiares.

Empoderamiento de las familias

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Talleres de formación para el personal TCAE de la unidad

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Alejandra Monge Vazquez

2. Elaboración videos explicativos

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Belen Rueda Martin

3. Realización encuestas de Satisfacción

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Almudena Brualla Rodriguez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Numero de talleres realizados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de profesionales TCAE que recibe la formación

Denominador .....: Total de TCAEs que pertenecen a la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recogida de firmas en la realización del taller

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1227

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE FORMACION PRACTICA EN MOVILIZACION AL PACIENTE FOC

#### 2. Satisfacion del personal

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de encuestas con nivel de satisfacion positiva

Denominador .....: Total de encuestas recibidas

$\times(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta anonima tras la realizacion del taller

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#817

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PREVENCION SECUNDARIA

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#817 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MIÑANO OYARZABAL ANTONIO

Título  
OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PREVENCION SECUNDARIA

Colaboradores/as:  
ALONSO VENTURA VANESA  
ALVAREZ ROY LAURA  
CERDAN FERREIRA LUIS  
CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS  
LASALA ALASTUEY MARIA  
SALAZAR GONZALEZ JOSE JAVIER  
SANTAMARIA LUNA EVA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Gracias a la terapia de revascularización coronaria percutánea emergente y la atención extrahospitalaria del síndrome coronario agudo (SCA), la mortalidad en fase aguda se ha reducido de forma considerable durante los últimos años. Sin embargo, la tasa de recurrencias de nuevos eventos isquémicos no es desdeñable, lo que refleja la importancia de la optimización de las medidas terapéuticas en prevención secundaria. El control de la concentración de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (LDLc) en pacientes con enfermedad aterosclerótica establecida sigue siendo subóptimo, lo que asocia un aumento del riesgo de complicaciones cardiovasculares que será mayor cuanto más tarde se alcancen los objetivos fijados por las guías de práctica clínica.

Existe una amplia evidencia científica acerca de la asociación del LDLc y de las lipoproteínas ricas en apolipoproteína B (Apo B) con la enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Por todo ello, las guías de práctica clínica fijan cada vez objetivos de LDLc más estrictos en prevención secundaria y adaptados al riesgo individual de cada paciente, teniendo en cuenta la gravedad de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica y la existencia de comorbilidades y otros factores de riesgo cardiovascular asociados.

Recientemente se ha definido un nuevo concepto, la dislipidemia aterogénica, que no es sino un desbalance en la proporción de partículas proaterogénicas en plasma (ricas en Apo B y triglicéridos) y aquellas ricas en apolipoproteína A-I (Apo A-I), como las lipoproteínas de elevada densidad. Esta entidad es de gran importancia clínica, dada su asociación con enfermedades altamente prevalentes en la población general como son el sobrepeso, la obesidad y el síndrome metabólico.

Las Guías de Práctica Clínica para el manejo de las dislipemias publicadas en 2019 por la Sociedad Europea de cardiología, definen al paciente de muy alto riesgo cardiovascular de la siguiente manera: "Cualquier paciente con enfermedad cardiovascular documentada, los diabéticos con daño en un órgano diana o con diabetes tipo 1 de más de 20 años de evolución o con tres o más factores de riesgo, los pacientes con insuficiencia renal avanzada, los pacientes con un SCORE = 10% de mortalidad a los 10 años y los pacientes con hipercolesterolemia familiar con otro factor de riesgo mayor quedan incluidos en este grupo". Para este subgrupo de pacientes, los objetivos de LDLc están marcados en niveles = 55 mg/dL.

Para la consecución de este objetivo, se dispone de un amplio arsenal terapéutico que no siempre es suficiente, dado que la prescripción de determinados fármacos está sujeta al cumplimiento de una serie de condiciones. Con todo ello, diferentes estudios observacionales reflejan un control deficitario del riesgo cardiovascular de perfil lipídico, con solo un tercio de sujetos coronarios dentro de objetivos terapéuticos según datos del EUROASPIRE V (en dicho estudio se requerían valores de LDLc = 70 mg/dL).

#### ÁREAS DE MEJORA

Una de las áreas de mejora más amplia la constituye la homogeneización de la terapia hipolipemiante y la terapia combinada de alta potencia para la consecución temprana de los objetivos terapéuticos.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Una de las causas más importantes de la falta de homogeneidad en el tratamiento hipolipemiante es la ausencia de un protocolo estandarizado. Otra de las causas es la falta de seguimiento temprano precoz de forma ambulatoria para determinar analíticamente el alcance de los objetivos recomendados por las Guías de Práctica Clínica en estos pacientes con el fin de fortalecer la terapia hipolipemiante.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Reducir la variabilidad interpersonal en el tratamiento hipolipemiante en pacientes con síndrome coronario agudo (infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST -IAMCEST-, infarto agudo de miocardio sin elevación del ST -IAMSEST- y angina inestable -AI-) ingresados en cardiología.
2. Evaluación del seguimiento ambulatorio en estos pacientes de muy alto riesgo cardiovascular y conocer las modificaciones en el riesgo cardiovascular de perfil lipídico tras la aplicación de este algoritmo.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#817

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PREVENCION SECUNDARIA

3. En el presente proyecto, tras el análisis de las evidencias, se proponen una serie de algoritmos para el manejo de la terapia hipolipemiante en prevención secundaria en pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo con el objetivo de lograr los niveles de LDLc marcados por las Guías de Práctica Clínica en el menor tiempo posible.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Creación de PES específico que incluya biomarcadores con el servicio de Bioquímica.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 03/09/2022

Responsable: Todos

3. Abordaje inicial del paciente que ingresa por SCA: determinación analítica que incluya perfil lipídico y biomarcadores.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/09/2023

Responsable: Luis Cerdán Ferreira, Antonio Miñano Oyarzábal, Vanesa Alonso Ventura.

4. Diseño y aplicación de algoritmo terapéutico para el abordaje hipolipemiante en fase aguda

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/09/2023

Responsable: Vanesa Alonso Ventura y Antonio Miñano Oyarzábal.

5. Comprobar la aplicación del algoritmo y evaluar posibilidades de mejora

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/09/2023

Responsable: Todos

1. Determinar el escenario clínico: valoración del riesgo cardiovascular, tratamiento previo con hipolipemiantes, LDLc al ingreso y opciones terapéuticas.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/09/2023

Responsable: Todos

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Aplicación del protocolo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes ingresados con SCA a los que se les da de alta con el tratamiento individualizado según el protocolo establecido en un tiempo determinado

Denominador .....: Total de pacientes ingresados por SCA en cardiología en un tiempo determinado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicio de Documentación Clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Aplicación del protocolo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes ingresados con SCA a los que se les da de alta con el tratamiento individualizado según el protocolo establecido en un tiempo determinado

Denominador .....: Total de pacientes ingresados por SCA en cardiología en un tiempo determinado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicio de Documentación Clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Determinación de biomarcadores en el paciente con SCA.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes ingresados con SCA a los que se les ha realizado una analítica durante el ingreso con los biomarcadores definidos en un tiempo determinado

Denominador .....: Total de pacientes ingresados en cardiología por SCA en un tiempo determinado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicio de Documentación Clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#817

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PREVENCION SECUNDARIA

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#819

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE ESTANDARIZACION Y MEJORA DEL FORMATO DE INFORME DE ALTA DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#819 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
BRUN GUINDA JOSE DAVID

Título  
PROYECTO DE ESTANDARIZACION Y MEJORA DEL FORMATO DE INFORME DE ALTA DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA

Colaboradores/as:  
BERGUA MARTINEZ CLARA  
CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS  
GONZALO PEÑA JORGE  
LOPEZ PERALES CARLOS RUBEN  
MIÑANO OYARZABAL ANTONIO  
PORTOLES OCAMPO ANA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Informe de Alta es el documento fuente que contiene la información sustancial en relación con los procesos patológicos que motivan el ingreso del paciente y surgen durante su proceso de hospitalización. Su elaboración y el acceso al mismo resultan básicos tanto para el paciente como para el resto de los profesionales sanitarios, no sólo desde el punto de vista clínico -permite conocer los diagnósticos, procedimientos realizados, tratamientos prescritos, etc- sino también por sus posibles implicaciones médico-legales (bajas laborales, incapacidades, etc).

#### ÁREAS DE MEJORA

Disponer de un modelo específico y compartido de Informe de Alta en el servicio de Cardiología puede mejorar su calidad y reducir, de forma significativa, las limitaciones derivadas de la falta de una estrategia común. Este modelo permitirá trabajar de forma estandarizada: actuará de guía presentando un formato concreto, estableciendo prioridades, aportando directrices en cuanto al tipo y modo de presentación de los datos, planteando recomendaciones claras sobre aspectos a evitar ("not to do") y acerca de información que haya de ser dirigida, de forma complementaria, al paciente.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En la actualidad, el informe de Alta se confecciona sobre modelos de formularios preestablecidos, pero existe un amplio margen para la redacción individual y gran variabilidad interpersonal. Esta falta de homogeneidad resulta en fórmulas muy diversas de exposición de la información que pueden conllevar pérdida de eficacia en la transmisión de la misma e incluso dificultades en su interpretación.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La aplicación de este formato estandarizado ofrecerá la posibilidad de reflejar contenidos de forma unificada, favoreciendo la evaluación objetiva y supondrá, como objetivo fundamental de mejora, facilitar la comunicación y la atención al paciente entre las distintas unidades intraservicio y entre los distintos niveles asistenciales (Cardiología - Primaria).

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de formato específico de informe de Alta del servicio de Cardiología

Fecha inicio: 25/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: José David Brun Guinda, Clara Bergua Martínez, Antonio Miñano Oyarzabal, Jorge Gonzalo Peña

2. Elaboración de documento informativo para paciente en cardiopatía isquémica / prevención secundaria

Fecha inicio: 25/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Maruan Carlos Chabbar Boudet

3. Elaboración de documento informativo para paciente en insuficiencia cardiaca

Fecha inicio: 25/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Ana Portolés Ocampo

4. Elaboración de documento informativo para paciente en dispositivos

Fecha inicio: 25/07/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#819

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE ESTANDARIZACION Y MEJORA DEL FORMATO DE INFORME DE ALTA DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Carlos Rubén López Perales

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes dados de alta en Cardiología con aplicación integra del nuevo formato de informe  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de pacientes dados de alta en el servicio Cardiología con aplicación integra del nuevo formato de informe  
Denominador .....: Nº de pacientes dados de alta en el servicio Cardiología  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Informes de Alta HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. Elaboración de documentos/protocolos dirigidos a mejorar la información del paciente al alta  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de documentos elaborados  
Denominador .....: Número de documentos elaborados  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Informes de Alta HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 3.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#951

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL PROCESO DE DIGITALIZACION ELECTROCARDIOGRAFICA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR HOSPITALIZADO EN EL SECTOR II

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#951 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANTAMARIA LUNA EVA

Título  
OPTIMIZACION DEL PROCESO DE DIGITALIZACION ELECTROCARDIOGRAFICA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR HOSPITALIZADO EN EL SECTOR II

Colaboradores/as:  
JAUREGUI GARRIDO BEATRIZ  
CALVO GALIANO NAIARA  
CASADO BESER MARIA  
LOPEZ PERALES CARLOS RUBEN  
LOPEZ SANGUESA DANIEL  
MACIAS MARIN LAURA  
OLORTIZ SANJUAN TERESA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El ECG es una herramienta básica y fundamental en la valoración clínica cardiológica, requisito imprescindible en la valoración preoperatoria de un paciente, así como examen de salud general y seguimiento del paciente cardiológico. Los registros obtenidos mediante las técnicas convencionales analógicas y su forma de transmisión errática mediante FAX o fotocopia dificultan la interpretación del ECG por su baja calidad. El registro obtenido en una atención urgente para su valoración posterior de manera ambulatoria en muchos otros casos este registro ni siquiera está disponible.

#### ÁREAS DE MEJORA

Digitalización del ECG en HCE para su visualización y análisis en atención primaria y especializada del Sector II. Un ECG patológico puede condicionar un ingreso hospitalario. Tramitar una interconsulta virtual de forma directa a una unidad concreta mejorando la calidad asistencial.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de aparatos preparados para la digitalización. Formación del personal para realizar dicha actividad. Incluir nuevas áreas para continuar con el proceso.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El acceso y la difusión a una prueba tan fundamental y ampliamente utilizada como el ECG entre los distintos centros y profesionales responsables de la salud. Optimizar la digitalización del ECG en el área de Hospitalización del Servicio de Cardiología, área de hospitalización de cirugía cardíaca, unidad de reanimación, así como la unidad de cuidados intensivos coronarios del HUMS. Ayudar en la toma de decisiones en base a pruebas anteriormente realizadas y diferenciar el carácter agudo o crónico de la patología. Colaborar en el manejo postoperatorio clínico de forma ambulatoria en todos aquellos pacientes que han sido intervenidos. Evitar la impresión de papel y favorecer el paso a la historia clínica totalmente informatizada. Optimizar el empleo de la interconsulta virtual como gestor de consultas virtuales y presenciales. Favorecer el seguimiento del paciente y mejorar la continuidad de cuidados por parte de enfermería en unidades especializadas, como la de insuficiencia Cardíaca, arritmias y/o marcapasos dotadas en la actualidad de consulta de enfermería de seguimiento del paciente crónico. Desarrollar una atención sistemática del paciente crónico mediante los registros seriados. Potenciar la política sanitaria de la comunidad autónoma basada en la mejora de la eficiencia y avance en la modernización y la innovación. Incorporación de tecnologías que mejoren la calidad de servicios prestados. Atención Especializada del sector II.  
ECGs Plantas de Hospitalización General.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Es necesaria la identificación del paciente por el AR, paso que es imprescindible para que el ECG llegue a su Historia Clínica  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/07/2023  
Responsable.: Eva Santamaria Luna

2. Optimizar la digitalización en las áreas de REA, hospitalización de Cardiología y Hospital de día de Insuficiencia Cardíaca  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/07/2023  
Responsable.: Teresa Oloriz Sanjuan

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#951

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL PROCESO DE DIGITALIZACION ELECTROCARDIOGRAFICA EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR HOSPITALIZADO EN EL SECTOR II

3. Implementar la digitalización con las áreas como Uci coronaria y Cirugía Cardiaca

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Laura Macías Marín

4. La difusión se va realizar a través de sesiones clínicas de la unidad y la formación se va realizar en cada una de las áreas respondiendo a las necesidades de cada una de ellas.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Naiara Calvo Galiano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de ECG digitalizados realizados en el último trimestre del proyecto (anual) con respecto al total

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % de ECG digitalizados realizados en el último trimestre del proyecto (anual)

Denominador .....: Con respecto al total del año.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Sistema MUSE (versión 8)

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. %de ECGs bien identificados en MUSE con respecto al total digitalizados áreas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Porcentaje de ECGs bien identificados en el programa MUSE

Denominador .....: Con respecto al total digitalizados en el mismo programa en las áreas.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Sistema MUSE (versión 8), HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Nº ECGs digitalizados correctamente en el año del inicio del proyecto con respecto al nº actual

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Numero de ECGs digitalizados correctamente en el año del inicio del proyecto

Denominador .....: Con respecto al número de ECGs digitalizados el año anterior.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Sistema MUSE (versión 8), HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#995

### 1. TÍTULO

#### DIGITALIZACION DE LA IMAGEN CARDIACA EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED ISCV

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#995 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MORENO ESTEBAN EVA MARIA

Título  
DIGITALIZACION DE LA IMAGEN CARDIACA EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED ISCV

Colaboradores/as:  
AURED GUALLAR CARMEN  
CASADO DOMINGUEZ JUAN MANUEL  
CASTILLO LUEÑA JOSE ENRIQUE  
GOMEZ MARTIN DAVID  
LAPUENTE GONZALEZ PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La ecocardiografía se ha convertido en elemento clave en la exploración cardiovascular debido a su rapidez, amplia disponibilidad, excelente relación coste-beneficio y su carácter no invasivo, convirtiéndose en prueba rutinaria solicitada tanto por el servicio de Cardiología como por un amplio abanico de especialidades (Medicina Intensiva, Medicina Interna, Oncología...).

La digitalización de la ecocardiografía merced al desarrollo tecnológico permite la expansión y difusión de esta técnica, así como el desempeño de nuestra actividad profesional de forma más eficiente y acorde a los tiempos en los que nos encontramos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Pruebas funcionales de cardiología, ambulatorios,

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

falta de desarrollo digital en áreas de cardiologías

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La instalación del Sistema de Ecocardiografía Digital en el servicio de Cardiología del Hospital Universitario Miguel Servet pretende conseguir los siguientes objetivos:

Mejorar la calidad diagnóstica ?-Enfocada en el paciente: facilita el proceso de citación de todo paciente que precise la realización de un ecocardiograma, lo que incluye la actividad desarrollada en la sección de pruebas funcionales del HUMS (ecocardiografía transtorácica, transesofágica, de estrés, cardiopatías congénitas del adulto y rehabilitación cardiaca), así como en la planta quinta de cardiología y en los centros médicos de Especialidades.

-Enfocada a la labor asistencial:

a) Desde el punto de vista del Cardiólogo responsable de la prueba: reduce el tiempo necesario en contacto con el paciente al permitir la adquisición de la imagen y elaboración "offline" del informe. Hoy es dato crucial dado el contexto epidemiológico actual, disminuyendo así el riesgo de contagio del profesional sanitario.

La exportación de datos directos al informe preliminar, así como el uso de plantillas predefinidas, disminuyen errores de transcripción y permiten elaborar el informe definitivo en menor tiempo, siendo accesible más precozmente en la Historia Clínica.

b) Desde el punto de vista del Facultativo peticionario: acceso rápido al conjunto del estudio, tanto de las imágenes obtenidas como del informe definitivo haciendo posible la visualización en sesiones multidisciplinarias. ?-Enfocada a labor de investigación: acceso sencillo con posibilidad de obtener imágenes y facilitar la realización de estudios, aplicar las guías de práctica clínica y elaborar protocolos asistenciales.

-Enfocada a labor de gestión

a) Intraserivicio: proporciona datos estadísticos de la sección de Imagen, reduce pérdida de información o el tiempo invertido en su búsqueda.

b) Hospitalario: integra a todos los hospitales de Aragón funcionando como un área única, evitando duplicidad de pruebas y mejorando la conexión con hospitales comarcales.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Instalación de rosetas en las salas de trabajo de la unidad de pruebas funcionales del HUMS, la planta quinta de cardiología, las consultas monográficas del HUMS Y CEX

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#995

### 1. TÍTULO

#### DIGITALIZACION DE LA IMAGEN CARDIACA EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET MEDIANTE LA RED ISCV

Fecha inicio: 28/07/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: EVA MORENO ESTEBAN

2. Puesta en marcha del sistema de almacenamiento de imágenes, el procedimiento de copia de seguridad y la recuperación del sistema después de incidencias.

Fecha inicio: 28/07/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: EVA MORENO ESTEBAN

3. Creación de listas de trabajo, planificando horarios, acortando tiempo y disminuyendo errores en la transcripción de la identidad del paciente y sus números de historia clínica.

Fecha inicio: 28/07/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: EVA MORENO ESTEBAN

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de ecocardiogramas realizados durante la actividad de guardia digitalizados.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: 90  
Denominador .....: 100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio de cardiología  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.75  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.90  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.76  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.98

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1096

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA VALORACION E INFORMACION AL PACIENTE CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1096 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BERGUA MARTINEZ CLARA

Título  
OPTIMIZACION DE LA VALORACION E INFORMACION AL PACIENTE CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA

Colaboradores/as:  
FAÑANAS MASTRAL JAVIER  
SIMON PARACUELLOS TERESA  
TOMEY MONTESINOS MARIA  
VALLEJO GIL JOSE MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*CIRUGIA CARDIACA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La estenosis aórtica severa es la patología valvular más frecuente en nuestro medio dado el aumento de supervivencia y el envejecimiento poblacional. Se trata de un proceso atendido en diferentes servicios y niveles asistenciales, por lo que durante el año 2021 se ha establecido un grupo de trabajo en el HUMS para estandarizar y homogeneizar su manejo. Uno de los aspectos importantes a la hora de plantear la intervención más adecuada en cada caso, es el estudio de las comorbilidades y la detección de fragilidad. Esta valoración permite elegir el mejor procedimiento sopesando el balance riesgo beneficio. Por otro lado, evita realizar intervenciones fútiles que no resulten en mejoría de la calidad de vida. En los pacientes más complejos es imprescindible la colaboración de geriatría para hacer una valoración integral. Sin embargo, en los pacientes sin alta comorbilidad, el despistaje de fragilidad por enfermería en cardiología puede agilizar el proceso. Existen escalas validadas en el ámbito de la estenosis aórtica grave como la EFT (Essential Frailty Toolset) que pueden facilitar dicha tarea. En la actualidad existen 2 tipos de intervención disponibles en nuestra cartera de servicios: el recambio valvular quirúrgico tradicional (por prótesis mecánica o biológica) y el implante percutáneo de bioprótesis. A la hora de elegir la técnica más adecuada a cada paciente, cardiólogos y cirujanos hemos de informarle de manera suficiente y homogénea para que participe en la toma de decisiones de forma no sesgada.

#### ÁREAS DE MEJORA

-Despistaje de fragilidad de los pacientes con estenosis aórtica severa en la consulta de cardiología  
-Información adecuada y homogénea a los pacientes

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Ausencia de formación de enfermería en el despistaje de fragilidad  
- Ausencia de consulta específica de enfermería para desarrollar dicha actividad  
- Ausencia de consenso y estandarización de la información ofrecida a los pacientes tanto por cardiólogos como por cirujanos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Entrenar al personal de enfermería de cardiología en el despistaje de fragilidad en el paciente con estenosis aórtica severa sin comorbilidad grave  
- Iniciar las consultas de enfermería para la valoración de fragilidad en las consultas de cardiología de los CME  
- Transmitir al paciente información asequible y homogénea acerca de las técnicas disponibles para el intervencionismo en estenosis aórtica grave para que pueda participar en la toma de decisiones de manera informada

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación de enfermería especializada en las consultas de geriatría para valoración de fragilidad.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/07/2022

Responsable.: CLARA BERGUA MARTINEZ

2. Generar una agenda específica de enfermería para facilitar la gestión de pacientes a valorar.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: MARIA TOMEI MONTESINOS

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1096

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA VALORACION E INFORMACION AL PACIENTE CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA

3. Crear un informe de enfermería estándar.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: MARIA TOMEI MONTESINOS

4. Diseñar un folleto informativo consensuado entre Cirugía Cardíaca y Cardiología para transmitir información homogénea a los pacientes.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 31/10/2022

Responsable.: JAVIER FAÑANAS MASTRAL

5. Elaborar y realizar una encuesta de satisfacción a los pacientes con información recibida.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final: 31/05/2023

Responsable.: TERESA SIMON PARACUELLOS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes S-II con estenosis aórtica grave cribados por por enfermería CME y con informe en HCE

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes S-II con estenosis aórtica grave cribados por por enfermería CME y con informe en HCE

Denominador .....: Todos los pacientes del sector II (S-II) con estenosis aórtica grave presentados en sesión de

estenosis aórtica HUMS.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de las sesiones

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

2. Documento de información al paciente y encuesta de satisfacción, realización de encuesta

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: .

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Presentación del documento y encuesta en sesión clínica mixta cardio/cirugía cardíaca. Registro en HCE de la realización de encuesta. Presentación de los datos de encuesta en sesión mixta.

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 3.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1110

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA DE CARDIOPATÍAS FAMILIARES Y MUERTE SUBITA

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1110 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALVAREZ ROY LAURA

Título  
DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA DE CARDIOPATÍAS FAMILIARES Y MUERTE SUBITA

Colaboradores/as:  
ANGULO HERVIAS ELENA  
AURED GUALLAR CARMEN  
MATAMALA ADELL MARTA  
MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES  
TOMEY MONTESINOS MARIA  
VALERO TORRES ALBERTO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 2\*CME RAMON Y CAJAL\*CONSULTAS EXTERNAS\*HOSP (Hospitalización)  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*ANATOMÍA PATOLÓGICA\*HOSP (Hospitalización)  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*CIRUGIA CARDIACA\*HOSP (Hospitalización)  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*GENETICA LABORATORIOS\*HOSP (Hospitalización)  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*RADIODIAGNOSTICO\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las cardiopatías familiares (CF) incluyen un grupo heterogéneo de patologías con afectación cardiovascular. Tienen una base genética, lo que permite un diagnóstico, estratificación pronóstica y tratamiento concreto; además, al tener carácter transmisible, permite despistaje de familiares potencialmente afectados de la patología. Por otro lado, constituyen la principal causa de muerte súbita (MS) en pacientes jóvenes, con el impacto socioeconómico que ello conlleva, siendo en muchos casos la primera manifestación de la enfermedad. Es por ello que es imprescindible realizar un adecuado estudio y despistaje familiar con el fin de disminuir la tasa de muerte súbita en estas patologías, así como la morbilidad que genera.

#### ÁREAS DE MEJORA

Atención integral de pacientes con diagnóstico o sospecha de cardiopatías familiares en riesgo de muerte súbita en una consulta específica, desarrollando protocolos de actuación y canalización de pacientes para optimizar los recursos.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Actualmente no existe un flujo de pacientes claros en el que se optimicen los recursos diagnóstico terapéuticos en los pacientes con diagnóstico o sospecha de cardiopatía familiar.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Establecer un diagrama de canalización de pacientes desde el propio servicio y otras especialidades.
- Consensuar las indicaciones de los estudios genéticos y homogeneizar el manejo de los pacientes en las diferentes CF y/o MS.
- Mejorar la colaboración con Medicina legal y forense para propiciar la optimización de la valoración cardiaca en las autopsias.
- Crear un grupo de trabajo multidisciplinar que permita mejorar globalmente la atención de los pacientes.
- Promover y formar parte de un grupo de cardiopatías familiares a nivel de nuestra comunidad autónoma.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Desarrollo de un protocolo de actuación de cardiopatías familiares y muerte súbita.

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 16/11/2023  
Responsable.: LAURA ALVAREZ ROY

2. Realización de una reunión bimensual intrahospitalaria del grupo para discusión de protocolos, análisis de casos

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 29/12/2023  
Responsable.: carmen aured

3. Convocatoria de sesiones periódicas formativas a nivel de comunitario para difundir el conocimiento de estas enfermedades y aumentar la concienciación social sobre ellas.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1110

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA DE CARDIOPATÍAS FAMILIARES Y MUERTE SUBITA

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 28/12/2023  
Responsable.: carmen aured

4. Iniciar y fomentar la comunicación con las diferentes consultas de CF de Aragón para formar una adecuada red asistencial.

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 28/12/2023  
Responsable.: laura alvarez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Protocolización del manejo integral de cardiopatías familiares

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Estandarización y protocolización de forma de trabajo multidisciplinar en cardiopatías familiares  
Denominador .....: NO APLICA  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: NO APLICA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Actuación multidisciplinar en sesiones conjuntas en pacientes con cardiopatías familiares

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Realización de reuniones mensuales con acta del grupo multidisciplinar y anual con los médicos forenses para compartir protocolos y favorecer estudios genéticos  
Denominador .....: no aplica  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: no aplica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1149

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL AP-AE TRAS UN INGRESO HOSPITALARIO. DESARROLLO DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA

Fecha de entrada: 01/08/2022

Nº de registro: 2022#1149 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SAZ OLIVAN ALEXANDRA

Título  
MEJORA EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL AP-AE TRAS UN INGRESO HOSPITALARIO. DESARROLLO DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA

Colaboradores/as:  
LAPLANA MIGUEL OLGA  
MARTIN TELLO PURIFICACION  
MARTINEZ SIMON MARIA ESTER  
MELENDO ROY SANDRA  
SALO GREGORIO VANESA  
VAZQUEZ GARCIA DANIEL  
ZABORRAS BUIL LORENA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: --Otras--

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL TRAS UN INGRESO HOSPITALARIO MEDIANTE EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS PARA ATENCION PRIMARIA. TRAS UN INGRESO HOSPITALARIO LA ENFERMERA DE ATENCION PRIMARIA NO TIENE CONSTANCIA DEL EPISODIO DE HOSPITALIZACION Y NO PUEDE HACER UN SEGUIMIENTO Y HACER UNA BUENA CONTINUIDAD DE CUIDADOS SI EL PACIENTE NO SE CITA EN SU CONSULTA

ÁREAS DE MEJORA  
ASEGURARNOS QUE EL PACIENTE, AL ALTA, TENGA CITA CON SU ENFERMERA DE AP PARA QUE ELLA PUEDA CONTINUAR LOS CUIDADOS PERTINENTES Y HACER EL SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES PRESCRITAS EN LA HOSPITALIZACION.

ANALISIS DE CAUSAS  
NO HAY UNA CULTURA SOCIAL DE QUE TRAS UN INGRESO EL PACIENTE DEBA CITARSE CON SU ENFERMERA DE AP A LA VEZ QUE CON SU MEDICO DE AP. LA ENFERMERA DE AP NO PUEDE VER QUE SU PACIENTE ESTA INGRESADO PARA REALIZAR EL SEGUIMIENTO OPORTUNO

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
QUE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CARDIOLOGIA SEAN DADOS DE ALTA CON UNA CITA EN ENFERMERIA DE AP Y QUE TENGAN UN INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS QUE SERVIRA DE BASE PARA LA ENFERMERA DE AP PARA EL POSTERIOR CONTROL DEL PACIENTE.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. REALIZAR REUNIONES CON ENFERMERIA AP Y AE PARA CONSENSUAR INFORME Y EN PUNTOS HAY QUE INCIDIR  
Fecha inicio: 10/01/2022  
Fecha final.: 05/08/2022  
Responsable.: ALEXANDRA SAZ OLIVAN

2. TRAS REUNION REALIZACION DE INFORMES PRERREDACTADOS DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS PARA INCLUIR EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA  
Fecha inicio: 12/08/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: LORENA ZABORRAS BUIL

3. REALIZAR MEDIANTE FORMACION A TODA ENFERMERIA DE CARDIOLOGIA DE HOSPITALIZACION  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 23/09/2022  
Responsable.: OLGA LAPLANA MIGUEL

4. DAR A CONOCER A LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR EL COMIENZO DE LA REALIZACION DEL INFORME  
Fecha inicio: 26/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: PURIFICACION MARTIN TELLO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
DAR A CONOCER EN LOS DISTINTOS CENTROS DE SALUD EL COMIENZO DE LA REALIZACION DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y DE LA CITA QUE DEBEN COGER LOS PACIENTES EN SU ENFERMERA DE AP

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1149

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL AP-AE TRAS UN INGRESO HOSPITALARIO. DESARROLLO DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % DE PACIENTES INGRESADOS EN CARDIOLOGIA CON INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA EN HCE

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: PACIENTES CON INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN HCE AL ALTA

Denominador .....: TODOS LOS PACIENTES DE CARDIOLOGIA DADOS DE ALTA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

2. %DE PACIENTES INGRESADOS EN CARDIOLOGIA CITADOS CON SU ENFERMERA-AP AL ALTA CON EL USO DE APP SALUD

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: PACIENTES CON CITA CON SU ENFERMERA DE AP

Denominador .....: TODOS LOS PACIENTES DE CARDIOLOGIA DADOS DE ALTA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PRESENCIAR CITA CON APP DEL SALUD

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

LA RECOGIDA SERA A TRAVES DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA CON PACIENTES DADOS DE ALTA DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET SEAN DEL SECTOR I-II-III

RECOGEREMOS LOS DATOS POR TRIMESTRES PARA HACER EL SEGUIMIENTO

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1150

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA VALORACION ENFERMERA. INFORMACION AL PACIENTE CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA

Fecha de entrada: 01/08/2022

Nº de registro: 2022#1150 \*\* Continuidad asistencial: consulta no presencial \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTIN TELLO PURIFICACION

Título  
OPTIMIZACION DE LA VALORACION ENFERMERA. INFORMACION AL PACIENTE CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA

Colaboradores/as:  
CALONGE ROY LORENA  
ESPAÑOL SALVADOR NIEVES  
GASCON BELTRAN AZUCENA  
LACHOS LAPLACETA MARIA PILAR  
LAYUNTA HERNANDEZ MIREYA  
SAZ OLIVAN ALEXANDRA  
SEBASTIAN PEREZ FRANCISCA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: Continuidad asistencial: consulta no presencial

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
DISMINUIR LA ANSIEDAD Y DESORIENTACION DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES VA A COLOCAR UNA TAVI EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA MEDIANTE LA INFORMACION Y LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS

ÁREAS DE MEJORA  
INFORMAR CON ANTERIORIDAD AL INGRESO MEDIANTE CONSULTA TELEFONICA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD A LA LLEGADA A LA PLANTA

ANALISIS DE CAUSAS  
FRAGILIDAD DEL PACIENTE, EDAD AVANZADA ... DE LOS PACIENTES

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
CON UNA MEJOR INFORMACION Y DISMINUYENDO LA ANSIEDAD POR EL PROCEDIMIENTO ESPERAMOS UNA MOVILIDAD TEMPRANA QUE FACILITE EL ALTA TEMPRANA CON MENOR NUMERO DE COMPLICACIONES.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. REUNIONES CON TODO EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LLEGAR A UN CONSENSO DE LOS OBJETIVOS A REALIZAR  
Fecha inicio: 03/01/2022  
Fecha final.: 05/08/2022  
Responsable.: PURIFICACION MARTIN TELLO

2. ELABORACION DE UN GUION PARA LA CONSULTA TELEFONICA PREVIA AL INGRESO PARA INFORMARLE DE COMO VA A SER SU HOSPITALIZACION  
Fecha inicio: 08/08/2022  
Fecha final.: 05/09/2022  
Responsable.: AZUCENA GASCON BELTRAN

3. ELABORACION DE TRIPTICO INFORMATIVO PARA DAR AL INGRESO  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 05/08/2022  
Responsable.: ALEXANDRA SAZ OLIVAN

4. ENCUESTA DE SATISFACCION AL PACIENTE O ACOMPAÑANTE DE LA SATISFACCION DE LA INFORMACION RECIBIDA  
Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: FRANCISCA SEBASTIAN PEREZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. %PACIENTES CON EAo GRAVE VALORADOS CON CRIBADO DE FRAGILIDAD POR ENFERMERIA CExt E INFORME EN HCE  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: PACIENTES CON EAo GRAVE VALORADOS CON CRIBADO DE FRAGILIDAD POR ENFERMERIA DE C. Ext CON INFORME EN HCE

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1150

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA VALORACION ENFERMERA. INFORMACION AL PACIENTE CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA

Denominador .....: TOTAL DE PACIENTES DEL SECTOR PRESENTADOS EN LA SESION HEART VALVE DEL HUMS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

#### 2. MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE QUE INGRESA PARA TAVI Y %SATISFACCION RECOGIDO CON ENCUESTA

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: PACIENTES QUE SE REALIZA ENCUESTA INGRESADOS PARA REALIZACION DE TAVI  
Denominador .....: TOTAL PACIENTES INGRESADOS A LOS QUE SE LE COLOCA UNA TAVI  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: ENCUESTA A PACIENTE O ACOMPAÑANTE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1297

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO OPTMYIC. DISEÑO Y DIGITALIZACION DE UN PROTOCOLO PARA LA MEJORA Y OPTIMIZACION DEL PROCESO DE TRANSICION AL ALTA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Fecha de entrada: 12/08/2022

Nº de registro: 2022#1297 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ORTAS NADAL MARIA DEL ROSARIO

Título  
PROYECTO OPTMYIC. DISEÑO Y DIGITALIZACION DE UN PROTOCOLO PARA LA MEJORA Y OPTIMIZACION DEL PROCESO DE TRANSICION AL ALTA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Colaboradores/as:  
BLASCO PEIRO MARIA TERESA  
GOMOLLON GARCIA JUAN PABLO  
HURTADO RODRIGUEZ GABRIEL  
LASALA ALASTUEY MARIA  
PORRES AZPIROZ JUAN CARLOS  
PORTOLES OCAMPO ANA  
SIMON PARACUELLOS TERESA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La insuficiencia cardíaca (IC) es una de las principales causas de morbilidad en los países desarrollados con aumento progresivo de la incidencia y prevalencia, consecuencia, entre otros factores, de los avances terapéuticos en la cardiopatía isquémica aguda.

Los pacientes con IC son atendidos por diferentes especialistas, incluyendo cardiología, medicina interna y medicina comunitaria principalmente. El momento de ingreso hospitalario por IC aguda es clave para identificar a pacientes de alto riesgo, optimizar tratamiento y de este modo reducir la probabilidad de reingreso y mortalidad de estos pacientes. Una adecuada estratificación de riesgo y valoración en la fase hospitalaria, favorece una adecuada transición ambulatoria del paciente ambulatorio con IC.

Creemos que la realización de un protocolo estandarizando la optimización terapéutica desde el ingreso en UCCAR/planta de hospitalización hasta el momento del alta, así como la estratificación del riesgo y canalización consecuente de estos pacientes para su seguimiento y tratamiento a diferentes especialistas podría ayudar a optimizar los recursos terapéuticos de estos pacientes, con impacto en la morbilidad

#### ÁREAS DE MEJORA

Variabilidad en la atención de los pacientes

Variabilidad en la atención tras el alta hospitalaria a nivel de atención primaria

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de un protocolo consensuado en este proceso agudo

Desconocimiento del riesgo de cada paciente para graduar el nivel de atención que precisa

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Mejorar la calidad asistencial del paciente con IC aguda y su transición al alta mediante la implementación del nuevo proceso de IC integrado entre la hospitalización, UIC y consultas externas, siguiendo las actuales guías de práctica clínica y evidencia científica.
2. Redefinir los circuitos de derivación intrahospitalarios para potenciar el tratamiento precoz: acceso rápido y continuidad asistencial.
3. Disminuir la lista de espera de primeras visitas tras una adecuada estratificación de riesgo al alta y optimización de los diferentes recursos.
4. Disminuir las descompensaciones en pacientes con IC (ingreso o aumento de diurético)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de un protocolo de IC en fase hospitalaria.

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Rosario Ortas

2. Elaboración de la estratificación del riesgo del paciente con IC Aguda en planta de hospitalización de Cardiología

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Gabriel Hurtado y Teresa Simon

3. Establecer criterios para alta del paciente de la planta y seguimiento en UIC o consultas externas

Fecha inicio: 01/11/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1297

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO OPTYMIC. DISEÑO Y DIGITALIZACION DE UN PROTOCOLO PARA LA MEJORA Y OPTIMIZACION DEL PROCESO DE TRANSICION AL ALTA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Teresa Blasco, Ana Portolés y María Lasala

4. • Estandarización del informe al alta de los pacientes con IC, evitando la variabilidad en la práctica clínica. Estandarización y protocolización de la optimización del tratamiento al alta.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Juan Pablo Gomollón y Juan Carlos Porres

5. • Integrar el protocolo en el sistema informático del Hospital, para poder hacer seguimiento periódico del manejo del paciente en el servicio e identificar áreas de mejora

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Rosario Ortas

6. Realización de sesiones periódicas de seguimiento de los mismos para evaluar la puesta en marcha del proyecto.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Rosario Ortas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

• Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. PROTOCOLIZACIÓN IC AGUDA HOSPITALARIA

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de actividades realizadas para la estandarización y protocolización de forma de trabajo: Tratamiento, estratificación del riesgo, informe al alta "tipo" y algoritmo de canalización

Denominador .....: No aplica

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Servicio de cardiología

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

#### 2. APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE IC AGUDA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de informes de alta con diagnóstico principal de IC en el servicio realizados con el protocolo asistencial elaborado en un periodo determinado

Denominador .....: Total de altas en el servicio durante ese periodo determinado con el diagnóstico principal de IC

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicio de cardiología (MUESTRA). U. de gestión del hospital

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

• Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#646

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION PREANESTESICA EN PACIENTES DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#646 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MUR TIL ANDREA

Título  
OPTIMIZACION PREANESTESICA EN PACIENTES DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Colaboradores/as:  
COLOMINA CALLEN LORENA  
ROMERO IÑIGUEZ BLANCA  
SIMON SANZ MARIA VICTORIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGIA MAXILOFACIAL

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La optimización preanestésica consiste en buscar la situación adecuada u óptima en la que el paciente debiera encontrarse antes de someterse a una intervención quirúrgica.

Dentro de la Cirugía Oral y Maxilofacial, nos vamos a centrar en dos tipos de cirugía mayor: cirugía oncológica y cirugía de las malformaciones dentofaciales, por ser ambos procedimientos quirúrgicos consumidores de gran tiempo quirúrgico, con riesgo de depleción de sangre y debilitamiento del estado nutricional posterior de los pacientes

#### ÁREAS DE MEJORA

Pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas por motivos oncológicos o por deformidades dentofaciales en situación basal no óptima.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Ausencia de optimización anestésica previa a la intervención.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar el estado nutricional de los pacientes

Mejorar la hemoglobina prequirúrgica del paciente

Optimizar las condiciones físicas del paciente para el día de la intervención.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Diseñar hoja de preoperatorio para los pacientes seleccionados con los ítems a solicitar

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: Lorena Colomina Callén

2. Notificación o inclusión de los pacientes en el protocolo

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: Andrea Mur Til

3. COMUNICACIÓN DEL PROYECTO ASISTENCIAL EN LA UNIDAD

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: María Victoria Simón sanz

4. comunicación telefónica con los pacientes para realizar optimizacion

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: Blanca Romero íñiguez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº pacientes malformaciones dentofaciales/nº pacientes optimizados por Anestesiología con MDF x 100

Tipo de indicador: Alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#646

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION PREANESTESICA EN PACIENTES DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Numerador .....: N° pacientes intervenidos de malformaciones dentofaciales  
Denominador .....: n° pacientes optimizados por Anestesiología con MDF x 100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historias Clínicas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. N° pacientes CTCC CMxF decisión IQ/n° pacientes optimizados por Anestesiología con Ca x 100  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° pacientes CTCC CMxF decisión IQ  
Denominador .....: n° pacientes optimizados por Anestesiología con Ca x 100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historias Clínicas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#200

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR HIPOSPADIAS COMPLEJOS

Fecha de entrada: 21/06/2022

Nº de registro: 2022#200 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GONZALEZ HERRERO MARINA

Título  
PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR HIPOSPADIAS COMPLEJOS

Colaboradores/as:  
DELGADO ALVIRA MARIA REYES  
ESCARTIN VILLACAMPA RICARDO  
GONZALEZ RUIZ YUREMA  
MALLEN MATEO EVA MARIA  
PISON CHACON JAVIER  
RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MARIA MERCEDES

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGIA PEDIATRICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El hipospadias representa una de las malformaciones urológicas más frecuente, calculándose su incidencia en cerca del:250 recién nacidos vivos de sexo masculino, con una leve tendencia a aumentar de número en los últimos años en los países occidentales.

La cirugía correctora del hipospadias tiene 4 objetivos fundamentales: localización del meato en glande distal, realización de una micción con buen chorro miccional dirigido hacia delante, corregir la posible incurvación peneana asociada y permitir tener relaciones sexuales satisfactorias.

Por otro lado, la cirugía del hipospadias no implica solamente una intervención correctora de la malformación, sino que asocia también un componente estético que es imprescindible valorar y tratar una vez producido el desarrollo hormonal del paciente.

Las principales complicaciones descritas son la presencia de fistulas, estenosis, divertículos o persistencia de incurvación peneana. Estas variables suelen ser evaluadas y corregidas durante los primeros años de vida, pero en ocasiones, sobre todo en los hipospadias más complejos, persisten más allá de adolescencia.

Entendemos por hipospadias complejos aquellos de origen peno-escrotal o que por diversas causas sigan presentando las complicaciones descritas al inicio de la adolescencia.

#### ÁREAS DE MEJORA

Este proyecto pretende dar respuesta a la necesidad de un seguimiento multidisciplinar sistematizado, realizando una transferencia que dirija y oriente correctamente al paciente desde la asistencia ofrecida durante la infancia y adolescencia por los Servicios de Urología Infantil, a la Atención especializada de adultos, en la que el Servicio de Urología dispone de los principales recursos necesarios para atender estos problemas en esta etapa de su vida.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En el momento actual no existe un protocolo de seguimiento de esta patología después de los primeros años de vida.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Protocolizar el seguimiento a largo plazo de los pacientes intervenidos por Hipospadias complejos.
- Mejorar en los pacientes intervenidos por Hipospadias complejos la información sobre su patología y la morbilidad que debe controlarse en la edad adulta.
- Establecer un Protocolo de Transferencia de los pacientes desde los Servicios de Urología Infantil al Servicio de Urología en la edad adulta.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Establecer un protocolo consensuado de seguimiento en los problemas de fístula, estenosis, divertículos o incurvación peneana en los pacientes intervenidos por Hipospadias a partir de los 15 años.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Marina González Herrero.

2. - Establecer un Protocolo de Transferencia, definiendo criterios de edad, información clave a incluir en el Informe Clínico de Transferencia, Agenda de Consultas Externas de derivación, etc.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Reyes Delgado Alvira

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#200

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR HIPOSPADIAS COMPLEJOS

3. - Elaborar un listado de pacientes intervenidos por Hipospadias complejos con registro de edad y con sistema de detección semestral de aquellos que estén próximos a cumplir 15 años.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Javier Pisón Chacón.

4. - Presentación en Sesión Clínica conjunta con los Servicios de Urología Infantil y Urología de adultos de los pacientes a transferir.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Yurema González Ruiz

5. - Planificación de Cita de última revisión en la Consulta de Urología Infantil donde se indicará la Consulta del Sº de Urología donde se continuará la asistencia ( Patología uretral)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Marina González Herrero

6. - Elaboración de Informe Clínico de Transferencia con el resumen de la evolución clínica y pruebas complementarias actualizado con la última revisión por el Servicio de Urología Infantil en HCE.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Reyes Delgado Alvira.

7. - Planificación de Cita de Transferencia en la Consulta de Urología (Consulta Patología uretral)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.:

Responsable.: Javier Pisón Chicón.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Cumplimiento de Transferencia de Pacientes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes intervenidos por Hipospadias complejos > 15 años transferidos según protocolo

Denominador .....: Pacientes intervenidos por Hipospadias complejos > 15 años.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 2. Cumplimiento de la Información a los Pacientes

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes intervenidos por Hipospadias complejos > 15 años que han recibido información específica

Denominador .....: Pacientes intervenidos por Hipospadias complejos > 15 años

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 3. Satisfacción de los Pacientes.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes intervenidos por Hipospadias complejos > 15 años satisfechos con la información recibida y protocolo de transferencia

Denominador .....: Pacientes intervenidos por Hipospadias complejos > 15 años.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Entrevista clínica e HCE.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#200

### 1. TÍTULO

#### **PROTOCOLO DE TRANSFERENCIA Y SEGUIMIENTO EN LA VIDA ADULTA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR HIPOSPADIAS COMPLEJOS**

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes

Sexo: Hombres

Tipo de patología: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#210

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO GENETICO DEL GEN RET EN PACIENTES INTERVENIDOS POR ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#210 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CORONA BELLOSTAS MARIA CAROLINA

Título  
ESTUDIO GENETICO DEL GEN RET EN PACIENTES INTERVENIDOS POR ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG

Colaboradores/as:  
ESCARTIN VILLACAMPA RICARDO  
FERNANDEZ ATUAN RAFAEL LEONARDO  
GONZALEZ TARANCON RICARDO  
SALCEDO ARROYO PAULA AURORA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGIA PEDIATRICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Enfermedad de Hirschsprung (EH) es una enfermedad congénita del aparato digestivo, que cursa típicamente con clínica obstructiva crónica, y que se caracteriza por la ausencia de células ganglionares en los plexos mientéricos y submucosos a lo largo de segmentos de longitud intestinal variable. El RET es un proto-oncogen localizado en el cromosoma 10q11.2 que codifica para un receptor para tirosin-kinasa, cuyas mutaciones se pueden asociar con la Neoplasia Endocrina Múltiple IIA y IIB. Dada la vinculación de este gen con la EH (existe un 15-35% de mutaciones en las vías del gen RET en pacientes con EH esporádica y un 50% en los casos familiares), la positividad del estudio genético para gen RET puede alertar en edad temprana del riesgo de desarrollar carcinoma medular de tiroides.

Por tanto, consideramos fundamental incluir en el protocolo de manejo de la enfermedad de Hirschsprung un estudio genético cuyo resultado pueda seleccionar los pacientes con riesgo de Neoplasia Endocrina Múltiple y permitiendo su derivación temprana a la consulta de Oncopediatría.

#### ÁREAS DE MEJORA

Tras una revisión preliminar de los casos intervenidos por EH en los últimos 15 años en nuestro servicio, hemos constatado que sólo un 64% tiene el estudio genético del gen RET realizado y consultable en la HCE. De ellos, 4 pacientes (el 22%) tienen una mutación conocida del gen RET y han sido enviados a la consulta de Oncopediatría. Existe por tanto un 35% de pacientes intervenidos por enfermedad Hirschsprung en los últimos años en los que no se ha realizado el mencionado estudio, o en los que, habiéndose realizado el estudio, el resultado es desconocido por los médicos responsables y/o por la familia.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Hasta el momento, el estudio genético se ha solicitado a través de la consulta de Cirugía Digestiva de manera no protocolizada (en el momento del diagnóstico, en el postoperatorio precoz, o durante en el seguimiento) lo que ha podido condicionar el fallo en su solicitud en alguno de nuestros pacientes. En algunos casos que proceden de otras comunidades autónomas, el estudio se ha realizado en sus Servicios de Salud correspondientes, y el resultado no siempre se ha registrado en la historia clínica de nuestro Servicio de Salud. Por otro lado, algunos estudios realizados en nuestro hospital hace algunos años se encuentran protegidos y no se pueden consultar en la HCE.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal de este proyecto de mejora es que todos los pacientes intervenidos o en seguimiento por EH en nuestro servicio tengan un estudio genético orientado al gen RET para la identificación del riesgo de Neoplasia Endocrina Múltiple y carcinoma medular de tiroides. Para ello, nos proponemos elaborar (junto con la sección de Genética del Servicio de Bioquímica Clínica) un proceso asistencial para la solicitud, realización e información sobre el resultado del estudio genético de los pacientes con EH.

Por otro lado, revisaremos exhaustivamente el estudio genético de todos los pacientes con EH que se encuentran actualmente en seguimiento en la consulta de Cirugía Digestiva, para identificar aquellos pacientes a los que no se ha realizado.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Revisión de historias clínicas

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/10/2022

Responsable.: Carolina Corona Rafael Fernández Paula Salcedo

#### 2. Elaboración de una vía clínica para la solicitud, realización e información del resultado del estudio genético del gen RET en EH



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#210

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO GENETICO DEL GEN RET EN PACIENTES INTERVENIDOS POR ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 30/10/2022  
Responsable.: Carolina Corona Rafael Fernández Ricardo Escartín Ricardo González Tarancón

3. Elaboración de un formulario específico en HCE con un resumen de datos clínicos fundamentales en pacientes en seguimiento por EH que incluya positividad o negatividad para el gen RET

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Carolina Corona Rafael Fernández

4. Citación en consulta de pacientes en los que no se encuentra estudio genético para su solicitud

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Carolina Corona Rafael Fernández Paula Salcedo

5. Revisión secundaria de la HCE de nuestros pacientes para comprobar la recogida adecuada de los datos del estudio genético en la HCE

Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Carolina Corona Rafael Fernández Paula Salcedo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Estudio gen RET

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes con diagnóstico de EH a los que se les ha realizado estudio genético de gen RET

Denominador .....: Número de pacientes intervenidos por enfermedad de Hirschsprung

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Pacientes remitidos a Oncopediatría

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes con estudio genético positivo para gen RET remitidos a consulta de Oncopediatría

Denominador .....: Número de pacientes con estudio genético positivo para gen RET

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Formulario resumen en pacientes con EH

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Recogida en la historia clínica de datos clínicos fundamentales en pacientes diagnosticados de EH en forma de formulario, incluyendo positividad o negatividad del estudio de gen RET

Denominador .....: Total de pacientes en seguimiento por EH

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#210

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO GENETICO DEL GEN RET EN PACIENTES INTERVENIDOS POR ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#247

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EXTRACCION DE TEJIDO OVARICO EN NIÑAS ONCOLOGICAS PARA PRESERVAR LA FERTILIDAD

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#247 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
BRAGAGNINI RODRIGUEZ PAOLO A.

Título  
PROGRAMA DE EXTRACCION DE TEJIDO OVARICO EN NIÑAS ONCOLOGICAS PARA PRESERVAR LA FERTILIDAD

Colaboradores/as:  
GARCES DEL GARRO LISA MARIA ANGELES  
GONZALEZ ESGUEDA AINARA JOANA  
MARTINEZ LORENZO MARIA JOSE  
MUÑOZ MELLADO MARIA ASCENSION  
RUIZ TRAMAZAYGUES JULIAN  
RUIZ DE TEMIÑO BRAVO MARIA MERCEDES

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGIA PEDIATRICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el momento actual las pacientes pediátricas y adolescentes sometidas al tratamiento de algún tipo de neoplasia tienen una supervivencia del 80% como mínimo a los 5 años, que se acompaña de un riesgo de efectos adversos tardíos. La toxicidad gonadal en la niña y adolescente sometida a quimioterapia y/o radioterapia es un hecho documentado, que provoca la reducción de la fertilidad y la posibilidad de una insuficiencia ovárica precoz y sus efectos adversos sobre la salud.

La preservación de la fertilidad es por lo tanto un importante objetivo de calidad asistencial en el tratamiento de las pacientes con cáncer por su gran impacto en su salud y calidad de vida, en el que el servicio de Cirugía Pediátrica está capacitado para colaborar. El procedimiento quirúrgico de obtención de tejido ovárico para criopreservación, como método de preservación de la fertilidad, puede incluirse en la cartera de servicios del Servicio de Cirugía Pediátrica, que dispone del personal facultativo, servicios de apoyo y recursos materiales de instalaciones y material necesarios para realizarlo

#### ÁREAS DE MEJORA

No existencia de la opción de preservación de fertilidad en pacientes mujeres en edad pediátrica con cáncer.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de protocolización y permisos para la realización del mismo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Preservación de la fertilidad en pacientes mujeres con cáncer en edad pediátrica que prescriben un tratamiento de quimioterapia o radioterapia que pongan en riesgo su fertilidad futura.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Protocolización de procedimientos técnicos para preservación ovárica en niñas y adolescentes en tratamiento oncológico y su selección.

Fecha inicio: 23/06/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Paolo Antonio Bragagnini Rodriguez

2. Elaboración de consentimiento informado para pacientes y familiares.

Fecha inicio: 23/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Mercedes Ruiz de Temiño Bravo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Realización de protocolo técnico-asistencial.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Avance del protocolo técnico-asistencial.

Denominador .....: Protocolo técnico-asistencial.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Intranet UCA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#247

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EXTRACCION DE TEJIDO OVARICO EN NIÑAS ONCOLOGICAS PARA PRESERVAR LA FERTILIDAD

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Realizacion de Consentimiento informado

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Avance de la realizacion de consentimiento informado  
Denominador .....: Consentimiento Informado  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Intranet UCA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. % de pacientes a los que se les ofrece la posibilidad de preservacion ovarica.

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° Pacientes a los que se realiza criopreservacion ovarica  
Denominador .....: N° Pacientes subsidiarios para criopreservacion ovarica  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#524

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA PROGRAMACION DE LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE RECONSTRUCCION MAMARIA

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#524 \*\* Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
AGULLO DOMINGO ALBERTO

Título  
OPTIMIZACION DE LA PROGRAMACION DE LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE RECONSTRUCCION MAMARIA

Colaboradores/as:  
GOMEZ-ESCOLAR LARRAÑAGA LUCIA  
RODRIGO PALACIOS JAVIER  
SANZ ARANDA ESTER

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGIA PLASTICA Y REP.

Línea estratégica: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La reconstrucción de mama, parte integrante del Proceso de Mama, precisa una organización más racional de los diferentes tiempos quirúrgicos, dado que la mayor parte de las pacientes requieren 2 o 3 tiempos de intervención dentro de un plazo razonable desde la mastectomía hasta el final de la reconstrucción. Con un nuevo sistema de programación como el objeto de esta línea de calidad pretendemos ajustar mejor los tiempos quirúrgicos previsibles para eliminar demoras y maximizar el uso de los quirófanos asignados.

La base de datos relaciona directamente la secuela específica de la paciente con la técnica requerida y con el tipo presivable de uso del quirófano. De esta forma se optimiza la programación de los partes quirúrgicos de esta patología, quedando normalizada independientemente del encargado de programar.

Para implementarlo es necesaria la colaboración con el Servicio de Informática para poder disponer en intranet de la base de datos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Agilización de los procesos asistenciales en Reconstrucción mamaria

#### ANALISIS DE CAUSAS

Criterios de inclusión en LEQ no unificados, técnicas de reconstrucción variables en complejidad y de duración de tiempo quirúrgico y satisfacción de las pacientes

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Listado de las secuelas de mastectomía susceptibles de reconstrucción

Clasificar y definir por módulos de tiempo quirúrgico las diferentes técnicas de reconstrucción mamaria

Optimizar el sistema informático para poder acceder a los detalles específicos de cada intervención desde intranet

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1.- Listado de patologías disponibles en CIE-10 y su adaptación al Servicio

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Dra. Gómez Escolar

2. 2.- Listado de técnicas de reconstrucción disponibles en la actualidad en nuestro Servicio

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Dra. Sanz Aranda

3. 3.- Creación de módulos de tiempo quirúrgico para programar intervenciones de forma racional

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Dr. Rodrigo

4. 4.- Consensuar entre todos los componentes del Servicio los listados y módulos anteriores.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Servicio de Cirugía Plástica

5. 5.- Trabajar con Departamento de informática en la creación y el acceso por intranet de la base de datos sobre LEQ de reconstrucción de mama

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Dr. Rodrigo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#524

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA PROGRAMACION DE LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DE RECONSTRUCCION MAMARIA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Listado de las secuelas de mastectomía susceptibles de reconstrucción

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Numero de secuelas susceptibles de reconstrucción  
Denominador .....: Numero de secuelas revisadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Clasificar y definir por módulos de tiempo quirúrgico las diferentes técnicas de reconstrucción mama

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: No cuantificable  
Denominador .....: No cuantificable  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Historia Clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Optimizar el sistema informático para poder acceder a los detalles específicos de cada intervención

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: No cuantificable  
Denominador .....: No cuantificable  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Historia Clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: --Otros--> Reconstrucción mamaria

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#808

### 1. TÍTULO

#### VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) PREQUIRURGICA EN PACIENTE MAYOR DERIVADO A CIRUGIA PLASTICA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES CUTANEOS DE CABEZA Y CUELLO

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#808 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
BERNAL MARTINEZ ALVARO JESUS

Título  
VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) PREQUIRURGICA EN PACIENTE MAYOR DERIVADO A CIRUGIA PLASTICA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES CUTANEOS DE CABEZA Y CUELLO

Colaboradores/as:  
AGULLO DOMINGO ALBERTO  
BERGES FERNANDEZ JESUS  
FERNANDEZ LETAMENDI NIEVES  
MARTI AYATS JOSEP MARIA  
PERALES ENGUITA ALBA  
SOBRINO CASORRAN ALBA  
TURON RIOS MARIA ALICIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGIA PLASTICA Y REP.

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*GERIATRIA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Queremos proponer la elaboración de un protocolo orientado a aquellos pacientes que por su edad y/o situación cognitiva y funcional previa, le generen al Cirujano Plástico controversia en la toma de decisiones. Actualmente, de manera no sistemática se estaban derivando pacientes a la consulta externa de Geriatria, donde Geriatras formadas en valoración prequirúrgica elaboran una batería de test e índices pronósticos, que junto a una valoración geriátrica integral permiten conocer la fragilidad del paciente. Ello nos va a permitir estimar la reserva fisiológica del mismo para superar el tratamiento propuesto con resultados positivos, orientar en la toma de decisiones basado en esta valoración sobre el grado de adecuación del esfuerzo terapéutico indicado en cada paciente, seguimiento de aquellos factores de riesgo que conviene tener controlados e incluso optimizar en lo posible la situación previa a la cirugía del paciente (situación nutricional, tratamiento de anemias...) y en caso de desestimación de la cirugía orientar a la familia y elaborar informes para Atención Primaria y que puedan valorar activar a nivel ambulatorio los recursos recomendables.

#### ÁREAS DE MEJORA

Los tumores cutáneos de cabeza y cuello (en especial el carcinoma espinocelular cutáneo), puede ser un tumor de rápido crecimiento, que obliga a cirugías mayores, que implican resección amplia, reconstrucción y linfadenectomía. Estos tumores, cada vez con mas frecuencia, se detectan en pacientes mayores, en los que también es más frecuente la metastatización. Con frecuencia se intervienen sin tener en cuenta la fragilidad del paciente, o no se intervienen (o se hace de manera incompleta) teniendo como único criterio la edad. Lo primero conlleva mayor riesgo de complicaciones, en ocasiones mortales, y mayor uso de recursos sin obtener mejoría en la calidad de vida del paciente. En el segundo caso, la imperancia del ageísmo implicará mayor mortalidad y morbilidad.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La toma de decisiones consensuada en base a equipos multidisciplinares es la base de la atención centrada en la persona y en la gestión por procesos asistenciales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Elaborar un protocolo de actuación para la valoración de fragilidad por parte de Geriatria en todos los pacientes mayores de 85 años y aquellos mayores de 80 años en los que se cumplan los siguientes criterios: dependencia funcional previa, deterioro cognitivo diagnosticado o comorbilidad (presencia de 2 o más de las siguientes: insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica, diabetes, EPOC, insuficiencia renal crónica dializada o enfermedad vascular cerebral), que sean derivados al Servicio de Cirugía Plástica con tumores cutáneos avanzados, para cuyo tratamiento precisen de una cirugía mayor que un cierre primario o la reconstrucción con un colgajo local.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un grupo de trabajo formado por Cirujanos Plásticos y Geriatras.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 05/09/2022

Responsable.: Álvaro J. Bernal Martínez

2. Reuniones periódicas del grupo de trabajo (al menos trimestrales). Primera reunión para poner en común

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#808

### 1. TÍTULO

#### VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) PREQUIRURGICA EN PACIENTE MAYOR DERIVADO A CIRUGIA PLASTICA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES CUTANEOS DE CABEZA Y CUELLO

datos objetivos sobre el número y sobre todo características de pacientes diana

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final.: 01/10/2023

Responsable.: Álvaro J. Bernal Martínez

3. Consenso definitivo sobre valoración de fragilidad en estos pacientes, en base a evidencia científica de que se disponga en este tipo de cirugías.

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final.: 26/09/2022

Responsable.: Álvaro J. Bernal Martínez

4. Elaboración de un protocolo que incluya el circuito de derivación de estos pacientes para poder hacerlo lo mas precoz posible y poder gestionarlo, si es viable, en el resto de centros de la red SALUD

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Álvaro J. Bernal Martínez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Formación de un grupo de trabajo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Sí (1), No (0)

Denominador .....: Sí (1), No (0)

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Acta primera reunión formación del grupo de trabajo

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Reuniones periódicas del grupo de trabajo

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de reuniones realizadas

Denominador .....: 4 (número de trimestres al año)

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Actas de las reuniones del grupo de trabajo

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Elaboración de protocolo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Sí (1), No (0)

Denominador .....: Sí (1), No (0)

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Listado de protocolos clínicos aprobados en la web del Sector II SALUD

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. Derivación de pacientes diana desde C. Plástica a Geriatria

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes ancianos remitidos desde C. Plástica a Geriatria

Denominador .....: Número de pacientes ancianos remitidos desde C. Plástica y evaluados en CCEE de Geriatria

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listados de consultas web HCE SALUD

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Valoración realizada e informada de pacientes diana remitidos desde C. Plástica a Geriatria

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes valorados por Geriatria con informe clínico detallado disponible en la HCE del paciente

Denominador .....: Número de pacientes ancianos remitidos desde C. Plástica y evaluados en CCEE de



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#808

### 1. TÍTULO

#### VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI) PREQUIRURGICA EN PACIENTE MAYOR DERIVADO A CIRUGIA PLASTICA PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES CUTANEOS DE CABEZA Y CUELLO

Geriatría  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Web HCE SALUD  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 6. Decisión informada en C. Plástica

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes diana con informe de Geriatría de valoración prequirúrgica y con informe de C. Plástica con decisión definitiva  
Denominador .....: Número de pacientes ancianos remitidos desde C. Plástica y evaluados en CCEE de Geriatría  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Web HCE SALUD  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#403

### 1. TÍTULO

#### MONITORIZACION DE BIOMARCADORES PARA LA DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES EN ANASTOMOSIS DE ALTO RIESGO EN CIRUGÍA ESOFAGOGASTRICA

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#403 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
LIGORRED PADILLA LUIS ANTONIO

Título  
MONITORIZACION DE BIOMARCADORES PARA LA DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES EN ANASTOMOSIS DE ALTO RIESGO EN CIRUGÍA ESOFAGOGASTRICA

Colaboradores/as:  
APARICIO LOPEZ DANIEL  
CANO PAREDERO ANTONIO JAVIER  
CANTIN BLAZQUEZ SONIA  
CERDAN PASCUAL RAFAEL  
RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN MIGUEL  
ROYO DACHARY PABLO  
SANCHO PARDO PABLO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La detección precoz y tratamiento de las complicaciones de las anastomosis de alto riesgo en cirugía esofagogastrica resulta fundamenta ya que la misma puede tener graves consecuencias para el paciente debido a la alta morbimortalidad de las mismas, además de afectar de forma adversa a la duración de la estancia y al coste del proceso quirúrgico.

#### ÁREAS DE MEJORA

Detección y tratamiento precoz de las fugas anastomóticas en cirugía esofagogastrica con la monitorización de la Proteína C reactiva (PCR)

#### ANALISIS DE CAUSAS

Existe una gran variación en la incidencia de fugas anastomótica de nuestra cirugía (3,5-21 %) y en la mortalidad relacionada (0-35 %), debido a la ausencia de un formato estandarizado a la hora de definir las fugas y estratificar su gravedad. Las variaciones en el tipo de anastomosis realizada, lugar de la anastomosis (cervical o torácica), presentación clínica, estrategia terapéutica y la experiencia del equipo quirúrgico hacen que sea un tema complejo a la hora analizarlo. Actualmente nuestro índice de fugas anastomótica tras cirugía esofágica es el 10% y en cirugía gástrica en el 8%. Consideramos la existencia de una fuga anastomótica como la extravasación de contraste oral a través de la anastomosis en la tomografía axial computarizada multicorte (TAC). La morbimortalidad relacionada con dichas fugas en nuestro caso fue del 20% considerando ingresos prolongados, alteraciones en la ingesta alimentaria y mortalidad propiamente dicha. La Proteína C Reactiva (PCR) se ha utilizado para el diagnóstico de la infección intra-abdominal del paciente quirúrgico, como un marcador general de un curso postoperatorio desfavorable, incluidas las complicaciones quirúrgicas y las no quirúrgicas. Recientemente, la Proteína C Reactiva ha sido evaluada como un indicador predictivo precoz de complicaciones sépticas después de resecciones de esófago, páncreas y recto.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Cumplimiento de la monitorización de los parámetros séricos del Proteína C reactiva en los pacientes intervenidos de cirugía esofagogastrica, determinación sérica de PCR (Proteína C reactiva) los días 1º, 3º, 5º y 7º postoperatorios.  
Detección precoz de fuga anastomótica tras la elevación de los parámetros séricos de PCR (Proteína C reactiva) y confirmación de la misma mediante TAC con contraste oral en los pacientes operados de cirugía esofagogastrica electiva.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Determinación sérica de la Proteína C reactiva como parametro de sospecha de fuga anastomotica en los pacientes intervenidos de cirugía esofagogastricalos días 1º, 3º, 5º y 7º DPO

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: L.A. LIGORRED PADILLA

2. Realización de TAC con contraste oral, de confirmación de la sospecha de fuga anastomotica

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: L.A. LIGORRED PADILLA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#403

### 1. TÍTULO

#### MONITORIZACION DE BIOMARCADORES PARA LA DETECCION PRECOZ DE COMPLICACIONES EN ANASTOMOSIS DE ALTO RIESGO EN CIRUGÍA ESOFAGOGASTRICA

-

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. DETERMINACIÓN SÉRICA DE PCR 1º, 3º, 5º y 7º DPO

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: -

Denominador .....: -

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Servicio de Bioquímica. Laboratorio bioquímica

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Realización de TAC 6º DPO

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: -

Denominador .....: -

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Servicio de Radiología.

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

-

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#715

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL ABORDAJE LAPAROSCOPICO PARA LA REPARACION DE LA HERNIA INGUINOCRURAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 20/07/2022

Nº de registro: 2022#715 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CASAMAYOR FRANCO CARMEN

Título  
IMPLANTACION DEL ABORDAJE LAPAROSCOPICO PARA LA REPARACION DE LA HERNIA INGUINOCRURAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Colaboradores/as:  
APARICIO LOPEZ DANIEL  
BORLAN ANSON SOFIA  
CERDAN PASCUAL RAFAEL  
CHOLIZ EZQUERRO JORGE  
DOBON RASCON MIGUEL ANGEL  
LAHUERTA LORENTE MARIA LOURDES  
LIGORRED PADILLA LUIS ANTONIO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las hernias de la región inguinal consisten en la protrusión de contenido abdominal o grasa pre peritoneal a través de canal inguinal o femoral. Con una incidencia anual en torno a 180-250 casos por cada 100.000 habitantes representan la patología más frecuente en Cirugía General y Ap. Digestivo. Históricamente, el abordaje quirúrgico utilizado han sido realizados mediante cirugía abierta bien con técnicas con tensión (sin material protésico) o sin ella (mediante uso de mallas). A partir de los años 90 irrumpen el abordaje laparoscópico en la Cirugía de la pared abdominal permitiendo una mejor visualización del orificio inguinal profundo por vía posterior, facilitando la reparación de orificio miopectíneo y la cobertura del defecto herniario detrás del plano musculoaponeurótico inguinal con la utilización de mallas. Las tasas de recidiva son equiparables al acceso anterior. Existen dos técnicas laparoscópicas: la vía totalmente extraperitoneal (TEP) o la transabdomino preperitoneal (TAPP). Tradicionalmente la reparación herniaria en Servicio de Cirugía General y Ap. Digestivo se ha realizado mediante un abordaje abierto, empleando técnicas sin tensión con la utilización de material protésico bien por vía anterior o posterior.

Se ha detectado cómo los pacientes cada vez más demandan procedimientos mínimamente invasivos para la reparación herniaria así como la evidencia científica disponible y las principales guías clínicas recomiendan abordajes laparoscópicos. Por todo ello se considera que su implementación permitirá:

- Mejorar la técnica quirúrgica: llevar a cabo reparaciones más sencillas, anatómicas, y didácticas; explorar e identificar posibles defectos asociados desapercibidos.
- Disminuir el dolor postoperatorio y mejor confort al realizar un cierre sin tensión.
- Disminuir la estancia hospitalaria y lograr una reincorporación precoz a la vida laboral.
- Mejorar el resultado estético.
- Reducir las complicaciones locales: hematoma, infección, etc.
- Disminuir el dolor crónico postoperatorio y la hipoestesia.

#### ÁREAS DE MEJORA

El abordaje de la hernia inguinal se realiza actualmente por vía abierta.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La incorporación de nuevos abordajes, el desarrollo tecnológico, la rotación del personal facultativo, la presión asistencial, la curva de aprendizaje, los recursos necesarios inicialmente y la pandemia COVID19 que ha desplazado la patología benigna a Cirugía Sin Ingreso o la actividad autoconcertada de cirugía tardes, son algunos de los factores por lo que no se llevan a cabo estos procedimientos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Implementar la reparación de las hernias del canal inguinal o femoral por vía laparoscópica (bien por técnica TAPP o TEP) en el Servicio de Cirugía General y Ap. Digestivo del HUMS. Población del Sector Sanitario Zaragoza II que presenten:

- Hernias inguinales bilaterales: reparación simultánea de ambas en un solo procedimiento evitando ingresos e incisiones.
- Hernias recidivadas: la indemnidad del espacio preperitoneal permite evitar áreas cicatriciales y utilizar un plano anatómico diferente.
- Pacientes jóvenes, laboralmente activo y/o deportistas que precisa una recuperación precoz.
- Hernia en la mujer: permite reparar en un mismo tiempo hernia inguinales y crurales así como explorar el territorio contralateral.
- Hernia femoral.
- Hernias encarceradas por técnica TAPP de manera urgente.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#715

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL ABORDAJE LAPAROSCOPICO PARA LA REPARACION DE LA HERNIA INGUINOCRURAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Según al análisis de nuestra casuística, se estima que aproximadamente el 15-20% de los pacientes diagnosticados de hernia inguinal podrían beneficiarse de este tipo de cirugía.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Participar en cursos de formación y en jornadas sobre el abordaje laparoscópico de la hernia inguinal

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Dra. Casamayor Franco

2. Organizar sesiones formativas para el resto del personal que forma parte del proceso asistencial (enfermería de planta, enfermería de quirófano, Anestesiología, Médicos de Atención Primaria, etc).

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Dra. Casamayor Franco

3. Adecuar los consentimientos informados al abordaje laparoscópico de la hernia inguinal, proponiéndoles este tipo de procedimiento para su reparación herniaria.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Dra. Casamayor Franco

4. Promover la programación de reparaciones herniarias laparoscópicas

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Dra. Casamayor Franco

5. Conocer el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Dra. Casamayor Franco

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Formación en Hernia Laparoscópica

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de facultativos formados en técnicas laparoscópicas

Denominador .....: Nº total de facultativos del Servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Jefatura de Servicio Cir Gral y Ap Digestivo

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Procedimientos realizados

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de hernioplastia realizadas por vía laparoscópica

Denominador .....: Nº total de hernioplastias realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Jefatura de Servicio Cir Gral y Ap Digestivo

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

3. Estancia hospitalaria

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de días de estancia de pacientes intervenidos por vía laparoscópica

Denominador .....: Nº días de estancia de pacientes intervenidos por vía abierta

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Jefatura de Servicio Cir Gral y Ap Digestivo

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. Consentimientos informados

Tipo de indicador: impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#715

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL ABORDAJE LAPAROSCOPICO PARA LA REPARACION DE LA HERNIA INGUINOCRURAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Numerador .....: N° de consentimientos entregados de reparación laparoscópica de hernia inguinocrural  
Denominador .....: N° de consentimientos entregados de reparación hernia inguinocrural  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Jefatura de Servicio Cir Gral y Ap Digestivo  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Hernia inguinocrural

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#864

### 1. TÍTULO

#### **MEDICINA REGENERATIVA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS ANALES REFRACTARIAS CON CELULAS MADRE MESENQUIMALES ALOGENICAS (DARVADSTROCEL- ALOFISEL®)**

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#864 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora

DUQUE MALLÉN MARIA VICTORIA

Título

MEDICINA REGENERATIVA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS ANALES REFRACTARIAS CON CELULAS MADRE MESENQUIMALES ALOGENICAS (DARVADSTROCEL- ALOFISEL®)

Colaboradores/as:

DE MIGUEL ARDEVINES MARIA CARMEN

GRACIA ROCHE CARLOS

HERRERO LOPEZ MARIA

MARTINEZ GERMAN ANTONIO

MATUTE NAJARRO MARIA SOLEDAD

SANCHEZ FUENTES MARIA NIEVES

SANTERO RAMIREZ MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad autoinmune del tracto gastrointestinal de curso crónico y cuya evolución es difícil de predecir. Al ser incurable en el momento actual, los tratamientos disponibles están orientados a suprimir la actividad inflamatoria, conseguir la desaparición de las lesiones producidas y mantener la remisión clínica. Aún así, hasta un 70% de pacientes con EC van a precisar cirugía en algún momento de su evolución, ya sea en la forma abdominal o proctológica.

Con este proyecto pretendemos mejorar los resultados en un grupo especial de pacientes Crohn-EPA, aquellos con fístulas anales complejas de gran impacto en su salud y calidad de vida, y que son refractarias a una combinación de tratamientos biológicos con anti-TFN (infliximab, ustekinumab, vedolizumab). Estos pacientes suelen requerir procedimientos quirúrgicos complejos, costosos y que en ocasiones pueden acabar con terribles secuelas como la incontinencia anal.

La Unidad de Cirugía Coloproctológica (UCP) está incluida desde el año 2018 en la Unidad de Atención Integral de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (UAI-EII), que se acreditó como Unidad de Nivel Avanzado en 2021. Se trata de un equipo interdisciplinar formado por digestólogos, cirujanos, enfermeras, radiólogos, nutricionistas, farmacéuticos y otros profesionales sanitarios. La UCO ofrece en su cartera de servicios diferentes técnicas quirúrgicas para el manejo de las fístulas complejas, siendo el objetivo cerrar la fístula sin perjudicar la continencia anal o reducir los síntomas transformando la fístula compleja en una más llevadera. La elección de la intervención depende del tipo y localización de la fístula (setones, fistulotomía, colgajos de avance, LIFT, fistulectomías, o incluso resección de recto y colostomía) y hay un gran variabilidad de resultados en la práctica clínica. Nuestro reto actual es que los pacientes con Crohn-EPA refractario, en los que ha fallado el tratamiento médico y siguen con supuración persistente, tengan una oportunidad de curación sin secuelas.

La terapia con células madre mesenquimales alogénicas ha demostrado en diversos estudios experimentales y ensayos clínicos que puede inducir la remisión en el Crohn-EPA. La inyección local de Dravadstrocel (Alofisel®) consigue cierres del 56% frente al 39% del placebo. La UCP es referencia en nuestra Comunidad para este tratamiento, desde el año 2021 y participa en ensayos internacionales multicéntricos para conseguir mejores evidencias (proyecto INSPIRE, que ha reclutado ya 400 pacientes con un límite en 600).

ÁREAS DE MEJORA

Cirugía en la Enfermedad de Crohn-EPA: fístulas anales complejas refractarias a tratamiento estándar

ANÁLISIS DE CAUSAS

Resultados clínicos quirúrgicos actuales con curaciones inferiores al 40%

OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1) Coordinación del equipo interdisciplinar de la UAI- EII: Formación del equipo en terapia regenerativa. Selección de candidatos al tratamiento. Población diana: pacientes con Ec y fístulas anales complejas refractarias. Elaboración de una Vía Clínica para la administración de Alofisel®: procedimiento y marco temporal.
- 2) Atención personalizada a los pacientes : Los pacientes con EC demandan a los cirujanos tratamientos individualizados, menos dolorosos y menos agresivos y una atención continuada por personal especializado.
- 3) Coordinación con Farmacia hospitalaria: Petición formalizada del producto y cumplimentación del registro Valthermed de la Comunidad de Aragón.
- 4) Gestión eficiente de los recursos quirúrgicos: Reducción de tiempos de espera y LEQ. Procedimiento mínimamente invasivo. Atención continuada
- 5) Registro quirúrgico de pacientes con Crohn-EPA: HCE normalizada. Investigación de Resultados clínicos y PROMS.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#864

### 1. TÍTULO

#### MEDICINA REGENERATIVA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS ANALES REFRACTARIAS CON CELULAS MADRE MESENQUIMALES ALOGENICAS (DARVADSTROCEL- ALOFISEL®)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Comité de EII selecciona los pacientes

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: COMITE DE EII

2. Medicina regenerativa basada en células madre estromales alogénicas (Darvadstrocel, nombre comercial Alofisel® )

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: MARIA VICTORIA DUQUE

3. Crear y modificar protocolos y procedimientos en Crohn-EPA refractario.

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: MARIA VICTORIA DUQUE

4. Asistencia a programas de capacitación y mejoras de competencia.Divulgación del procedimiento.

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: MARIA VICTORIA DUQUE

5. Fomentar la interacción entre profesionales y entre éstos y los pacientes.

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: MARIA VICTORIA DUQUE

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

En Abril del 2021 se realizó el primer procedimiento Crohn-EPA con células madre mesenquimales en nuestra Comunidad.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Decisiones de asistencia complejas, incluida la indicación quirúrgica, en comité de EII

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº de indicaciones quirúrgicas  
Denominador .....: nº de IQ en el comité de EII  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro UCP y comité  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Cirugía electiva realizada exclusivamente por equipos acreditados

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: nº de sesiones quirúrgicas  
Denominador .....: nº de SQ por equipos acreditados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro UCP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Registro actualizado de los pacientes intervenidos de Crohn-EPA

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: nº de pacientes intervenidos  
Denominador .....: nº de pacientes registrados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro UCP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#864

### 1. TÍTULO

#### MEDICINA REGENERATIVA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS ANALES REFRACTARIAS CON CELULAS MADRE MESENQUIMALES ALOGENICAS (DARVADSTROCEL- ALOFISEL®)

4. Los cirujanos de la UCP deben participar, al menos una vez al año, en una actividad de formación.

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: nº de actividades de formación continuada realizadas  
Denominador .....: nº de cirujanos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro UCP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Indicadores clínicos y radiológicos de curación: Remisión combinada completa a la semana 24

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº de pacientes en remisión  
Denominador .....: nº de pacientes intervenidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro UCP, registro Valtermed, registro INSPIRE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 39.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 56.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 39.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 56.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Marco temporal del proyecto 2022-2023, con continuidad y ciclo de mejora continua. Se auditarán los resultados tanto internamente como externamente:

- Auditoría interna de la Unidad.
- Auditoría externa a cargo de la gestora de Acreditación de la UAI\_EII.
- Auditoría externa de la Comunidad de Aragón: registro Valtermed y financiación en fórmula de RIESGOS COMPARTIDOS POR RESULTADOS.
- Estudio multi-institucional INSPIRE en curso.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#943

### 1. TÍTULO

#### REVISION PREQUIRURGICA DE LA HC DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA PROGRAMADA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#943 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RUBIO SANCHO MARIA TERESA

Título  
REVISION PREQUIRURGICA DE LA HC DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA PROGRAMADA

Colaboradores/as:  
BUJALDON NAVARRO SARA  
MILIAN PEREZ MARGARITA  
MONTERDE MUÑO MARIA PILAR  
PUERTO GREGORIO ANA CRISTINA  
RIOS GALLEGO MARIA JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La correcta revisión de la HC prequirúrgica en la Unidad de Cirugía permite evitar errores y retrasos por falta de algún documento o prueba previa a la cirugía y facilita la labor del personal de Acogida y Quirófano.

#### ÁREAS DE MEJORA

Que ningún paciente llegue a Quirófano sin algún documento que retrase su intervención

#### ANALISIS DE CAUSAS

La falta de analíticas, pruebas cruzadas, consentimientos, etc, dificulta y retrasa la actuación del personal del Bloque Quirúrgico y la entrada del paciente a quirófano.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Conocimiento del proyecto por la totalidad del personal enfermero

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Sesión de exposición del proyecto

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Margarita Milian Pérez

#### 2. Elaboración de ficha para el registro de la actividad enfermera

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Teresa Rubio Sancho

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Puesto que no se puede hacer un registro medible en HCE la ficha de registro se guardará en las Unidades para su posterior control.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Revisión de HC

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de fichas de revisión de HC

Denominador .....: total de nº de pacientes sometidos a cirugía general y digestiva programada

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ficha de registro y HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#943

### 1. TÍTULO

#### REVISION PREQUIRURGICA DE LA HC DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA PROGRAMADA

Tipo de patología: --Otros--> Paciente sometido a cirugía general y digestiva programada

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#881

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE MANUAL TECNICO DE ACOGIDA DIRIGIDO A PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION CCEE HUMS

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#881 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CONDE ANSODI EDUARDO

Título  
ELABORACION DE MANUAL TECNICO DE ACOGIDA DIRIGIDO A PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION CCEE HUMS

Colaboradores/as:  
AÑAÑOS OTAL MARIA TERESA  
BARCELONA CARCAVILLA IRENE  
CABEZON GRACIA ARANZAZU  
ESCANILLA GARCIA LAURA  
PASCUAL ALIENDE MARIA LORETO  
PASTOR ALCOLEA PAULA  
PEREZ BORAU MARIA ANTONIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAL GENERAL

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Compromiso con nuestra organización para revisar, actualizar y mejorar el funcionamiento de CCEE. Proyecto que pretende mejorar la acogida del personal de nueva incorporación, haciéndoles entrega de un manual técnico en el que se explica la distribución y organización de CCEE, funcionamiento y los recursos disponibles para mejorar la seguridad clínica, de realizar al paciente correcto su procedimiento de forma adecuada.

#### ÁREAS DE MEJORA

Incorporación escalonada del personal para cubrir sustituciones, bajas o permisos. Interrupciones sobre dudas en el funcionamiento diario de CCEE, que alteran el desarrollo de nuestra actividad diaria como gestores. Identificación correcta: del paciente, de las pruebas complementarias y de las muestras realizadas.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Debido a la alta rotación de personal queremos que todo el personal que se incorpore en CCEE disponga de un manual técnico de apoyo que sirva para solucionar sus dudas y así minimizar los errores en seguridad clínica. El manual técnico debe ser el primer recurso que utilice el personal para consultar sus dudas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Optimizar la acogida del personal de nueva incorporación, formarlo y así mejorar su satisfacción en el trabajo. Dar una información detallada y actualizada de CCEE. Mejorar la seguridad clínica.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Entregar el manual técnico a cada profesional de nueva incorporación

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: EDUARDO CONDE ANSODI

2. Realizar 1 reunión anual con los colaboradores del proyecto para detectar mejoras y actualizaciones en el manual técnico.

Fecha inicio: 10/01/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: EDUARDO CONDE ANSODI

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de profesionales que han recibido el manual en su incorporación a CCEE

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales que han recibido el manual en su incorporación a CCEE

Denominador .....: Número de profesionales de nueva incorporación en CEE

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: GPT

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#881

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE MANUAL TECNICO DE ACOGIDA DIRIGIDO A PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION CCEE HUMS

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#779

### 1. TÍTULO

#### CAMPAÑA DE SENSIBILIZACION Y PREVENCION DEL "SÍNDROME DEL LACTANTE ZARANDEADO"

Fecha de entrada: 23/07/2022

Nº de registro: 2022#779 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
PEÑA SEGURA JOSE LUIS

Título  
CAMPAÑA DE SENSIBILIZACION Y PREVENCION DEL "SÍNDROME DEL LACTANTE ZARANDEADO"

Colaboradores/as:  
GALVE PRADEL MARIA ZENAIDA  
GARCIA INIGUEZ JUAN PABLO  
JAVIERRE MIRANDA ELENA  
MADURGA REVILLA PAULA ALMUDENA  
MARTINEZ MORAL MARIA  
PEREZ DELGADO RAQUEL  
SORO LORENTE CINTIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAL INFANTIL

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 1\*CENTRO DE SALUD ZUERA\*EAP ZUERA\*AP (Atención Primaria)  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 5 HMI (TOCOLOGIA)\*HOSP (Hospitalización)  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 7 HMI (TOCOLOGIA)\*HOSP (Hospitalización)  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATOLOGIA\*HOSP (Hospitalización)  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRIA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En este último año se ha observado, en nuestra comunidad autónoma y en todo el país, un aumento de la incidencia del "síndrome del lactante zarandeado". En el primer semestre del 2022 han ingresado 3 niños en nuestro centro hospitalario.

Zarandear, no necesariamente con intención de producir daño, a un bebé puede provocarle secuelas neurológicas irreversibles o incluso la muerte. Los zarandeos provocan que la cabeza del bebé sufra movimientos de aceleración y desaceleración rápidos que, a causa del gran tamaño de la cabeza en proporción al resto del cuerpo y a una musculatura del cuello débil, facilitan que se produzcan lesiones intracraneales o un traumatismo craneal. El "síndrome del lactante zarandeado" tiene como signos más frecuentes la hemorragia cerebral y retiniana y puede haber fracturas óseas asociadas.

La incidencia es mayor entre los dos y ocho meses de edad. El desencadenante principal es el llanto continuado inconsolable del bebé y también influyen las situaciones familiares de vulnerabilidad. Uno de cada cuatro niños que sufre este tipo de violencia muere y, de los niños supervivientes, aproximadamente un 65-80% presentan secuelas neurológicas que pueden ser muy graves, como afectación motora, déficit visual, discapacidad intelectual y epilepsia. Es necesario concienciar a los padres y a la población en general del daño que puede provocar zarandear a un niño pequeño.

Pretendemos desarrollar un programa de prevención del "síndrome del lactante zarandeado" que se iniciará en la planta de maternidad del Hospital Miguel Servet y que tendrá continuidad en la primera consulta de pediatría en el centro de salud. Para ello contando con enfermería, neonatólogos, neuropediatras, intensivistas pediátricos y pediatras de primaria se elaborará un folleto de información para los cuidados del recién nacido, haciendo especial hincapié en el manejo del llanto y explicando en qué consiste el "síndrome del lactante zarandeado" y cómo evitarlo. Este folleto informativo y esta campaña de prevención se difundirá entre todos los pediatras de Aragón, inicialmente a través de las sociedades científicas SPARS y ARAPAP, de modo que en la primera consulta de pediatría en el centro de salud se comprueba que los padres han recibido y comprendido la información. Posteriormente, nos gustaría extender esta campaña de prevención al resto de maternidades de nuestra comunidad autónoma tanto de hospitales públicos como privados y a toda la sociedad aragonesa. Se daría difusión en RRSS y medios de comunicación, se solicitaría su aparición en Salud Informa en el apartado Escuela de Padres y podría plantearse como actividad comunitaria buscando la colaboración de familias y consejos de Salud contando con el Sistema de Asesoramiento y Recursos (SARES).

#### ÁREAS DE MEJORA

Aumento de la incidencia en nuestra comunidad autónoma del "síndrome del lactante zarandeado".  
Mejorar cuidado y crianza de nuestros recién nacidos: afrontar las crisis de llanto.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de información por parte de los padres y sociedad en general.  
Falta de prevención-sensibilización por parte de los profesionales sanitarios implicados.  
Aumento de situaciones familiares de vulnerabilidad.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#779

### 1. TÍTULO

#### CAMPAÑA DE SENSIBILIZACION Y PREVENCION DEL "SÍNDROME DEL LACTANTE ZARANDEADO"

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir la incidencia del "síndrome del lactante zarandeado" en nuestra comunidad autónoma.  
Sensibilizar a los profesionales sanitarios, familias y sociedad aragonesa acerca del "síndrome del lactante zarandeado" y sus graves consecuencias.  
Mejorar el cuidado de nuestros recién nacidos y lactantes. Favorecer la parentalidad positiva.  
Va dirigida a todos los recién nacidos de la maternidad del HUMS y posteriormente se trataría de ampliar a todos los recién nacidos de Aragón.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un folleto de recomendaciones al alta de la maternidad del HUMS.

Fecha inicio: 16/09/2022

Fecha final: 16/12/2022

Responsable.: ZENAIDA GALVE PRADEL

2. Implementar su entrega y explicación a todos los padres antes del alta de maternidad.

Fecha inicio: 02/01/2023

Fecha final: 31/03/2023

Responsable.: CINTIA SORO LORENTE

3. Implementar que en 1ª consulta de pediatría en los Centros de Salud de los sectores I y II se comprueba que se ha recibido y entendido el folleto informativo.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final: 30/06/2023

Responsable.: ELENA JAVIERRE MIRANDA

4. Difusión en RRSS, medios de comunicación, Salud Informa y Sistema de Asesoramiento y Recursos (SARES).

Fecha inicio: 31/01/2023

Fecha final: 30/06/2023

Responsable.: JOSE LUIS PEÑA SEGURA

5. Extender esta campaña de prevención al resto de maternidades tanto de hospitales públicos como privados y pediatras de nuestra comunidad autónoma.

Fecha inicio: 01/09/2023

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: JOSE LUIS PEÑA SEGURA

6. Registrar los niños ingresados en la UCI-P del HUMS con el diagnóstico "síndrome del lactante zarandeado" en los últimos 10 años

Fecha inicio: 16/09/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: PAULA MADURGA REVILLA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración del folleto informativo para entregar en la maternidad del HUMS.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Sí

Denominador .....: No

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Constancia del folleto informativo en Calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de RN cuyos padres que reciben el folleto informativo en la maternidad del HUMS.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: RN cuyos padres que reciben el folleto informativo en la maternidad del HUMS

Denominador .....: Total de RN que reciben el alta en la maternidad del HUMS

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro altas maternidad.

Constancia en informe de alta se ha entregado el folleto informativo.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de RN cuyos padres que en 1ª consulta de pediatría se comprueba han recibido y entendido folleto.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#779

### 1. TÍTULO

#### CAMPAÑA DE SENSIBILIZACION Y PREVENCION DEL "SÍNDROME DEL LACTANTE ZARANDEADO"

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: RN que en 1ª consulta de pediatría se comprueba sus padres han recibido y entendido folleto

Denominador .....: Total de RN que acuden a 1ª consulta de pediatría

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Constancia en OMI se ha comprobado han recibido y entendido el folleto.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % de RN en Aragón en 2024 cuyos padres han recibido el folleto informativo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: RN en Aragón en 2024 cuyos padres han recibido el folleto

Denominador .....: Total de RN en Aragón en 2024

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro altas maternidad.

Constancia en informe de alta se ha entregado el folleto informativo.

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Lactantes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1184

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERIA ORL: CONTROL Y DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIATRICO

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1184 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GIMENO LAGUARDIA NURIA

Título  
PROYECTO DE MEJORA CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERIA ORL: CONTROL Y DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIATRICO

Colaboradores/as:  
CARMEN SAMPERIZ LUIS  
GARCIA AJA BEATRIZ  
LOPEZ MAYORAL CRISTINA  
MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE  
MUÑO LIDON SARA  
PEREZ CANO NURIA  
VICENTE GONZALEZ EUGENIO ANDRES

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAL INFANTIL

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Según la OMS, la incidencia de la hipoacusia se sitúa en 5/1000 recién nacidos vivos, lo que supone que alrededor de 1890 niños al año nacen con algún grado de hipoacusia en España. El 80% de las hipoacusias infantiles

son congénitas y un 20% se desarrollan en los primeros años de la vida. Pero la prevalencia de la hipoacusia permanente continúa creciendo durante la infancia y alcanza una tasa del 2,7 por mil antes de los 5 años y del 3,5 por mil en la adolescencia. La población pediátrica tratada con derivados del platino son susceptibles de generar hipoacusia secundaria a estos tratamientos por lo que son incluidos en el programa de detección precoz en nuestra consulta.

Los pacientes con hipoacusia ya conocida y estudiada precisan revisiones periódicas cada 6 meses o 1 año para vigilar cambios en los umbrales de la audición, a estos hay que añadir las revisiones de la población en riesgo y sus revisiones.

#### ÁREAS DE MEJORA

En estos pacientes la consulta se reduce a la realización de la audiometría por la enfermera de la consulta, por lo que proponemos crear una agenda de enfermería exclusiva para realizar las audiometrías. En el caso de observar cambios en las pruebas, se comenta en ése momento con el ORL de la consulta, adecuándose el tiempo de la revisión sin verse alterado el tiempo de diagnóstico y el tiempo de revisión en la consulta. De esta manera ningún niño retrasará el diagnóstico o empeoramiento de la hipoacusia por demoras ajenas al protocolo establecido. La enfermera de la consulta tiene autonomía y tiempo de consulta para poder realizar esa labor en días de actividad quirúrgica programada.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Existen demoras involuntarias en las revisiones de los pacientes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El principal objetivo es mejorar el manejo de pacientes diagnosticados de hipoacusia y de la población susceptible de desarrollarla, consiguiendo disminuir la demora en las revisiones de umbrales auditivos.

Los objetivos secundarios son:

- Detectar precozmente los empeoramientos de umbrales auditivos.
- Diagnosticar nuevos casos de hipoacusia en población de riesgo (tratamiento de los derivados del platino)
- Disminuir la ansiedad de los padres con las demoras en las revisiones.
- Disminuir la lista de espera de la consulta de ORL infantil.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1184

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERIA ORL: CONTROL Y DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIATRICO

1. Audiometrías tonales y verbales.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: NURIA GIMENO LAGUARDIA

2. Revisión medica sistemática de pacientes de hipoacusia cada 6 meses o un año según protocolo.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: NURIA GIMENO LAGUARDIA

3. Hoja de consulta de pacientes en tratamiento de derivados del platino.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: NURIA GIMENO LAGUARDIA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La población diana son los pacientes pediátricos diagnosticados de hipoacusia que siguen revisiones periódicas en ORL INFANTIL y los pacientes pediátricos expuestos a tratamiento de derivados del platino. El resultado esperado es

que todos los pacientes sigan las revisiones en los plazos previstos.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. INDICADOR DE ALCANCE % DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS NO DEMORADOS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de niños a los que se les realiza la audiometría en los plazos previstos (6meses o un año) en la consulta de enfermería

Denominador .....: todos los pacientes diagnosticados de hipoacusia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Revisión sistemática descriptiva de los casos explorados en la consulta de enfermería

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. INDICADOR DE ALCANCE % DE PACIENTES EN RIESGO DE HIPOACUSIA VALORADOS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de casos nuevos de hipoacusia detectados en pacientes expuestos a tratamiento de derivados del platino

Denominador .....: todos los pacientes tratados con derivados del platino

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Revisión sistemática descriptiva de los casos explorados en la consulta de enfermería

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 59.00

3. INDICADOR DE ALCANCE % DE PACIENTES EN RIESGO DE HIPOACUSIA VALORADOS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de complicaciones detectadas en la consulta de enfermería de pacientes ya diagnosticados de hipoacusia

Denominador .....: la

suma de pacientes ya diagnosticados y otros con riesgo de padecerla.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Revisión sistemática descriptiva de los casos explorados en la consulta de enfermería

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Revisión sistemática descriptiva de los casos explorados en la consulta de enfermería

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños

Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1184

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTA DE ENFERMERIA ORL: CONTROL Y DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA DIRIGIDO A PACIENTE PEDIATRICO

Tipo de patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1186

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DETECCIÓN, MANEJO, INFORMACION CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACION DE CARRO PARADA

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1186 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ BLASCO MARIA JOSE

Título  
PROYECTO DE MEJORA DETECCIÓN, MANEJO, INFORMACION CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACION DE CARRO PARADA

Colaboradores/as:  
CORONA BELLOSTAS MARIA CAROLINA  
GAITE VILLAGRA ANTONIO  
GARCIA AJA BEATRIZ  
GIMENO LAGUARDIA NURIA  
MUÑO LIDON SARA  
PEREZ CANO NURIA  
SORIANO GRANEL REBECA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAL INFANTIL

Línea estratégica: Seguridad Clínica

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
La cadena de supervivencia es la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital.

Existe evidencia en que el manejo temprano y adecuado de la respuesta asistencial ante PCR disminuyen la mortalidad y las secuelas post-PCR.

Tratándose de un medio hospitalario de atención programada especializada de paciente pediátrico el cual viene acompañado al menos por un adulto, atención programada especializada de mujer gestante y zona común de espera de resultados e intervenciones quirúrgicas, además de una zona de tránsito dentro del hospital, vimos la necesidad de que todo el personal tenga constancia de ubicación y conformación del carro de paradas. Además dada la circunstancia formar a todo el personal en los posibles circuitos ante PCR y sintomatología acompañante para saber cómo actuar.

**ÁREAS DE MEJORA**  
Se detecta en la unidad falta de criterio unificado sobre la organización del carro de parada  
Existe una demanda explícita por otros profesionales del servicio en cuanto a la falta de conocimiento respecto situación del carro, y manejo de la PCR en nuestras zonas comunes e instalaciones.

**ANÁLISIS DE CAUSAS**  
No existe un orden de revisión sistemática por parte del servicio de manera que actualmente sólo se realiza por 2 personas.  
Circuito ajeno al plan de PCR HUMS, complejidad circuitos de carros de parada y desfibrilador

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
Presentar PLAN DE ACTUACIÓN ANTE PCR EN EL HUMS

- Dar a conocer circuito asistencial en caso de PCR en unidades y zonas comunes de HI
- Presentar PLAN DE ACTUACIÓN ANTE PCR EN EL HUMS
- Adquirir conocimientos teóricos en relación a RCP pediátrica, OVACE y DEA
- Gestión de carro de parada, contenido y organización

• Estrategias de optimización:

- Detección precoz de signos y síntomas de PCR
- Aplicación temprana de RCP BÁSICA Y desfibrilación precoz si es necesario
- Inicio en pocos minutos de RCP AVANZADA

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. • Revisión sistematizada mensual de carro paradas por todos los enfermeros de la unidad junto a dos TCAE para el conocimiento de todo los elementos y circuitos, mediante una rueda instaurada al azar.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1186

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DETECCIÓN, MANEJO, INFORMACION CADENA DE SUPERVIVENCIA Y ESTRUCTURACION DE CARRO PARADA

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: MARIA JOSE MARTINEZ BLASCO

2. Información de cursos, talleres de RCP para todo el personal

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: MARIA JOSE MARTINEZ BLASCO

3. Sesiones formativas en la Unidad de gestión de carro, y RCP BÁSICA

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: MARIA JOSE MARTINEZ BLASCO

4. Circuito de manejo de DEA en caso de necesidad (no incluido en carro de parada)

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: MARIA JOSE MARTINEZ BLASCO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se ha ofertado, pendiente de organizacion, la formación a personal no sanitario tras evento centinela en 10/2021

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. INDICADRO DE ALCANCE % PERSONAL FORMADO EN LA UNIDAD

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: PERSONAL DE FORMADO

Denominador .....: TOTAL PLANTILLA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: REVISION SISTEMATICA

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

REVISION SISTEMATICA

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#769

### 1. TÍTULO

#### GUÍA DE EJERCICIOS A REALIZAR TRAS DIAGNOSTICO DE INESTABILIDAD ROTULIANA

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#769 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA

Título  
GUÍA DE EJERCICIOS A REALIZAR TRAS DIAGNOSTICO DE INESTABILIDAD ROTULIANA

Colaboradores/as:  
DE FRANCISCO GARCIA ANA MARIA  
ORELLANA GARCIA RAQUEL  
PANIEGO LOPEZ ANA  
SANCHO ARIÑO VIRGINIA  
SANCHO GARCIA MARIA MAR  
TRIS ARA MARIA JOSEFA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS REHABILITACION

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La inestabilidad rotuliana o patelofemoral es una afección caracterizada por episodios de subluxación rotuliana o dislocación como resultado de una lesión, laxitud ligamentosa o diversos factores implicados en el funcionamiento del aparato extensor. Esta patología compleja tiene diferentes presentaciones clínicas pero las más frecuentes las encontramos en pacientes en crecimiento con una incidencia entre los 10 y los 14 años de aproximadamente 30 casos por cada 100.000 habitantes. Una vez que ocurre el primer episodio de luxación femoropatelar existe de un 15 a un 80% de probabilidad de recurrencia.

El tratamiento inicial tras una primera luxación se basa en inmovilizar mediante yeso u ortesis y posteriormente comenzar movilización y una serie de ejercicios de fuerza progresivos que serán claves en el tratamiento conservador. El tratamiento cinesiterápico tendrá como objetivo final lograr el fortalecimiento muscular del cuádriceps, especialmente del vasto medial oblicuo que es el principal estabilizador dinámico de la rótula para resistir el desplazamiento lateral. Así mismo se harán ejercicios con objeto de estirar la musculatura isquiotibial, cintilla iliotibial bíceps femoral, gemelos, sóleo y rotadores internos de la cadera. En casos de luxaciones recidivantes la fisioterapia ayudará en el mantenimiento de la musculatura previo a un posible planteamiento quirúrgico.

#### ÁREAS DE MEJORA

Inicio del proceso de rehabilitación de forma precoz una vez hecho el diagnóstico y tratamiento inicial de la inestabilidad rotuliana, puesto que en esta patología se ha demostrado que es fundamental seguir una guía de ejercicios y modificaciones en la actividad física desde el inicio de los síntomas para evitar recidivas a lo largo del periodo de crecimiento. También esta guía está diseñada para que el equipo de rehabilitación pueda entregarla como complemento domiciliario a las sesiones de fisioterapia que se indiquen para el paciente.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Debido a que en la práctica clínica puede haber demoras en las visitas tras las derivaciones a rehabilitación por el amplio número de patologías que atienden, se pretende dar unas recomendaciones avaladas por el servicio de Medicina Física y Rehabilitación de nuestro sector que evite los retrasos en el inicio de la rehabilitación y maximice las posibilidades de recuperación completa de los pacientes

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Guiar al paciente en el tratamiento de la patología tras el episodio agudo a través de ejercicios dirigidos a disminuir los síntomas y evitar la recidiva de las luxaciones.

- Promover el inicio del tratamiento rehabilitador de forma precoz evitando la saturación de las derivaciones a Rehabilitación por un comienzo tardío del tratamiento y persistencia de los síntomas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Redactar documento escrito con recomendaciones de modificación de hábitos y actividades físicas, así como series de ejercicios para que sean realizados por el paciente en su domicilio.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Angie Leida Santamaría

2. Entregar y registrar el número de trípticos entregados

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Angie Leida Santamaría

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#769

### 1. TÍTULO

#### GUÍA DE EJERCICIOS A REALIZAR TRAS DIAGNOSTICO DE INESTABILIDAD ROTULIANA

3. Centralizar el seguimiento de esta patología en la unidad de RHB Infantil del Hospital Miguel Servet  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 29/12/2023  
Responsable.: Angie Leida Santamaría

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Los padres expresarán su conformidad de forma verbal, con la participación de sus hijos en este proyecto a través de la realización de ejercicios en domicilio tras la explicación del proceso y objetivos del mismo

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes de 14 años derivados a los servicios de COT y de RHB Infantil tras diagnóstico de inestabi

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de trípticos entregados

Denominador .....: Número total de pacientes atendidos con inestabilidad femoropatelar

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documento excel con acceso por parte de los servicios de Traumatología y RHB Infantil

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Adherencia a Tratamiento

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con adherencia completa al tratamiento

Denominador .....: Número total de pacientes incluidos en el proyecto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documento excel con acceso por parte de los servicios de Traumatología y RHB Infantil

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

3. Recuperación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con recuperación de actividad física habitual a los 3 meses

Denominador .....: Número total de pacientes incluidos en el proyecto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documento excel con acceso por parte de los servicios de Traumatología y RHB Infantil

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1202

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE CIRUGÍA DE MOHS

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1202 \*\* Atención a tiempo: cáncer \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BERNAD ALONSO ISABEL

Título  
IMPLANTACION DE CIRUGÍA DE MOHS

Colaboradores/as:  
ALDEA MANRIQUE BEATRIZ  
BALLANO RUIZ ADRIAN  
DIAGO IRACHE ADRIAN  
GOMEZ MATEO MARIA DEL CARMEN  
HERNANDEZ ARAGÜES IGNACIO  
NAVARRO BIELSA ALBA  
YUS GOTOR MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: DERMATOLOGÍA

Línea estratégica: Atención a tiempo: cáncer

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El cáncer cutáneo es el más frecuente de todos los tumores malignos, con una incidencia que aumenta anualmente entre 3-8 %. Su tasa de incidencia es: Carcinoma basocelular: 253,23, carcinoma escamoso 38,16 y melanoma 8.76 todos ellos por 100.000 personas/año (Actas Dermosifiliogr 2016;107:318-328). El melanoma es el responsable de la mayoría de la mortalidad cuya supervivencia a los 5 años es del 90% en mujeres y 74% en hombres. El resto de tumores cutáneos suponen una morbilidad importante ya que su tratamiento produce deformidades faciales y en ocasiones compromiso funcional significativo (J Am Acad Dermatol 2019;80:303-17); J Am Acad Dermatol 2018;78:560-78)

La cirugía micrográfica de Mohs es una técnica quirúrgica diseñada para el tratamiento específico de determinados tipos de cáncer cutáneo, principalmente tumores con alto riesgo de recurrencia y en determinadas localizaciones corporales. Esta técnica se basa principalmente en 2 fundamentos: la confirmación microscópica intraoperatoria de los márgenes quirúrgicos de la pieza tumoral extirpada, adecuadamente orientada y teñida, de manera que el cirujano puede valorar la localización precisa de focos tumorales (en los casos de persistencia tumoral); esto permite la exéresis completa tumoral en un único procedimiento llevado a cabo en una o varias etapas.

Indicaciones clínicas potenciales:

-Carcinoma basocelular y Carcinoma escamoso que cumpla alguno de los siguientes criterios:

Localización compleja: en o alrededor de párpados, orejas, nariz, labios, pliegue nasolabial, frente/c. cabelludo

Recurrencias.

Tamaño: mayor de 2 cm en áreas donde el ahorro de tejido sano sea especialmente relevante

Tipos histológicos agresivos

Márgenes mal definidos en zona de riesgo.

Pacientes inmunodeprimidos.

-Lentigo maligno melanoma

-Dermatofibrosarcoma protuberans (técnica en parafina)

-Carcinomas anexiales complejos

#### ÁREAS DE MEJORA

Según el Registro de Cirugía de Mohs de la Academia Española de Dermatología (AEDV), puesto en marcha en 2013 (<http://aedv.es/investigacion/proyectos-de-investigacion/registro-nacional-de-cirugia-micrografica-de-mohs/>) un buen número de hospitales, tanto públicos como privados de nuestro país, realiza este tipo de cirugía de forma rutinaria. Aragón es una de las pocas Comunidades Autónomas que no dispone de ningún centro sanitario público o privado en el que ésta técnica quirúrgica se lleve a cabo.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En la actualidad, los pacientes con indicación de cirugía de Mohs han de ser derivados a hospitales de otras comunidades, algunos de ellos empiezan a rechazar nuestros pacientes por propia saturación (ej. H. Ramón y Cajal de Madrid). Por otro lado, la derivación a hospitales fuera de nuestra comunidad ocasiona alteraciones personales y sociales a los pacientes y sus familias, complejidad logístico-administrativa y un gasto económico para el Servicio Aragonés de Salud. La pandemia de coronavirus ha puesto de manifiesto la necesidad de evitar todos estos traslados a centros sanitarios fuera de nuestra comunidad siempre que sea posible.

Por otro lado, en ocasiones pacientes con criterios para ser intervenidos con cirugía de Mohs no reciben este tratamiento por las dificultades que supone su derivación a centros fuera de la Comunidad, con el riesgo de un mayor índice de persistencias y recurrencias tumorales y las complicaciones que de esto se derivan. Además, las persistencias y recurrencias se detectan más tardíamente, lo que puede condicionar una actitud terapéutica más agresiva o una pérdida de oportunidad potencialmente evitable.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1202

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE CIRUGÍA DE MOHS

El objetivo del proyecto es realizar cirugía de MOHS en el HUMS para dar cobertura con este tratamiento a los pacientes que por las características de su cáncer cutáneo está indicada la realización de esta técnica. Respecto del número de pacientes candidatos, la casuística en el Servicio de Anatomía Patológica del HUMS es de 1722 casos en 2019 entre carcinomas basocelulares y carcinomas escamosos, a lo que habría que añadir casos de lentigo maligno y otras lesiones menos frecuentes, lo que haría tributarios de cirugía de Mohs alrededor de 6/8 pacientes mensualmente. En la medida que puedan ser derivados pacientes desde otros servicios de dermatología de la comunidad, este número podría aumentar.

La población diana son los pacientes con cáncer cutáneo no melanoma, en las indicaciones precisadas anteriormente, cuya incidencia en personas menores de 65 años es cada vez más frecuente. Pacientes inmunodeprimidos, especialmente los trasplantados, que presentan una mayor incidencia de cáncer de piel no melanoma.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Coordinar 1-2 dias/mes de C.MOHS

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 01/04/2023

Responsable.: Isabel Bernad, Adrian Diago

2. Coordinación con el servicio de Anatomía patológica

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 01/04/2023

Responsable.: Adrian Diago, Isabel Bernad, Carmen Yus, Maria Carmen Gómez

3. Asistencia a cursos y congresos de formación relacionados con la cirugía de MOHS

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 01/04/2023

Responsable.: Adrian Diago, Isabel Bernad, Adrian Ballano, Ignacio Hernández, Beatriz Aldea, Alba Navarro, Carmen Yus, María Carmen Gómez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Las intervenciones se llevarán a cabo por dermatólogos formados en cirugía de MOHS en centros nacionales referentes. Los FEA dermatopatologos y los técnicos de laboratorio también están formados en esta técnica.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de paciente intervenidos mediante cirugía de mohs.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de pacientes intervenidos con cirugía de Mohs

Denominador .....: Nº total de pacientes operados

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Partes de quirófano

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.02

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.04

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.02

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.04

2. Nº de recurrencias tras la cirugía de Mohs y tiempo hasta las mismas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de recidivas

Denominador .....: Nº total de operados con MOHS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Consultas de revisión dermatológica

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1221

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PSORIASIS-MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1221 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MORALES CALLAGHAN ANA MARIA

Título  
CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PSORIASIS-MEDICINA INTERNA

Colaboradores/as:  
AGUIRRE PORTU NEREA  
ALMENARA BLASCO MANUEL  
DE LOS MOZOS RUANO ANDREA  
GRACIA CAZAÑA TAMARA  
MURCIANO TRIGO DANIEL  
SOLANA HIDALGO MARIA PATRICIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: DERMATOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La psoriasis es una enfermedad cutánea considerada como sistémica ya que se ha demostrado la presencia de múltiples comorbilidades asociadas: HTA, obesidad, enfermedad cardiovascular, hígado graso, etc. El objetivo de esta consulta multidisciplinaria es el abordaje integral y holístico del paciente con psoriasis grave, tratando no solo su patología cutánea sino también sus comorbilidades sistémicas con la finalidad de mejorar su calidad de vida

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejoría de parámetros metabólicos relacionados con la psoriasis: cifras de TA, glucemia, control de peso, hígado graso

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El paciente con psoriasis presenta enfermedades cardiovasculares que aumentan su morbimortalidad

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal es controlar los factores de riesgo de pacientes con psoriasis grave en tratamiento con fármacos sistémicos que disminuyen su esperanza de vida.

Como objetivos secundarios se establece ahorrar visitas a otros especialistas así como evitar citas múltiples al paciente, ahorrando también en costes laborales. Además optimizar sus tratamientos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Control de cifras de glucemia

Fecha inicio: 18/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Ana M. Morales Callaghan

#### 2. Control de cifras de tensión arterial

Fecha inicio: 18/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Ana M. Morales Callaghan

#### 3. Control de peso

Fecha inicio: 18/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Ana M. Morales Callaghan

#### 4. Control de PASI (Índice de severidad y área de psoriasis)

Fecha inicio: 18/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Ana M. Morales Callaghan

#### 5. Educación para la salud: fomentar hábitos de vida saludable

Fecha inicio: 18/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Ana M. Morales Callaghan

#### 6. Optimización conjunta de tratamientos metabólicos y cutáneos

Fecha inicio: 18/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1221

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PSORIASIS-MEDICINA INTERNA

Responsable.: Ana M. Morales Callaghan

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes que mejoran sus cifras de TA

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Pacientes que mejoran sus cifras de TA

Denominador ..... Total de pacientes visitados

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Admisión, base de datos creado en consulta

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 30.00

Est.Mín.2ª Mem .. 10.00

Est.Máx.2ª Mem .. 40.00

2. Porcentaje de pacientes que mejoran sus cifras de glucemia

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Pacientes que mejoran sus cifras de glucemia

Denominador ..... Total de pacientes visitados

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Admisión, base de datos creado en consulta

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 30.00

Est.Mín.2ª Mem .. 10.00

Est.Máx.2ª Mem .. 40.00

3. Porcentaje de pacientes que mejoran su PASI (índice de severidad y área de psoriasis)

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Pacientes que mejoran sus cifras de PASI

Denominador ..... Total de pacientes visitados

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Admisión, base de datos creado en consulta

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 30.00

Est.Mín.2ª Mem .. 10.00

Est.Máx.2ª Mem .. 40.00

4. Porcentaje de pacientes que disminuyen peso

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Pacientes que disminuyen peso

Denominador ..... Total de pacientes visitados

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Admisión, base de datos creado en consulta

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 30.00

Est.Mín.2ª Mem .. 10.00

Est.Máx.2ª Mem .. 40.00

5. Número de pacientes visitados

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Numero total de pacientes visitados

Denominador ..... Numero total de pacientes visitados

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Admisión, base de datos creado en consulta

Est.Mín.1ª Mem .. 12.00

Est.Máx.1ª Mem .. 15.00

Est.Mín.2ª Mem .. 70.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1231

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA UNIDAD FOTOTERAPIA Y FOTODIAGNOSTICO

Fecha de entrada: 06/08/2022

Nº de registro: 2022#1231 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GRACIA CAZAÑA TAMARA

Título  
IMPLANTACION DE LA UNIDAD FOTOTERAPIA Y FOTODIAGNOSTICO

Colaboradores/as:  
ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL  
CALVO PRIEGO MARIA DOLORES  
GILABERTE CALZADA FERMINA YOLANDA  
GIRON GUTIERREZ TRINIDAD  
MATEI MARIANA CLAUDIA  
PORTA AZNAREZ MARIA NIEVES

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: DERMATOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La fototerapia representa una importante terapia dermatológica que utiliza fundamentalmente la radiación UVB y UVA en diferentes enfermedades dermatológicas. Esta terapéutica es muy útil para el tratamiento de muchas dermatosis. Es fundamental en el manejo de la psoriasis, habiendo demostrado su utilidad en el tratamiento de la psoriasis moderada-grave y suponiendo un ahorro significativo de fármacos biológicos así como usándose en combinación para aumentar la supervivencia de los mismos. Además es el tratamiento de primera línea para los linfomas cutáneos de células T.

Por otro lado los estudios fotobiológicos agrupan al conjunto de pruebas realizadas en la piel del paciente con la finalidad de determinar tanto el grado de sensibilidad a la luz como las diferentes respuestas cutáneas anómalas, entre las pruebas que se incluyen están el fototest y el fotoparche, ambas necesarias para el diagnóstico correcto de las diferentes fotodermatosis.

El Servicio de Dermatología del HUMS dispone de una unidad de fototerapia dotada con una cabina de UVB-BE y UVA además de un dispositivo de UVA para manos y pies. En esta unidad de se tratan tanto los pacientes del propio Servicio derivados por los facultativos del mismo como los derivados de la Unidad de Dermatología del Hospital Royo Villanova (HRV), así como de los Hospitales de Alcañiz y Teruel, que no disponen de esta terapia. La pertinencia de este proyecto se basa en la ampliación de esta unidad dada la carga asistencial y la falta de espacio actualmente para poder atender a todos los pacientes. Ampliar la unidad fototerapia: con la lámpara UVA-1, adquirir otra cabina de UVAB-BE y UVA, lámpara de fototerapia de manos y pies, pruebas de fotobiología y fotodiagnóstico. Todo ello en un solo espacio para ubicar todos los equipos, separados por paneles o cortinas de seguridad, el vestuario para los pacientes y la zona de control común donde está el fototerapeuta (personal de enfermería encargado de la técnica con formación).

#### ÁREAS DE MEJORA

El espacio de dermatología para poder adquirir la tecnología precisa y necesaria para realizar fototerapia.  
Personal de enfermería fototerapeuta  
Realización de pruebas de fotobiología

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Por problemas de espacio actualmente en el servicio de Dermatología del HUMS no se puede llevar a cabo tratamientos simultáneos a diferentes pacientes lo que conlleva una falta de optimización del tiempo, así como un incremento de la lista de espera.

Entre el 2016 al 2018 se llevaron a cabo un total de 13.291 sesiones de tratamiento, la excesiva carga asistencial por parte de enfermería, hace necesario la formación y especialización en la técnica para iniciar un correcto tratamiento así como monitorización.

La realización de pruebas de fotobiología, actualmente solo se puede realizar derivando fuera de nuestra comunidad a los pacientes, por lo que es preciso crear una unidad de referencia para toda la comunidad en la que haya una accesibilidad equitativa de los ciudadanos de todos los sectores.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Tratar a todos los pacientes que necesiten cualquiera de los diferentes tipos de fototerapia existentes, con una accesibilidad equitativa para todos ellos, optimizando el personal y los materiales disponibles. Todo ello con un control de costes y un uso racional del espacio.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de test de fotodiagnóstico

Fecha inicio: 10/10/2022

Fecha final.: 31/12/2024

Responsable.: Dra Gracia y Dra Gilaberte

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1231

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA UNIDAD FOTOTERAPIA Y FOTODIAGNOSTICO

2. Protocolos de derivación a la unidad, trabajo conjunto con los equipos de dermatología del HRV

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 31/12/2024

Responsable.: Servicio de Dermatología HUMS y HRV

3. Colaborar en proyectos de investigación en materia de fototerapia

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final.: 31/12/2024

Responsable.: Dr Álvarez, Dra Matei, Dra Porta, Dra Gracia, Dra Gilaberte

4. Registro informatizado en la unidad

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final.: 31/12/2024

Responsable.: Dra Matei, Dra Gracia

5. Tratamientos con UVA y UVB be

Fecha inicio: 08/08/2022

Fecha final.: 31/12/2024

Responsable.: Dolores Calvo, Trinidad Girón

6. Cursos de formación a personal de dermatología y enfermería en fototerapia y fotodiagnóstico.

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final.: 29/12/2024

Responsable.: Dr Álvarez, Dra Matei, Dra Porta, Dra Gracia, Dra Gilaberte

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes que reciben tratamiento con fototerapia corporal total

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes que reciben tratamiento con fototerapia corporal total

Denominador .....: Número de pacientes que reciben tratamiento con fototerapia corporal total y/o fototerapia de

manos y pies

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro informatizado de la unidad de fototerapia y del Servicio de Dermatología

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Porcentaje de pacientes que están satisfechos con el paciente

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes que están satisfechos o muy satisfechos

Denominador .....: Número de pacientes que rellenan la encuesta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro informatizado de la unidad de fototerapia y del Servicio de Dermatología

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Porcentaje de pacientes a los que se les realiza pruebas de fotobiología

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes que se les realiza las pruebas de fotobiología

Denominador .....: Número total de pacientes que se les envía para realizar las pruebas de fotobiología

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro informatizado de la unidad de fototerapia y del Servicio de Dermatología

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1231

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA UNIDAD FOTOTERAPIA Y FOTODIAGNOSTICO

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1241

### 1. TÍTULO

#### GESTION INTEGRAL DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA

Fecha de entrada: 07/08/2022

Nº de registro: 2022#1241 \*\* Crónico Complejo \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MARRON MOYA SERVANDO EUGENIO

Título  
GESTION INTEGRAL DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA

Colaboradores/as:  
ABAD BAÑUELOS BEATRIZ  
ALVAREZ SALAFRANCA MARCIAL  
CLEMENTE HERNANDEZ BEATRIZ  
GIRON GUTIERREZ TRINIDAD  
TOMAS ARAGONES LUCIA  
YUBERO CISNEROS ROSA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: DERMATOLOGÍA

Línea estratégica: Crónico Complejo

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la consulta monográfica de hidradenitis supurativa incluida actualmente en cartera de servicios se detectan:

Las siguientes necesidades:

- 1º Protocolizar y estandarizar las diferentes visitas (Armonización)
- 2º Cumplir con el protocolo de la unidad de hidradenitis del HUMS.
- 3º Creación de un registro de las variables más relevantes de la enfermedad recogidas en las diferentes visitas de la historia clínica unificada de Aragón.
- 4º Incrementar la oferta asistencial a grupos de pacientes/familiares: "Educación terapéutica del paciente".
- 5º Optimización de recursos disponibles

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1º No están definidos los ítems relevantes a tener en cuenta en los diferentes dominios.
  - 2º No se está realizando la evaluación psicológica y/o social
  - 3º No se reflejan en HCE de Aragón por tanto la totalidad de los datos relevantes.
  - 4º No disponemos de una base de datos mantenida en el tiempo que nos porte datos relevantes para aspectos relacionados con la clínica o con la investigación.
  - 5º No existen grupos de educación terapéutica para pacientes y/o familiares.
  - 6º Los pacientes demandan mayor conocimiento referente a su enfermedad y comorbilidades que no se puede abordar en el contexto de las visitas programadas actuales, ya que se precisaría más tiempo para ello.
  - 7º Es conocido que el empoderamiento (información/formación) del paciente facilita la adherencia al tratamiento y una mejoría en la calidad de vida del mismo.
- El proyecto planteado es útil, ya que nos va a permitir eliminar los puntos débiles actuales y convertirlos en fortalezas, mejorando notablemente la situación de partida de la unidad.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- 1º Cambio de profesionales adscritos a la unidad por jubilaciones, recambios frecuentes de la enfermería, falta de profesionales, etc.
- 2º Diferentes visiones clínicas de los diferentes profesionales (variabilidad clínica)
- 3º Necesidad de facilitar la accesibilidad de los datos clínicos completos de los pacientes al resto de profesionales.
- 4º Necesidad de medir la actividad de la unidad.
- 5º Necesidad de ofertar herramientas novedosas que favorezcan el "empoderamiento del paciente" a través del mejor conocimiento de su enfermedad y de los aspectos psicológicos y sociales asociados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Objetivo 1.- Armonizar las medidas de resultados para la Hidradenitis Supurativa  
Objetivo 2.- Diseño de cuadernos de recogida de datos (CRD) para las diferentes visitas  
Objetivo 3.- Realizar un registro "TREAT-HS-Aragón"

El registro de Hidradenitis Supurativa "TREAT-HS-Aragón" se inicia por el Servicio de Dermatología - Unidad de Hidradenitis Supurativa del Hospital Universitario Miguel Servet en 2020 para poder evaluar la situación real de la atención/evolución de los pacientes con HS en nuestro centro, con la intención de en un futuro poder integrar a otros hospitales de Aragón que deseen unirse al registro. Todo ello de acuerdo con las medidas de resultados finalmente aprobadas en el proceso de armonización (Objetivo 1). Los datos incluidos en el registro estarán anonimizados y convenientemente custodiado.

Objetivo 4.- Educación terapéutica del paciente

Los aspectos relacionados con la educación del paciente pueden influenciar positivamente la satisfacción del paciente. El modelo de educación terapéutica del paciente ETP puede ayudar a pacientes con enfermedades crónicas como es la hidradenitis supurativa a obtener recursos que mejoren la calidad en su vida diaria, la ETP ha demostrado en otras patologías crónicas, tales como asma, diabetes o enfermedad cardiovascular

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1241

### 1. TÍTULO

#### GESTION INTEGRAL DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA

promover mejora en la calidad de vida de los pacientes y en la adherencia a los tratamientos. El propósito de la ETP no es simplemente facilitar información al paciente, sino que va más allá proveyendo al paciente de estrategias, tales como en: (autocuidados, adaptación a los tratamientos) consiguiendo cuidadores entrenados para pacientes y familiares. La ETP es un tipo de estrategia centrada en el paciente aportando al paciente y a los familiares soporte psicológico, información sobre los procesos asistenciales, así como estrategias relacionadas con las conductas de salud - enfermedad, de forma que un conocimiento más amplio sobre la enfermedad y sus procesos asociados favorecerá la mejora en la calidad de vida del paciente y la adherencia al tratamiento. Objetivo 5: Optimización del uso de fármacos biológicos: "Switch de Humira a Adalimumab biosimilar"

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Armonización de medidas de resultados para la Hidradenitis Supurativa

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: Servando E. Marrón Moya

2. Diseño y maquetación de cuadernos de recogida de datos para las visitas

Fecha inicio: 04/04/2022

Fecha final.: 18/07/2022

Responsable.: Lucía Tomás Aragonés

3. Creación Registro "TREAT-HS-Aragón

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 17/10/2022

Responsable.: Servando E. Marrón Moya

4. Introducción de datos a la base de datos del Registro "TREAT-HS-Aragón

Fecha inicio: 24/10/2022

Fecha final.: 18/12/2023

Responsable.: Beatriz Clemente Hernandez

5. Desarrollo Grupo piloto educación terapeutica pacientes

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 28/11/2022

Responsable.: Servando E. Marrón Moya

6. Continuación de grupos educación terapeutica pacientes

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 18/12/2023

Responsable.: Servando E. Marrón Moya

7. Optimización del uso de fármacos biológicos: "Switch de Humira a Adalimumab biosimilar"

Fecha inicio: 04/04/2022

Fecha final.: 18/12/2023

Responsable.: Beatriz Abad Bañuelos

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de ítems relevantes definidos en los diferentes dominios

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: ítems relevantes disponibles

Denominador .....: ítems relevantes definidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clinica electronica

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de CRD's disponibles para su uso

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: CRD's previstos inicialmente

Denominador .....: CRD's disponibles

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clinica electronica

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1241

### 1. TÍTULO

#### GESTION INTEGRAL DE LA HIDRADENITIS SUPURATIVA

3. % de datos pasados a la base de datos

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Total de datos introducidos  
Denominador .....: Total de datos generados  
 $x(1-100-1000)$  ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clinica electronica/Base datos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % de grupos de educación terapéutica realizados (GET)

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Total grupos realizados  
Denominador .....: Total grupos previstos  
 $x(1-100-1000)$  ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clinica electronica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. % de pacientes con evaluación de satisfacción de los participantes el los (GET)

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Total de los que se tiene evaluación de satisfacción  
Denominador .....: Total de participantes de los grupos  
 $x(1-100-1000)$  ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clinica electronica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. % de pacientes en tratamiento con Humira a los que se hace switch a Adalimumab biosimilar

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Pacientes a los que se realiza switch a Adalimumab biosimilar  
Denominador .....: Pacientes en tratamiento con Humira  
 $x(1-100-1000)$  ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica electronica/servicio de farmacia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1268

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DEL PROTOCOLO CONSULTA MULTIDISCIPLINAR (DERMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS) PARA INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1268 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
HERNANDEZ ARAGÜES IGNACIO

Título  
ELABORACION DEL PROTOCOLO CONSULTA MULTIDISCIPLINAR (DERMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS) PARA INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)

Colaboradores/as:  
BERNAL MASFERRER LAURA  
GIL PEREZ DESIRE  
GILABERTE CALZADA FERMINA YOLANDA  
PASCUAL CATALAN MARIA ASCENSION  
PINA GADEA MARIA BELEN  
REZUSTA LOPEZ ANTONIO  
ROC ALFARO MARIA LOURDES

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: DERMATOLOGÍA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*INFECCIOSOS\*HOSP (Hospitalización)  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La creación de consultas monográficas en E. Infecciosas y Dermatología y su coordinación es de gran importancia para centralizar el adecuado diagnóstico y tratamiento en el sector II de salud de Zaragoza, teniendo en cuenta el constante aumento de enfermedades como la gonococia o la sífilis en los últimos años, como refleja el Centro Nacional de Epidemiología y como reflejan a su vez los crecientes casos positivos confirmados en el servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet. Permitirá a su vez formar parte de proyectos de investigación en el campo de las ITS, como es el caso del proyecto FIS PI21/01542 INFECCIÓN POR MYCOPLASMA GENITALIUM: PREVALENCIA DE LA RESISTENCIA ANTIBIÓTICA EN ESPAÑA Y EVALUACIÓN DE UNA NUEVA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA, proyecto en el que participa nuestro hospital y otros que puedan surgir en los grupos de las Sociedades científicas de SEIMC y AEDV. Otro punto importante sería la posibilidad de centralizar estas consultas casos de algunas infecciones emergentes, como es el caso de la viruela del mono con un protocolo de actuación común, la cual pese a no tratarse de una ITS estrictamente, presenta en el brote actual una transmisión por actividad sexual de hasta el 95%. Además, según la serie recientemente publicada casi un tercio de los casos asocian otras ITS. (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2207323>) Formación a los distintos profesionales implicados en la atención de ITS para una correcta sospecha clínica y manejo del pacientes a través de rotatorios específicos de los residentes de las especialidades implicadas.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Participación en la elaboración de las guías de tratamiento del sector y difusión de las mismas, así como elaboración de protocolos específicos ante emergencias.
- Trabajar en un registro de ITS a través de la utilización de HCE.
- Posibilidad de derivación a estas Consultas monográficas desde Atención Primaria urgencias y ONGs (sobretudo los casos de especial interés por su complejidad, o necesidad de medicación de uso hospitalario y de casos resistentes o con complicaciones)

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Todas las áreas de mejora descritas se basan en la ausencia a día de hoy de una Consulta Multidisciplinar de ITS que permita centralizar los casos de ITS del Sector II, favorecer su registro, generar una serie de guías de tratamiento y otras actividades de interés.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Ampliar la cartera de servicios del sector, ofreciendo unas consultas monográficas para el manejo de ITS que permitan mejorar la atención a esta problemática en auge, ofreciendo una coordinación entre niveles y servicios. La población diana del proyecto engloba a los pacientes del sector II que presenten una ITS bien sospechada o confirmada, con el objetivo de realizar un diagnóstico y tratamiento precoces, así como evitar con ello el eventual contagio a otras personas. A su vez, estas Consultas permitirán el seguimiento de estos pacientes intentando la curación de los mismos y la interrupción de la cadena de transmisión en la medida que sea posible.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1268

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DEL PROTOCOLO CONSULTA MULTIDISCIPLINAR (DERMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS) PARA INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)

1. Coordinar 1 día semanal de Consulta Multidisciplinar de ITS

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Ignacio Hernández, Yolanda Gilaberte, Desiré Gil

2. Coordinación con el servicio de Microbiología

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Ignacio Hernández, Antonio Rezusta, Lourdes Roc

3. Elaboración de guías de tratamiento de ITS

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Ignacio Hernández, Antonio Rezusta, Lourdes Roc, Ascensión Pascual, María Belén Pina, Laura Bernal

4. Elaboración de registro de ITS sector II

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Ignacio Hernández, Yolanda Gilaberte, Laura Bernal, María Belén Pina, Desiré Gil, Lourdes Roc

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cumplimiento del protocolo de creación de la consulta monográfica de ITS(Infecciosas/Dermatología)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Grado desarrollo del proyecto efectivamente llevado a cabo

Denominador .....: Totalidad de las actividades plasmadas en el proyecto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Reuniones entre Servicios, consultas generadas, etc.

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Tiempo transcurrido entre el diagnóstico microbiológico y cita en consulta ITS

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes con diagnóstico de ITS citados en consulta en período de tiempo igual o menor a 8 días

Denominador .....: Total de pacientes con diagnóstico de ITS citados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicio de Admisión, historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. consultas sucesivas realizadas respecto al número de primeras consultas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de consultas sucesivas realizadas (presenciales y telefónicas)

Denominador .....: Nº de primeras consultas

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Servicio de Admisión, historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.70

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.70

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. pacientes con diagnóstico de Mycoplasma genitalium del total de pacientes atendidos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: pacientes con diagnóstico de Mycoplasma genitalium

Denominador .....: total de pacientes atendidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE, servicio Microbiología

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1268

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DEL PROTOCOLO CONSULTA MULTIDISCIPLINAR (DERMATOLOGÍA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS) PARA INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)

5. pacientes atendidos en condiciones de confidencialidad en la historia clínica electrónica  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: pacientes atendidos en condiciones de confidencialidad en la historia clínica electrónica  
Denominador .....: Total de pacientes atendidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1311

### 1. TÍTULO

#### FORMADOR DE FORMADORES PARA AYUDA A TCAES EN EL MANEJO DEL PROGRAMA "DIETOOLS" DESDE LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 29/09/2022

Nº de registro: 2022#1311 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
IBARRA SIERRA CONSUELO

Título  
FORMADOR DE FORMADORES PARA AYUDA A TCAES EN EL MANEJO DEL PROGRAMA "DIETOOLS" DESDE LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACION

Colaboradores/as:  
ARRUGA MURILLO SARA  
BIMBELA SERRANO MARIA TERESA  
BLANQUEZ VEGA FRANCISCA PIEDAD  
LAZARO CIVERA MARTA MARIA  
MEJIA BRICEÑO SILVIA ROSA  
TEJEDOR CASTRO MARIA JOSE  
TENA HERRERO JUANA ELOISA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: DIETETICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La formación le ayuda a participar en la empresa, ya que puede aportar nuevas ideas o ayudar a mejorar procesos, entre otras cosas, de manera que siente que es parte de ella y se implica.

Para aprovechar las ventajas de la formación, debe ser una formación planificada y no debe ser indiscriminada, se deben hacer cursos de formación que ayuden a mejorar al trabajador en un aspecto que se considere que se necesitan nuevos conocimientos.

Las formas de organización del trabajo influyen de manera decisiva en el desgaste de los trabajadores. Un buen exponente de la nocividad de determinadas formas de organización del trabajo lo constituye el proceso de trabajo "en cadena". Este caso combina una sobrecarga cuantitativa y subcarga cualitativa, con la consiguiente creación de una situación de fatiga y agobio crónicos.

Esta situación "en cadena" es similar a la que se presenta en el HUMS, al realizar la petición de la dieta de los pacientes. Así, el Médico responsable del paciente es quien decide el tipo de dieta que precisa el enfermo, la enfermera informa a la TCAE de la prescripción, y ésta última realiza la solicitud a Dietética, para que desde Dietética, el personal pueda revisar la adecuación del menú antes de avisar a Cocina.

Sin embargo, esta información puede ser imprecisa, incompleta o errónea en función de cómo se realice la petición a través del programa gestor de dietas "Dietools", y suponer variaciones con respecto a la solicitud Médica, lo cual puede generar situaciones de conflicto y problemas estrés o ansiedad para el personal de planta, Dietética o Cocina.

Por ello, se considera conveniente que las Técnicas de Cuidados de Enfermería (TCAEs), estén en permanente formación continuada en relación a la herramienta informática con la que solicitan los menús de los pacientes de las plantas, y con este propósito se presenta este proyecto de Mejora.

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1.- Reforzar el nivel de cualificación de los profesionales
- 2.- Ayudar a adaptarse a los cambios
- 3.- Mejorar las expectativas de cuidados nutricionales del hospital
- 4.- Aumentar la competencia profesional
- 5.- Aumentar la satisfacción laboral
- 6.- Potenciar la confianza y la autoestima

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La formación continuada es el camino para lograr mejorar la productividad, optimizar la gestión de tareas y, en definitiva, agregar un valor añadido a la empresa. Todo ello mientras la plantilla siente que la empresa se involucra en la mejora de sus conocimientos y bienestar. Una sensación que hace crecer la motivación y ayuda a retener a los mejores talentos.

A nivel estratégico, no sólo se mejora la motivación de los trabajadores y el clima laboral sino que también las competencias de los trabajadores a nivel profesional son mejores e incluso se suele prestar más atención a ellas, lo que permite una mayor cualificación profesional por parte de los trabajadores que se sienten más capaces de desarrollar las funciones propias de su puesto de forma más eficaz.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1311

### 1. TÍTULO

#### FORMADOR DE FORMADORES PARA AYUDA A TCAES EN EL MANEJO DEL PROGRAMA "DIETOOLS" DESDE LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACION

- 1.- Formar a TCAES en el manejo de petición de dietas desde el programa Dietools.
- 2- Facilitar la resolución de dudas de las TCAES en el manejo de Dietools
- 3- Visibilizar el trabajo secuencial de Dietética (desde que se solicita en planta hasta que se solicita a Cocina).

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Oferta formativa a TCAES de las plantas de hospitalización para fomentar el adecuado manejo del programa informático (gestor de dietas) "Dietools". Sesión de 90 minutos, en el despacho de Dietética  
Fecha inicio: 16/01/2023  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Consuelo Ibarra Sierra

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. - Nº de sesiones realizadas/año

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de sesiones  
Denominador .....: 1 año  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Trabajo de campo  
Est.Mín.1ª Mem ..: 12.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 24.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 12.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 24.00

2. - Nº de asistentes a las sesiones/año

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de asistentes  
Denominador .....: 1 año  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Trabajo de campo  
Est.Mín.1ª Mem ..: 12.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 24.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 12.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 24.00

3. -Duración minutos/sesión

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Minutos de la sesión  
Denominador .....: 1 sesión  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Trabajo de campo  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. - Aptitud de los conocimientos de las TCAES de las plantas tras la sesión informativa.

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Puntuación de la encuesta  
Denominador .....: 10 preguntas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Trabajo de campo  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. - Motivación, Satisfacción, recompensa del personal de Dietética al realizar las sesiones/año (Escal

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Puntuación de la encuesta  
Denominador .....: 3 preguntas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Trabajo de campo  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1311

### 1. TÍTULO

#### FORMADOR DE FORMADORES PARA AYUDA A TCAES EN EL MANEJO DEL PROGRAMA "DIETOOLS" DESDE LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACION

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#415

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MICROELIMINACION DE LA INFECCION POR VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC) EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#415 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ALCEDO GONZALEZ JAVIER

Título  
PROGRAMA DE MICROELIMINACION DE LA INFECCION POR VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC) EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR ZARAGOZA II

Colaboradores/as:  
VICENTE MANSO LAURA  
BERNAL MONTERDE VANESA  
FERNANDEZ BONILLA EVA MARIA  
FUENTES OLMO JAVIER  
POLO PALACIOS M. ISABEL  
RATIA ORTEGO MARIA JESUS  
SANTA EULALIA GONZALVO MARIA VICTORIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: DIGESTIVO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

##### RESUMEN:

- **Ámbito del estudio:** consultas de Salud Mental de Hospital de Día del Hospital Universitario Miguel Servet, y Centros de Salud Mental Rebojería, San José y Torrero, del sector sanitario II de Zaragoza.
- **Población diana:** pacientes que acuden a las Unidades de Salud Mental mencionadas.
- **Objetivos:** detección de pacientes infectados por VHC y tratamiento, en un grupo de población vulnerable.
- **Método:** se establece un circuito que se inicia con el cribado mediante test de saliva de los pacientes que acuden a la Unidad de Salud Mental. Los casos positivos son derivados a las Consultas de Enfermería y Médica especializadas en Hepatología, para completar el estudio diagnóstico e indicar el tratamiento de eliminación del VHC.
- **Beneficios esperados:** se espera conocer la prevalencia de la infección en un grupo de población vulnerable y facilitar el acceso a un tratamiento de eliminación del VHC en este colectivo.

#### ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El virus de la hepatitis C (VHC) es una de las principales causas de enfermedad hepática crónica en el mundo. Se estima que 71 millones de personas padecen esta infección en la actualidad, cursando sin síntomas en la mayoría de los pacientes, durante un largo periodo de tiempo, lo que facilita la progresión del daño hepático y la diseminación del virus. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha marcado como objetivo la eliminación del VHC antes del 2030.

Los antivirales de acción directa (AAD) han demostrado una elevada eficacia en el tratamiento de esta infección permite la curación de casi la totalidad de los pacientes tratados, por lo que la OMS y los distintos Sistemas Nacionales de Salud han diseñado estrategias cuyo objetivo es la erradicación completa de la enfermedad. De esta forma se ha conseguido cribar grandes poblaciones con buen acceso sanitario y eliminar prácticamente el virus de las mismas. Sin embargo, algunos colectivos con peor acceso a los recursos sanitarios (población migrante sin arraigo, drogodependientes, transeúntes, enfermos psiquiátricos y población penitenciaria) han podido beneficiarse en menor medida de estas estrategias.

En un estudio de seroprevalencia realizado en población general en España, la prevalencia ponderada de anticuerpos frente al VHC fue de 0,69% (IC 95%: 0,50%-0,87%), y la de infección activa de 0,17% (IC 95%: 0,08%-0,28%). Sin embargo, algunos datos europeos sugieren que la prevalencia de anticuerpos frente a VHC en pacientes con patología relacionada con la salud mental pudiera alcanzar el 6-8%, lo que supondría una frecuencia 10 veces superior a la esperada. Otros autores ofrecen cifras más conservadoras y establecen un riesgo doble de infección en pacientes con trastorno mental grave. En cualquier caso, la intervención terapéutica sobre este colectivo complementa a las estrategias de cribado universal y constituye un objetivo de primer orden en los programas de microeliminación de la infección.

#### ÁREAS DE MEJORA

Completar la erradicación de la infección por VHC en los colectivos donde las estrategias de eliminación convencionales son menos efectivas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Los colectivos considerados vulnerables para perpetuar la infección por VHC se caracterizan por un peor acceso a los recursos sanitarios convencionales, por lo que deben habilitarse programas que faciliten este acceso.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Eliminación del VHC en una población con menor acceso a los recursos sanitarios convencionales.
2. Comparar la frecuencia de resultado positivo en la población diana con respecto a la esperada en población general.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#415

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MICROELIMINACION DE LA INFECCION POR VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC) EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR ZARAGOZA II

3. Evaluar si la estrategia de microeliminación del VHC es adecuada para conseguir el objetivo principal en esta población.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Cribado mediante test serológico rápido en saliva (OraQuick) a pacientes que acudan a la Unidad de Salud Mental (USM) sin determinación serológica de VHC o tratamiento en los 12 meses previos.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Maria Victoria Santa Eulalia Gonzalvo, María Isabel Polo Palacios

2. Remisión de casos positivos del cribado a una enfermera de enlace, quien se encargará de su citación en la consulta de enfermería de Hepatología

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Laura Vicente Manso

3. Completar el estudio de la infección mediante analítica de sangre convencional, estudio serológico (VHB, VHC y VIH), PCR de alta sensibilidad y elastografía hepática.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final: 31/01/2023

Responsable.: Maria Jesús Ratia Ortego

4. Prescripción de tratamiento antiviral pangenotípico de acción directa a los pacientes con infección confirmada y evaluación posterior de eficacia (respuesta viral sostenida)

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final: 28/02/2023

Responsable.: Javier Fuentes Olmo, Eva Fernández Bonilla, Vanesa Bernal Monterde

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El test de cribado empleado ha demostrado sensibilidad de 98,1% (95%CI: 96,9-99,0) y especificidad del 99,6% (95%CI: 99,2-99,9), según consta en su ficha técnica.

A las 12 semanas de finalizado el tratamiento se reevaluará si existe respuesta viral sostenida (curación), con RNA de VHC indetectable, lo que supondrá el alta médica, de los pacientes sin fibrosis avanzada en el fibroscan basal. En caso de persistencia en la positividad del RNA se analizará posibilidad de reinfección versus fallo de tratamiento.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de cribado

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: pacientes sometidos a cribado

Denominador .....: pacientes atendidos en la USM durante el periodo de cribado.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. Porcentaje de pacientes con cribado positivo que llegan a la consulta de hepatología

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: pacientes que acuden a la consulta de enfermería de hepatología

Denominador .....: pacientes con cribado positivo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Porcentaje de pacientes tratados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: pacientes que reciben tratamiento antiviral

Denominador .....: pacientes con cribado positivo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#415

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MICROELIMINACION DE LA INFECCION POR VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC) EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR ZARAGOZA II

##### 4. Efectividad en la erradicación del VHC

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: pacientes en los que se erradica la infección por VHC

Denominador .....: pacientes con cribado positivo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

##### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se recogerán datos añadidos de edad, sexo. Estos y otros datos se incluirán en la aplicación de la Historia Clínica Electrónica del SALUD, y serán recogidos de forma anónima en una base de datos externa. El acceso a esta base estará permitido solo al personal sanitario que atiende al paciente, quien se compromete a respetar la confidencialidad de los datos de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la Protección de datos de Carácter Personal y la ley 41/2002 de 14 de noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1069

### 1. TÍTULO

#### HUMANIZACION EN LOS CUIDADOS DE PACIENTES CON EII Y OTRAS PATOLOGÍAS DIGESTIVAS, TENIENDO EN CUENTA A PACIENTES, PROFESIONALES Y FAMILIAS

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1069 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALBERICIO GIL CELIA

Título  
HUMANIZACION EN LOS CUIDADOS DE PACIENTES CON EII Y OTRAS PATOLOGÍAS DIGESTIVAS, TENIENDO EN CUENTA A PACIENTES, PROFESIONALES Y FAMILIAS

Colaboradores/as:  
ALCAY SOLARES MARIA ANTONIA  
LOPEZ DE LA MANZANARA CALVO MARTA  
PEREZ IGLESIAS MARIA-TERESA  
SANCHEZ CUCALON SUSANA  
SANZ MIGUEL M. CARMEN  
SERBAN . ANDREEA GEORGIANA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: DIGESTIVO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Identificar áreas donde poder mejorar para ofrecer unos cuidados de máxima calidad. Implementar herramientas para trabajar los elementos más importantes de un plan de humanización: familias, pacientes y profesionales. Considerar la experiencia de nuestros profesionales en diferentes áreas de trabajo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Cuidados de enfermería al paciente hospitalizado. Cuidados de enfermería específicos para el paciente con enfermedad inflamatoria. Mejorar la comunicación y empatía entre profesionales y también entre profesionales y pacientes. Fomentar la motivación y el bienestar en el área de trabajo

#### ANALISIS DE CAUSAS

Impacto de la hospitalización en el paciente y familiares 2) Condiciones y carga de trabajo en profesionales sanitarios

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1) Identificar debilidades y fortalezas en nuestro Equipo de trabajo para ofrecer cuidados de máxima calidad 2) Conocer el sentir del paciente con la enfermedad inflamatoria durante su estancia hospitalaria pudiendo mejorar así los cuidados recibidos 3) Saber la opinión de los pacientes ingresados en la unidad hospitalaria de digestivo sobre los cuidados de enfermería 4) Conocer la opinión del personal de enfermería sobre la sistemática de trabajo y su grado de satisfacción pudiendo así identificar posibles puntos de mejora

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaborar encuesta al paciente con enfermedad inflamatoria intestinal valorando su satisfacción en los cuidados recibidos

Fecha inicio: 15/10/2022  
Fecha final.: 15/10/2023  
Responsable.: Equipo sanitario

2. Elaborar encuesta al paciente hospitalizado con patología digestiva evaluando aspectos a mejorar

Fecha inicio: 15/10/2022  
Fecha final.: 15/10/2023  
Responsable.: Equipo sanitario

3. Elaborar encuesta al profesional de enfermería conociendo así su satisfacción y diferentes barreras con las que nos encontramos en nuestro día a día

Fecha inicio: 15/10/2022  
Fecha final.: 15/10/2023  
Responsable.: Equipo sanitario

4. Realizar sesiones y talleres de reciclaje de conocimientos

Fecha inicio: 15/10/2022  
Fecha final.: 15/10/2023  
Responsable.: Equipo sanitario

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1069

### 1. TÍTULO

#### HUMANIZACION EN LOS CUIDADOS DE PACIENTES CON EII Y OTRAS PATOLOGÍAS DIGESTIVAS, TENIENDO EN CUENTA A PACIENTES, PROFESIONALES Y FAMILIAS

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Grado de satisfacción de los pacientes con EII

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de encuestas valoradas como buena satisfacción  
Denominador .....: N° de encuestas total a pacientes con EII  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

##### 2. Grado de satisfacción de los pacientes hospitalizados en unidad de digestivo

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de encuestas valoradas como buena satisfacción  
Denominador .....: N° de encuestas total a pacientes hospitalizados en la unidad de digestivo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

##### 3. Grado de satisfacción del personal sanitario

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de encuestas valoradas como buena satisfacción  
Denominador .....: N° de encuestas totales al personal sanitario  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

##### 4. % de los cambios positivos experimentados debido a las ideas aportadas en dichas encuestas

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de cambios conseguidos  
Denominador .....: N° de cambios planteados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Resultados obtenidos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#323

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN EL SECTOR II

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#323 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ACHA PEREZ JAVIER

Título  
PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN EL SECTOR II

Colaboradores/as:  
ALADREN GONZALVO DANIEL JOAQUIN  
BERGES ALBERO MARTA  
LOU ARNAL LUIS MIGUEL  
MONREAL VILLANUEVA MARTA  
SEBASTIAN PUERTOLAS MARIA ANGELES  
SERRANO URZAIZ LETICIA  
TRINCADO AZNAR PABLO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENDOCRINOLOGÍA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica que afecta a gran número de personas, representando un problema personal y de salud pública de enormes proporciones. Su prevalencia conocida se sitúa alrededor del 7% de la población, y va en aumento con la edad. En Aragón se estima que existen unos 90.000 pacientes con diabetes, sobre una población de 1.350.000 habitantes, con mayor prevalencia en la zona del corredor del Ebro. Presenta una incidencia anual de 60-150 casos nuevos /100.000 hab /año. La Enfermedad Renal Crónica está presente en el 40 % de los pacientes con DM. Origina una multiplicación de eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, ACV, patología vascular periférica, muerte de causa cardiovascular) y supone la primera causa de ERC terminal (el 25 %).

En los últimos años, los distintos departamentos de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas han intentado dar soluciones a este problema y desde el año 2015, disponemos en Aragón de un Plan de Atención integral al paciente con Diabetes Mellitus 2.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actuaciones globales que se pretenden conseguir en relación al Plan Integral:

1. Establecer estándares para cada indicador, que nos permitan la evaluación comparada de los datos de nuestra área de salud, para compararla con el resto de Aragón y con el Estado.
2. Validar los indicadores de calidad con adecuación permanente del Plan Integral y de los protocolos.
3. Detectar problemas en las actividades de atención al paciente diabético (organizativas o estructurales...)
4. Realizar propuestas de mejora de la calidad con definición de indicadores de proceso y resultado, priorizando los problemas en función de su vulnerabilidad, trascendencia y disponibilidad de recursos de cada centro.
5. Conseguir la participación de los centros en evaluaciones periódicas para comprobar el impacto sobre la calidad de la atención de las intervenciones puestas en marcha.
6. Colaborar con Atención Primaria para que sean conocedores y partícipes una vez finalizado el proyecto.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Al conocer la situación de partida y una vez evaluados los resultados, junto con los indicadores, podremos establecer las medidas pertinentes para mejorar la asistencia de los pacientes con DM2 (demoras, fármacos u otras alteraciones no detectadas que puedan redundar en la mejora del control metabólico). Señalar los cambios previstos en la oferta de servicios.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Implementar un Programa de Mejora Continua de la Calidad (MCC) en el cuidado de los Diabéticos tipo 2 con ERC
2. Valorar la influencia del Programa de Mejora Continua de la Calidad dentro del plan integral de DM de Aragón en:

#### Resultados a corto plazo:

- Descartar otras causas de ERC: Disproteinemias, glomerulopatías, patología urológica.
- Mejora del control metabólico (HbA1c, colesterol, triglicéridos, tensión arterial, peso)
- Evitar fármacos nefrotóxicos y prevenir procesos agudos de deterioro de función renal.
- Mejorar la indicación de fármacos nefroprotectores, especialmente bloqu coastes del SRAA y antidiabéticos con evidencia clínica demostrada en nefro y cardioprotección (iSGLT2 y aGLP-1)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#323

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN EL SECTOR II

Resultados a medio y largo plazo:

- Ralentizar el deterioro de la función renal (descenso del filtrado glomerular) y la progresión de la albuminuria.
- Facilitar la inserción laboral.
- Mejorar la calidad de vida percibida por el paciente

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Reunión informativa sobre los objetivos y desarrollo del proyecto

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Javier Acha y Luis Miguel Lou

3. Recogidas de datos de pacientes atendidos en consulta de nefrología con el diagnóstico de ERC (virtual mas presencial)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Todos los componentes del equipo de mejora

4. Creación de Base de datos en EXCEL con las variables necesarias para el desarrollo del proyecto.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Pablo Trincado y Daniel Aladrén

5. Introducción de datos en la base

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Todos los componentes del equipo de mejora

6. Análisis de los datos obtenidos con el programa SPSS

Fecha inicio: 01/11/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Todos los componentes del equipo de mejora

7. Elaboración de indicadores incluidos en el Programa de Mejora Continua de la Calidad (MCC) en el cuidado de los Diabéticos tipo 2 con ERC

Fecha inicio: 01/12/2023

Fecha final.:

Responsable.: Todos los componentes del equipo de mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. % de pacientes con DM2-ERC beneficiados de ttº conjuntos para evitar progresión

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: pacientes con DM2 y ERC a los que se aplican tratamientos específicos para retrasar la

progresión  
Denominador .....: pacientes con DM2 y ERC candidatos a aplicar tratamientos específicos para retrasar la

progresión

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos Excel creada "ad hoc"

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de pacientes vistos y tratados que consiguen enlentecer o retrasar la progresión de la ERC

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: pacientes con DM2 y ERC en los que se evidencia retraso en la progresión

Denominador .....: pacientes con DM2 y ERC a los que se aplican tratamientos específicos para retrasar la

progresión

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos Excel creada "ad hoc"

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#323

### 1. TÍTULO

#### **PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN EL SECTOR II**

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#219

### 1. TÍTULO

#### ESCUELA DE PADRES NEONATAL ON-LINE

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#219 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
LARENA FERNANDEZ ISRAEL

Título  
ESCUELA DE PADRES NEONATAL ON-LINE

Colaboradores/as:  
CARRASCO LUCIA ANA  
MORTE CABISTANY CARLA  
NAVARRO TORRES MARIA  
PEÑALVA BORONAT ELISA  
RIVERA DE LA TORRE SONIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 2 B HMI (NEONATOLOGIA)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dada la situación actual por la pandemia causada por el Covid-19, la escuela de padres de la unidad neonatal no se ha podido llevar a cabo por la incapacidad de respetar distanciamientos y otras problemáticas evidentes. Esto ha hecho que formemos un grupo de trabajo con la finalidad de conseguir informatizar la escuela de padres y así conseguir ponerla en marcha de nuevo, adaptándonos a la nueva situación.

#### ÁREAS DE MEJORA

Presencialidad de escuela de padres

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Distancia de seguridad y riesgos de presencialidad

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Informatizar las sesiones de la escuela de padres (grabando videos)
- Disponer de un correo electrónico para resolución de dudas.
- Crear acceso a dichas sesiones en alguna plataforma del Salud, para darle difusión entre los padres mediante enlaces (links) o códigos QR.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Grabación de videos

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Todos

#### 2. Creación correo electrónico

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/07/2022  
Responsable.: Israel Larena Fernández

#### 3. Colgar videos y crear página web

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Todos

#### 4. Crear y colgar QR en unidad, y dar difusión entre los padres de la existencia de dichos videos

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 30/04/2023  
Responsable.: Todos

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Creación de videos y posterior subida en plataforma correspondiente. Difusión de la misma

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº videos creados, colgados y con QR  
Denominador .....: nº videos planificados  
x(1-100-1000) ...: 100



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#219

### 1. TÍTULO

#### ESCUELA DE PADRES NEONATAL ON-LINE

Fuentes de datos.: Plataforma de video

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Visualización de los videos por parte de los padres

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Alcanzar un número de reproducciones de videos de al menos 30 veces cada uno

Denominador .....: Alcanzar un número de reproducciones de videos de al menos 30 veces cada uno

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Plataforma de video

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Lactantes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#286

### 1. TÍTULO

#### SISTEMATIZACION DE LA ESFERODINAMIA COMO METODO NO FARMACOLOGICO PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN LAS GESTANTES EN FASE LATENTE DE PARTO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL HUMS

Fecha de entrada: 25/06/2022

Nº de registro: 2022#286 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BUENO PERAL ARANZAZU

Título  
SISTEMATIZACION DE LA ESFERODINAMIA COMO METODO NO FARMACOLOGICO PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN LAS GESTANTES EN FASE LATENTE DE PARTO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL HUMS

Colaboradores/as:  
BERDUN PUEYO JULIA  
GREGORIO GONZALEZ SONIA ELENA  
MORERA LIANEZ LETICIA ANGELA  
PINA MARQUES BEATRIZ

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 6 HMI (TOCOLOGIA)

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La esferodinamia consiste en la movilización de la pelvis, sobre una esfera de gran tamaño o pelota de parto (PDP). Es un tipo de ejercicio seguro, conocido por la mayoría de las gestantes desde la etapa prenatal y con buena aceptación en nuestro medio. Favorece las posturas verticales, el descenso de la presentación fetal, alivia el dolor, disminuye la ansiedad materna y permite la continuidad de cuidados desde la Educación Maternal. Tal es así, que con frecuencia las propias gestantes traen consigo su PDP al ingreso como ayuda para afrontar el dolor al inicio del parto

En la planta de hospitalización de Medicina Materno Fetal (MMF), el 53% de las gestantes se encuentran en fase latente de parto, que se caracteriza por el incremento paulatino de la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas dolorosas que conducen hasta el parto activo. Su duración es variable y las medidas farmacológicas de alivio del dolor durante esta etapa pueden ser controvertidas y, en nuestra unidad, no son una opción. Esto lleva a los profesionales a buscar métodos alternativos que conforten y sean seguros para madre y feto.

Según la bibliografía consultada y la experiencia previa de la unidad, la esferodinamia es una opción que favorece la participación de la pareja, el acompañamiento por parte de la matrona y potencia el sentimiento de control de la gestante sobre esta parte del proceso del parto ya que, finalmente, quedaría a su elección el uso o no de la pelota de partos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Manejo del dolor dentro de la asistencia clínica

Ayudar a las mujeres a formar parte del proceso aumentando su implicación

Reducir la variabilidad clínica tanto a la hora de ofrecer la PDP como los tipos de ejercicios a llevar a cabo

#### ANALISIS DE CAUSAS

Ante la demanda de alivio del dolor por parte de las usuarias en fase latente de parto y la dificultad de uso de técnicas farmacológicas sin repercusión fetal, se considera conveniente la búsqueda de métodos alternativos no farmacológicos con un uso normalizado para evitar la variabilidad clínica.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

· Ampliar la oferta de recursos no farmacológicos para el alivio del dolor a las gestantes en fase latente de parto en la unidad de hospitalización de MMF.

· Sistematizar el uso de la esferodinamia para el alivio del dolor en gestantes en fase latente de parto en la unidad de hospitalización de MMF.

· Mejorar la vivencia de la fase latente de parto de las gestantes hospitalizadas en la unidad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Constitución de grupo de trabajo

Fecha inicio: 01/10/2018

Fecha final.: 01/10/2023

Responsable.: Aranzazu Bueno

#### 2. Revisión bibliográfica

Fecha inicio: 1/10/2018

Fecha final.: 1/10/2023

Responsable.: Julia Berdun

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#286

### 1. TÍTULO

#### SISTEMATIZACION DE LA ESFERODINAMIA COMO METODO NO FARMACOLOGICO PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN LAS GESTANTES EN FASE LATENTE DE PARTO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL HUMS

3. Elección y adquisición de material específico para el desarrollo del proyecto

Fecha inicio: 1/1/2019

Fecha final.: 1/10/2023

Responsable.: Sonia Elena Gregorio

4. Unificación de criterios inclusión, exclusión, posturas seleccionadas, método informativo

Fecha inicio: 1/10/2018

Fecha final.: 31/10/2018

Responsable.: Beatriz Pina

5. Sesión clínica informativa al personal

Fecha inicio: 15/12/2018

Fecha final.: 15/12/2018

Responsable.: Aranzazu Bueno

6. Entrega de encuestas de satisfaccion

Fecha inicio: 1/1/2019

Fecha final.: 1/10/2019

Responsable.: Todas

7. Recopilacion de datos

Fecha inicio: 1/11/2019

Fecha final.:

Responsable.: Todas

8. Analisis de los datos

Fecha inicio: 1/1/2020

Fecha final.: 31/3/2020

Responsable.: Leticia Angela Morera

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Actividades pendientes de realizar:

1º. Informar a la Subdirección del HMI.

2º. Actualizar bibliografía.

3º. Revisión de los RRMM necesarios.

4º. Revisión y actualización del material informativo para las gestantes.

5º. Revisión del procedimiento para los profesionales.

6º. Realización de sesión informativa actualizada dirigida a profesionales.

7º. Actualización del sistema de evaluación del método y registro.

8º. Oferta normalizada a las gestantes.

9º. Evaluación del proyecto.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de uso de esferodinamia para el alivio del dolor en las gestantes en parto.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de gestantes que hacen uso de la PDP

Denominador .....: Nº de gestantes parto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Consumo medio de fungible relacionado y registros internos y de admisión

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.10

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.40

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.10

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.40

2. Satisfacción de las gestantes con el uso de la esferodinamia para el alivio del dolor.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de valoraciones positivas en encuesta de satisfacción

Denominador .....: Nº de gestantes parto que contestan encuesta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfaccion

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#286

### 1. TÍTULO

**SISTEMATIZACION DE LA ESFERODINAMIA COMO METODO NO FARMACOLOGICO PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN LAS GESTANTES EN FASE LATENTE DE PARTO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL HUMS**

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 51.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 51.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Publicacion de un articulo en diciembre de 2021

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#309

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN EL ALIVIO DEL DOLOR CON NEUROESTIMULACION ELECTRICA TRANSCUTANEA (TENS) EN FASE PRODROMICA DEL PARTO

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#309 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MORERA LIANEZ LETICIA ANGELA

Título  
PROYECTO DE MEJORA EN EL ALIVIO DEL DOLOR CON NEUROESTIMULACION ELECTRICA TRANSCUTANEA (TENS) EN FASE PRODROMICA DEL PARTO

Colaboradores/as:  
BRUN VALVERDE ANA PILAR  
FERRER ALCON PATRICIA  
MATAS RODRIGUEZ CRISTINA  
OLIVAN LAMBEA CRISTINA M  
PALANCA ARIAS TERESA  
TEBAN PONCE MARIA VANESSA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 6 HMI (TOCOLOGIA)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La evidencia muestra que terapias alternativas como el uso de TENS pueden apoyar a la gestante durante el proceso de parto, tanto para aliviar el dolor, mejorando además el bienestar físico y emocional de la gestante. Es una medida inocua, de bajo coste y de fácil implementación que pueden realizarse en nuestra unidad. El TENS es una corriente eléctrica de baja frecuencia, analgésica no farmacológica, que inhibe los estímulos nociceptivos medulares mediante la estimulación neuromuscular a través de la piel.

#### ÁREAS DE MEJORA

Poder ofertar a las gestantes métodos no farmacológicos para alivio del dolor en las primeras fases del parto.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La no existencia de fármacos que puedan aliviar el dolor en las primeras fases del parto.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Ampliar la oferta de recursos no farmacológicos para el alivio del dolor a las gestantes en fase iniciales de parto en la unidad de hospitalización planta 6HMI.
- Implantación y sistematización del uso del TENS en la unidad de hospitalización planta 6HMI.
- Mejorar la satisfacción y vivencia de la gestante y con ello facilitar la autonomía en su proceso de parto.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión de guía del procedimiento de uso para los profesionales.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: T. Palanca/P. Ferrer

2. Formación continuada para personal de planta

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: V. Teban/C. Matas

3. Creación de sistema de evaluación del método y registro en historia clínica

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: A. Brun/L. Morera

4. Inclusión dentro de las posibles alternativas de alivio del dolor no farmacológicas ofertadas en la unidad

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: C. Oliván/P.Ferrer

5. Evaluación, revisión y actualización del proyecto.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: L. Morera/V. Teban

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Posibilidad de creación de QR

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#309

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN EL ALIVIO DEL DOLOR CON NEUROESTIMULACION ELECTRICA TRANSCUTANEA (TENS) EN FASE PRODROMICA DEL PARTO

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de uso del TENS para el alivio del dolor en las gestantes en parto.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de gestantes parto que hacen uso de TENS

Denominador .....: N° de gestantes parto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros internos y de admisión

Consumo de material fungible (electrodos adhesivos)

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 7.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. Satisfacción de las gestantes con el uso del TENS para el alivio del dolor.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de gestantes satisfechas con el uso de TENS

Denominador .....: N° de gestantes que han usado el TENS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Puntaciones escala EVA antes de uso de TENS y después de uso. (control pre-post) en Historia

clínica electrónica, registros internos

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 7.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#402

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA AL ALTA DEL SERVICIO DE NEONATOS

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#402 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NAVARRO TORRES MARIA

Título  
IMPLEMENTACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA AL ALTA DEL SERVICIO DE NEONATOS

Colaboradores/as:  
LARENA FERNANDEZ ISRAEL  
PEÑALVA BORONAT ELISA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 2 B HMI (NEONATOLOGIA)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La educación para la salud por parte de los profesionales sanitarios impartida a los padres en el momento del alta del recién nacido facilita la adquisición de habilidades y seguridad en los cuidados, así como la adaptación a la nueva situación aumentando la confianza y el empoderamiento en el cuidado de su hijo. Esto es especialmente importante en nin-os que pueden tener necesidades especiales de salud tras el alta del servicio de neonatos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Unificar criterios y estandarizar los consejos que se les da a los padres, y que estos estén actualizados y respaldados por la ultima evidencia científica. Dar esta información por escrito.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La mayoría de los padres que se van de alta presentan las mismas dudas e inseguridades en el cuidado de sus hijos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Proporcionar a los padres de niños ingresados en la unidad de neonatología orientación e información necesaria sobre el cuidado de sus hijos tras el alta hospitalaria según las últimas recomendaciones científicas por escrito.
- Promover el empoderamiento de los padres en el cuidado de sus hijos y en la toma de decisiones al alta, aumentando su confianza.
- Contrarrestar con rigor y seriedad la información pseudocientífica a la que están sometidas las familias en la sociedad por el efecto de la desorientación y ansiedad por la búsqueda de respuestas.
- Favorecer la resolución de las dudas e inquietudes de los padres en el momento de irse a casa.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Búsqueda de la evidencia disponible sobre aspectos relacionados con los cuidados básicos del recién nacido al alta

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 17/07/2022

Responsable.: María Navarro y Elisa Peñalva

2. Elaborar una hoja de recomendaciones concisa y actualizada

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final.: 14/08/2022

Responsable.: Todos

3. Poner en conocimiento de todo el personal del servicio la hoja de recomendaciones

Fecha inicio: 15/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Todos

4. Incluir la hoja de recomendaciones junto con el informe de alta médica

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Todos

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La hoja de recomendaciones al alta contendrá información sobre los siguientes aspectos:

- Alimentación del neonato: importancia de la lactancia materna a demanda, cómo debe ser un buen agarre al pecho y cómo conservar y mantener la leche materna extraída. Respecto a la lactancia artificial cómo preparar correctamente un biberón.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#402

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA AL ALTA DEL SERVICIO DE NEONATOS

- Higiene del recién nacido: el aseo, la zona del pan-al, limpieza del cordón umbilical y lavados nasales.
- Recomendaciones para un sueño seguro y prevención el síndrome de muerte súbita.
- Importancia que tiene en los bebés que sus necesidades sean atendidas siendo el llanto su recurso para mostrar malestar.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaborar la hoja de recomendaciones al alta de enfermería

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Hoja de recomendaciones elaborada

Denominador .....: Hoja de recomendaciones elaborada

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de recomendaciones de enfermería al alta

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Entrega de la hoja a todas las familias que se van de alta del servicio

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de padres que reciben la hoja de recomendaciones en el momento del alta

Denominador .....: Número de neonatos totales dados de alta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Revisar durante una semana los informes de alta que reciben los padres junto con la hoja de recomendaciones de enfermería

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Lactantes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#547

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION Y MEJORA EN LA CURA DE HERIDAS DEL PACIENTE QUEMADO

Fecha de entrada: 11/07/2022

Nº de registro: 2022#547 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VIDAL VILLANUEVA SUSANA

Título  
ACTUALIZACION Y MEJORA EN LA CURA DE HERIDAS DEL PACIENTE QUEMADO

Colaboradores/as:  
BAS JIMENEZ CRISTINA  
CALLEJAS CHAGOYEN ISABEL  
CALVO CUELLO MARIA ISABEL  
GALVE SEBASTIAN MARIA TERESA  
MATA GARIBAY ROSA BLANCA  
MOLINA OLIVAN RAQUEL  
SOLA PALAIN FERNANDO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 4 HRTQ (QUEMADOS)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el servicio de quemados se llevan a cabo curas de gran magnitud, que se realizan de manera muy específica y diferente en cada paciente y que van modificándose conforme a su evolución.

En los últimos años ha habido grandes avances dada la aparición de nuevos y diversos tratamientos, por lo que enfermería debe mantenerse siempre actualizada y a la vanguardia de estas técnicas.

Las enfermeras son las responsables de ejecutar y supervisar el plan de atención de cuidados de las personas ingresadas en dicha unidad. Trabajan en contacto directo con la realización de las curas, por lo que deben estar familiarizadas con los nuevos tratamientos y conocer bien las medidas de aislamiento y prevención de infecciones. Por tanto, hemos valorado que, dada la complejidad y especialización concreta de dicho servicio y el paciente a tratar, y para que este equipo proporcione la mejor calidad asistencial posible, se necesita un consenso en el manejo y registro de las heridas del paciente quemado.

Para ellos se ha considerado oportuno la realización por parte de enfermería de diferentes actividades programadas a lo largo de este año dentro de la unidad. De este modo se dotará al personal de enfermería de herramientas basadas en la evidencia para disminuir así, tanto la variabilidad en la ejecución de las técnicas propias de enfermería como la ansiedad que puede ocasionar al personal, la realización de curas de esta índole.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Consenso en el manejo y registro de las heridas del paciente quemado.
2. Actividades programadas (formación) y herramientas de mejora para disminuir la variabilidad de las técnicas propias de enfermería.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Disminuir la variabilidad en los cuidados realizados por el personal de enfermería.
2. Disminuir la ansiedad que puede ocasionar la realización de curas y técnicas de enfermería de esta índole.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

OBJETIVO PRINCIPAL: Mejorar la calidad y disminuir la variabilidad de los cuidados en las heridas del paciente quemado

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Reducir la incertidumbre en la práctica clínica en el abordaje de quemaduras.
2. Reforzar la figura y el trabajo autónomo de enfermería de la unidad de grandes quemados.
3. Actualizar conocimientos en los diferentes tratamientos que se desarrollan en el cuidado del paciente quemado.
4. Fomentar el uso de protocolos y procedimientos establecidos en la unidad con el fin de unificar actuaciones.
5. Incorporar y asumir las actualizaciones que la digitalización de la sanidad requiere en el trabajo diario (HCE).
6. Abrir un campo de investigación enfermera sobre cuidados a personas con quemaduras.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación de equipos de enfermería para la revisión bibliográfica actualizada

Fecha inicio: 13/12/2021

Fecha final.: 30/01/2023

Responsable.: Susana Vidal Villanueva

2. Revisión y actualización de protocolos y procedimientos de consenso para el abordaje del paciente quemado

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#547

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION Y MEJORA EN LA CURA DE HERIDAS DEL PACIENTE QUEMADO

(C/ 2 AÑOS)

Fecha inicio: 02/12/2019

Fecha final.: 06/12/2021

Responsable.: M<sup>a</sup> Isabel Calvo Cuello

3. Creación de una herramienta gráfica para el registro de heridas en la HCE dentro del apartado de heridas.

Fecha inicio: 08/11/2021

Fecha final.: 22/07/2024

Responsable.: Cris Bas Jimenez

4. Realización de sesiones clínicas formativas para el personal de la unidad y de nueva incorporación.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 30/01/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Isabel Calvo Cuello

5. Evaluación y revisión

Fecha inicio: 30/01/2023

Fecha final.: 22/07/2024

Responsable.: Susana Vidal Villanueva

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. CONOCIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº total de enfermeras que llevan más de un mes en la UGQ y conocen los protocolos y procedimientos incluidos en la intranet del sector II

Denominador .....: Nº total de enfermeras de la UGQ

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: supervisora

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. REGISTRO DE CURAS CON HERRAMIENTA GRÁFICA DE HCE

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes a los que se les ha registrado cura con herramienta gráfica de HCE

Denominador .....: Nº total de pacientes ingresados en la UGQ

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. ASISTENCIA AL PROGRAMA DE SESIONES CLINICAS FORMATIVAS DEL PACIENTE QUEMADO

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº total de enfermeras de la unidad de quemados asistentes al programa de sesiones clínicas formativas del paciente quemado

Denominador .....: Nº total de enfermeras de la UGQ

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de Memoria de programa formativo de sesiones clínicas por parte del responsable

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#747

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION EN EL MANEJO HIGIENICO-DIETETICO DEL PACIENTE CIRROTICO AL ALTA HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#747 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ IGLESIAS MARIA-TERESA

Título  
EDUCACION EN EL MANEJO HIGIENICO-DIETETICO DEL PACIENTE CIRROTICO AL ALTA HOSPITALARIA

Colaboradores/as:  
FERNANDEZ BONILLA EVA MARIA  
FUENTES OLMO JAVIER  
LOPEZ SANZ VANESA  
ROMEO CAMBRA PAULA  
RUIZ ORNAQUE IRENE  
SANZ MIGUEL M. CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 8 HG (DIGESTIVO)

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El paciente con cirrosis hepática sufre un deterioro progresivo de la calidad de vida que se ve acelerado si requiere ingresos repetidos por falta de cuidados básicos, que en muchas ocasiones, no conoce por falta de información. El autocuidado puede ser una herramienta fundamental para mejorar la calidad de vida del paciente cirrótico disminuir el número de ingresos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora de la calidad de vida del paciente cirrótico con información adecuada mediante medidas de autocuidado y con la implicación de cuidador/es

#### ANALISIS DE CAUSAS

Reingresos repetidos muchos de ellos evitables con educación sanitaria

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Establecer programas de autocuidado del paciente cirrótico  
Implantar cambios positivos en la rutina diaria del paciente cirrótico

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de encuesta para valorar conocimientos del paciente y/o cuidadores sobre su enfermedad, riesgos, signos de alarma y cuidados necesarios

Fecha inicio: 19/09/2022  
Fecha final.: 17/10/2022  
Responsable.: equipo sanitario

2. Suministrar dossier informativo de cara al alta con medidas higienico -dietéticas

Fecha inicio: 19/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: equipo sanitario

3. Implicar al cuidador/familiar en caso necesario para llevar a cabo cambios positivos en el estilo de vida del paciente cirrótico

Fecha inicio: 19/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: equipo sanitario

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes que mejoran el conocimiento higienico-dietéticos evaluado al alta tras el ingreso

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de pacientes que adquieren conocimiento en su autocuidado

Denominador .....: número de pacientes que ingresan en la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Dossier informativo

Est.Min.1ª Mem ..: 60.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#747

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION EN EL MANEJO HIGIENICO-DIETETICO DEL PACIENTE CIRROTICO AL ALTA HOSPITALARIA

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

2. % pacientes y cuidadores que reconocerán signos de alarma tras recibir esta información

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de pacientes y cuidadores que identifican signos y síntomas

Denominador .....: número de pacientes y cuidadores que tienen relación con la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta, escala de Zarit

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 775.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#794

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO Y TOLERANCIA EN LA PREPARACION LAXANTE PARA COLONOSCOPIA

Fecha de entrada: 24/07/2022

Nº de registro: 2022#794 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RUIZ ORNAQUE IRENE

Título  
EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO Y TOLERANCIA EN LA PREPARACION LAXANTE PARA COLONOSCOPIA

Colaboradores/as:  
ANCHELERGUES GUILLLEN ANA ISABEL  
BIELSA ADIEGO OLGA  
FERNANDEZ TAMAYO MARIA CARMEN  
HERNANDO LANDA ARANZAZU  
LAFUENTE HERRANZ SARA  
PARDILLOS TOME ANA MARIA DEL PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 8 HG (DIGESTIVO)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La colonoscopia se ha convertido en una prueba habitual en los servicios de digestivo y en aquellos en los que se busca motivo de anemia o causa de sangrado. Es de vital importancia la correcta preparación con preparados laxantes. Para muchos pacientes, dependiendo de qué preparado se utilice, puede ser dificultosa su toma bien por el sabor y/o por la cantidad de líquido que se debe ingerir. Es por ello que el Equipo multidisciplinar de Enfermería, principal responsable en la explicación y seguimiento de la preparación, ve necesario implementar una evaluación de cumplimiento y tolerancia en la preparación laxante con el fin de mejorar la resolutiveidad, la confortabilidad, la motivación y nivel de ansiedad de los pacientes, lo que repercutirá directamente en la calidad de los cuidados de enfermería llevados a cabo en la planta, además de facilitar la mejora del trabajo del equipo de endoscopia digestiva.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora en la calidad de asistencia hospitalaria en la preparación de colonoscopias

#### ANALISIS DE CAUSAS

La dificultad para seguir la correcta preparación con preparados laxantes conlleva muchas veces un aumento de los días de las estancias hospitalarias, aumento del gasto económico en cada colonoscopia que precisa repetir y un disconfort para el paciente

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal que se pretende conseguir es mejorar la tolerancia y cumplimiento de las preparaciones laxantes aumentando el grado de satisfacción del usuario y mejorar el porcentaje de pacientes que llegan mal preparados a la prueba endoscópica atribuible al incumplimiento/imposibilidad de la toma del preparado.

- Facilitar el acceso a una guía informativa para el personal de enfermería de la planta (habitual y temporal) sobre la correcta preparación de la colonoscopia, mejorando los conocimientos y la organización del trabajo para poder trasladarlo adecuadamente a los pacientes.
- Fomentar un plan de Evaluación de cumplimiento y tolerancia de la preparación laxante para colonoscopia, para obtener una información actualizada sobre el resultado de nuestro trabajo y así continuar en nuestro avance en la consecución de la mejora de calidad asistencial modificando aquellos ítems que fueran necesarios a tenor de los resultados obtenidos.
- Promover el confort, la participación activa, motivación y grado de satisfacción del paciente.
- Mejorar la seguridad en la práctica clínica.
- Disminución de costes evitando la repetición de la prueba por una defectuosa preparación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión con el equipo para informar de la implantación del proyecto de calidad y las actividades y objetivos a alcanzar

Fecha inicio: 19/09/2022  
Fecha final.: 19/09/2022  
Responsable.: IRENE RUIZ ORNAQUE

2. Elaboración de una guía informativa para el personal de Enfermería de la planta.  
Elaboración de la guía y Escala de Evaluación

Fecha inicio: 26/09/2022  
Fecha final.: 03/10/2022  
Responsable.: PERSONAL SANITARIO DEL EQUIPO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#794

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO Y TOLERANCIA EN LA PREPARACION LAXANTE PARA COLONOSCOPIA

3. Elaboración de un formulario para el cribado del paciente "potencialmente complicado" para la preparación

Fecha inicio: 10/10/2022

Fecha final.: 07/11/2022

Responsable.: PERSONAL SANITARIO DEL EQUIPO

4. Ejecutar en estos casos medidas para facilitar las tomas: ampliar el horario de tomas, introducir bebidas isotónicas y/o sin colorantes...

Implantación del desarrollo del proyecto :guía y evaluación

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 11/09/2023

Responsable.: PERSONAL SANITARIO DEL EQUIPO

5. Evaluar a través de la Escala Boston ampliándola con una evaluación elaborada por el equipo de trabajo.

Implantación del desarrollo del proyecto (guía y evaluación)

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 11/09/2023

Responsable.: PERSONAL SANITARIO DEL EQUIPO

6. Recoger mediante un formulario el cumplimiento de las tomas a rellenar por paciente y/o familiar, así como el grado de satisfacción con la información recibida

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 11/09/2023

Responsable.: PERSONAL SANITARIO DEL EQUIPO

7. Valoración de sus resultados por parte del grupo de trabajo.

Fecha inicio: 02/10/2023

Fecha final.: 09/10/2023

Responsable.: PERSONAL SANITARIO DEL EQUIPO

8. Valoración final del proyecto

Fecha inicio: 16/10/2023

Fecha final.: 23/10/2023

Responsable.: PERSONAL SANITARIO DEL EQUIPO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de Evaluaciones registradas por parte del equipo de Enfermería durante el desarrollo del proyecto

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: evaluaciones registradas en planta de digestivo

Denominador .....: total pacientes ingresados con colonoscopia pedida

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: formulario realizados por la planta

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. % de Evaluación de Escala Boston con una puntuación entre 6 y 7.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: resultados según la escala Boston con puntuación 6-7 tras colonoscopia

Denominador .....: total pacientes que se les realiza colonoscopia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: formulario en los que se recoja resultados preparación

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 55.00

3. % de Evaluación de Escala Boston con una puntuación mayor o igual a 8.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: resultados según escala Boston con puntuación 8

Denominador .....: total pacientes que se les realiza colonoscopia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: formulario en los que se recoja resultados preparación

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#794

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO Y TOLERANCIA EN LA PREPARACION LAXANTE PARA COLONOSCOPIA

4. % de colonoscopias bien preparadas y con una óptima visualización

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: resultados según escala Boston con puntuación 9-10

Denominador .....: total pacientes que se les realiza colonoscopia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: formulario en los que se recoja resultados preparación

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. % de colonoscopias que han tenido que volverse a repetir por una deficiente preparación.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: resultados según escala Boston con puntuación menor de 5

Denominador .....: total pacientes que se les realiza colonoscopia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: formulario en los que se recoja resultados preparación

Est.Mín.1ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

6. N° de profesionales del Equipo de Enfermería que conocen la existencia de la guía de informativa de

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: numero de profesionales que conocen la guía

Denominador .....: total del personal de la planta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: formulario de recogida de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

7. Grado de implicación por parte del Equipo de Enfermería para la consecución de objetivos

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: numero de profesionales que se implican en el proyecto

Denominador .....: total del personal de la planta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

8. Grado de satisfacción del paciente ante la preparación de la prueba.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: satisfacción del paciente con la información recibida

Denominador .....: total pacientes que se les realiza colonoscopia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#842

### 1. TÍTULO

#### VALORACION Y MANEJO DEL DOLOR POSTQUIRURGICO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA TORACICA, ORL Y MAXILOFACIAL

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#842 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CAYON GELI CRISTINA

Título  
VALORACION Y MANEJO DEL DOLOR POSTQUIRURGICO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA TORACICA, ORL Y MAXILOFACIAL

Colaboradores/as:  
BECERRIL ZAPATER ROSA ANA  
BELSUE CORTES EVA  
DELISO GIL ELENA  
FRAILE RODRIGO JESUS JOSE  
MARTIN RAMO MARIA PILAR  
MONGE NIETO MARIANA  
MUÑOZ GONZALEZ NADIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 4A HG (POL. C.TOR, ORL Y MXFL)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con o similar a la asociada con daño tisular real o potencial. En la última actualización de la CIE 11, que entró en vigor en enero del 2022, aparece codificado dentro de Dolor , tanto crónico como agudo, la subcategoría de Dolor posquirurgico (MG30.2, MG31.2) este es definido por la ASA (American Society of Anesthesiologists) como aquel que está presente en el paciente quirúrgico debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y sus complicaciones, o a una combinación de ambos. Es un dolor agudo, predecible, de duración limitada y evitable. Entre el 25 y el 60% de los pacientes intervenidos sufren dolor, de forma moderada o severa, estimándose, que el 60% lo sufre de forma persistente.

El manejo eficiente del dolor postoperatorio mejora las condiciones generales del enfermo y facilita una recuperación más rápida, disminuyendo así, la estancia hospitalaria. Por el contrario, un pobre manejo del dolor va a contribuir a una peor experiencia de la enfermedad para el paciente, menor satisfacción, deambulación tardía, aumento de incidencia de complicaciones cardíacas y pulmonares, riesgo de desarrollar dolor crónico persistente y aumento de morbilidad y mortalidad.

El dolor no solo afecta al paciente, sino que afecta también a sus cuidadores, profesionales e instituciones involucradas, siendo este escenario lo que hace que la gestión y tratamiento del dolor constituya un indicador de calidad de primer orden.

El manejo adecuado del dolor es cada vez más responsabilidad de enfermería, centrándose en tres puntos clave:

- \_ Considerar el dolor como la quinta constante vital, realizando una evaluación integral del mismo utilizando un enfoque sistemático y herramientas validadas apropiadas.
- \_ Información y formación del paciente en cuanto a la importancia del uso de herramientas validadas de control del dolor para un adecuado diagnóstico y tratamiento del mismo y el correcto manejo de las mismas, involucrandolo así en los cuidados y facilitando la comunicación entre profesional y paciente.
- \_ Registrar los valores obtenidos de la valoración, lo que permite un seguimiento por parte de todos los profesionales donde se observa, entre otras cosas, la eficacia o no de las medidas terapéuticas aplicadas.

Esta valoración debe hacerse de forma sistematizada y regular al ingreso o consulta con un profesional sanitario, después de un cambio de la situación clínica, antes, durante y después de un procedimiento y, tras las intervenciones de manejo del mismo.

En este sentido hemos trabajado ya con los pacientes de cirugía torácica incorporando las recomendaciones de buenas prácticas en la gestión del dolor post-quirúrgico, pretendemos consolidar nuestras actuaciones y ampliarlas al resto de pacientes de la unidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Conseguir un manejo óptimo del dolor postquirúrgico mejorando así la calidad de los cuidados que damos a nuestros pacientes.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Infravaloración del dolor  
Falsos mitos sobre el dolor  
Falta de concienciación sobre la importancia de un buen manejo del dolor  
No utilización de escalas validadas

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la adherencia de la práctica clínica a la mejor evidencia disponible de evaluación y manejo del dolor postquirúrgico en el paciente intervenido de cirugía torácica, otorrinolaringológica y maxilofacial.

\* Elaborar pautas de analgesia para el tratamiento del dolor para cada especialidad en colaboración con anestesia.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#842

### 1. TÍTULO

#### VALORACION Y MANEJO DEL DOLOR POSTQUIRURGICO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA TORACICA, ORL Y MAXILOFACIAL

- \* Realizar educación al paciente en el manejo del dolor al ingreso.
- \* Valorar el dolor con herramientas validadas.
- \* Conseguir un manejo eficiente del dolor en los pacientes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. ELABORACIÓN DE PAUTAS DE ANALGESIA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PACIENTES INTERVENIDOS DE C. ORAL Y MAXILOFACIAL

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 15/09/2022  
Responsable.: ELENA DELSO GIL

2. ELABORACIÓN DE PAUTAS DE ANALGESIA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PACIENTES INTERVENIDOS DE C. ORL

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 15/09/2022  
Responsable.: JESÚS FRAILE RODRIGO

3. REVISIÓN/ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE ANALGESIA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA TORÁCICA

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 15/09/2022  
Responsable.: NADIA MUÑOZ GONZÁLEZ

4. ELABORACIÓN DE DOCUMENTO DE SOPORTE PARA LA EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE EL DOLOR A LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE C. TORÁCICA, ORL, MAXILOFACIAL

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 15/09/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> PILAR MARTIN RAMO

5. COMUNICACIÓN DEL PROYECTO ASISTENCIAL EN LA UNIDAD

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 07/10/2022  
Responsable.: CRISTINA CAYÓN GELI

6. FORMACIÓN DEL PERSONAL EN USO DE HERRAMIENTAS VALIDADAS Y MOMENTOS DE VALORACIÓN DEL DOLOR

Fecha inicio: 10/10/2022  
Fecha final.: 14/10/2022  
Responsable.: MARIANA MONGE NIETO

7. PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO

Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 31/05/2024  
Responsable.: CRISTINA CAYÓN GELI

- \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto
- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. EXISTENCIA DE PAUTAS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR PARA CADA ESPECIALIDAD

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Existe protocolo farmacológico del dolor elaborado en colaboración con anestesia para cada especialidad

Denominador .....: Existe protocolo farmacológico del dolor elaborado en colaboración con anestesia para cada especialidad

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Farmatools

Protocolos de la unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. PROFESIONALES DISPONEN DE HERRAMIENTAS VALIDADAS PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Profesionales de la Unidad de cuidados de Cirugía Torácica, ORL y Maxilofacial, que llevan en el bolsillo las herramientas validadas para evaluar el dolor

Denominador .....: Profesionales de la Unidad de cuidados de Cirugía Torácica, ORL y Maxilofacial

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Observación

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#842

### 1. TÍTULO

#### VALORACION Y MANEJO DEL DOLOR POSTQUIRURGICO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA TORACICA, ORL Y MAXILOFACIAL

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. PACIENTES QUE HAN RECIBIDO EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE EL DOLOR Y SU MANEJO POR PARTE DE LAS ENFERMERA

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes que han recibido formación/educación sanitaria sobre el dolor y su manejo, por parte de las enfermeras al ingreso en la unidad

Denominador .....: Total de pacientes que ingresan en la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. PACIENTES CON VALORACIÓN DEL DOLOR MEDIANTE ESCALAS VALIDADAS (EVA/PAINAD) AL MENOS DOS VECES AL DÍA

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes con valoración del dolor mediante escalas validadas (EVA/PAINAD) al menos dos veces al día durante el ingreso

Denominador .....: Total de pacientes que ingresan en la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. PACIENTES CON DOLOR MODERADO O GRAVE (EVN>3 EN TRES O MÁS EVALUACIONES DURANTE EL INGRESO)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes con dolor moderado o grave (EVA>3 en tres o más evaluaciones durante el ingreso)

Denominador .....: Total de pacientes que ingresan en la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes intervenidos de cirugía torácica, otorrinolaringológica o cirugía oral y maxilofacial.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#850

### 1. TÍTULO

#### HIGIENE ORAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE C. ORAL Y MAXILOFACIAL Y PACIENTES DE ORL INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#850 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAHUERTA MARTINEZ ANA CARMEN

Título  
HIGIENE ORAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE C. ORAL Y MAXILOFACIAL Y PACIENTES DE ORL INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

Colaboradores/as:  
BLASCO PALACIO JULIA CAYETANA  
CAYON GELI CRISTINA  
LOPEZ GARCIA ANA BELEN  
MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO  
MARTINEZ MOMPIL ANA SOFIA  
PARDOS GOMEZ MARIA VICTORIA  
SANCHEZ SANCHEZ PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 4A HG (POL. C.TOR, ORL Y MXFL)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La higiene oral es el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar una limpieza adecuada de la boca. En los pacientes intervenidos por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial y de Otorrino intervenidos de cabeza y cuello, la higiene bucal juega un papel importante en la evolución del paciente y el tratamiento de su enfermedad, previniendo complicaciones (como la infección) y síntomas dolorosos e incómodos para el paciente (sequedad de boca, molestias locales a nivel oral, dificultad en la comunicación, problemas en la alimentación, etc.)

La realización de la higiene bucal puede verse comprometida cuando el individuo presenta incapacidad funcional, como ocurre en algunos pacientes hospitalizados que, por patologías de base o derivado de la cirugía, no pueden encargarse o necesitan ayuda para realizar su propia higiene bucal. Lo mismo ocurre en pacientes traqueotomizados, por miedo, desconocimiento en muchas ocasiones descuidan la higiene de la boca. En este tipo de pacientes, se deben realizar modificaciones y adaptaciones en las técnicas e instrumentos de higiene bucal, para que ellos mismos o su familia puedan realizar los procedimientos. El personal sanitario será el encargado de promover unos cuidados de la boca adecuados y enseñar al paciente, su familia o cuidadores la realización de los mismos durante su estancia hospitalaria y al alta, así como de realizar los cuidados por el paciente cuando este no pueda llevarlos a cabo por él mismo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Asegurar una correcta higiene de la boca mejorando así la calidad de los cuidados que proporcionamos a nuestros pacientes.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desconocimiento de la técnica después de la cirugía.

Miedo a complicaciones.

Falta de concienciación sobre la importancia de mantener una correcta higiene de la boca.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la higiene bucal en los pacientes intervenidos de cirugía oral y maxilofacial así como en los pacientes de ORL intervenidos de cirugía de cabeza y cuello.

\* Implementar el protocolo de higiene de la boca en pacientes intervenidos de cirugía oral y maxilofacial (Z2-1077-21E), adaptarlo y ampliarlo a pacientes de ORL intervenidos de cirugía de cabeza y cuello.

\* Realizar educación al paciente en la realización de la higiene oral adaptada a su situación después de la cirugía.

\* Entregar díptico de recomendaciones para la realización de la higiene oral como refuerzo a la educación proporcionada por los profesionales sanitarios.

\* Conseguir que los pacientes intervenidos de cirugía oral y maxilofacial y/o pacientes intervenidos de cirugía de cabeza y cuello realicen la higiene de la boca un mínimo de dos veces al día.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. ADAPTAR Y AMPLIAR EL PROTOCOLO DE HIGIENE DE LA BOCA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL A PACIENTES DE ORL INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: JOSÉ ANTONIO MALTRANA GARCÍA

2. ELABORAR DÍPTICO DE RECOMENDACIONES AL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE LA HIGIENE DE LA BOCA ADAPTADO A LA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#850

### 1. TÍTULO

#### HIGIENE ORAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE C. ORAL Y MAXILOFACIAL Y PACIENTES DE ORL INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

##### PATOLOGÍA / CIRUGÍA

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: ANA CARMEN LAHUERTA MARTÍNEZ

##### 3. COMUNICACIÓN DEL PROYECTO ASISTENCIAL EN LA UNIDAD

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 23/09/2022

Responsable.: CRISTINA CAYÓN GELI

##### 4. FORMACIÓN EN HIGIENE DE LA BOCA AL PERSONAL DE LA UNIDAD

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: ANA CARMEN LAHUERTA MARTÍNEZ

##### 5. PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/05/2024

Responsable.: ANA CARMEN LAHUERTA MARTÍNEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. EXISTENCIA DE PROTOCOLO DE HIGIENE DE LA BOCA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE COMF Y ORL CABEZA -CUELLO

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Existe protocolo de higiene de la boca en pacientes intervenidos de cirugía oral y maxilofacial y pacientes de ORL intervenidos de cirugía de cabeza y cuello

Denominador .....: Existe protocolo de higiene de la boca en pacientes intervenidos de cirugía oral y maxilofacial y pacientes de ORL intervenidos de cirugía de cabeza y cuello

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: PROTOCOLOS DE LA UNIDAD

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

##### 2. LOS PACIENTES RECIBEN EDUCACIÓN EN LA REALIZACIÓN DE LA HIGIENE ORAL DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes intervenidos de COMF y/o pacientes de ORL intervenidos de cirugía de cabeza y cuello que han recibido educación de la higiene de la boca adaptada a su situación tras la cirugía

Denominador .....: Pacientes intervenidos de COMF y/o pacientes intervenidos de cirugía de cabeza y cuello

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. LOS PACIENTES RECIBEN UN DÍPTICO DE RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LA HIGIENE ORAL

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes intervenidos de COMF y/o pacientes intervenidos de cirugía de cabeza y cuello que han recibido el díptico de recomendaciones para la realización de la higiene de la boca

Denominador .....: Pacientes intervenidos de COMF y/o pacientes intervenidos de cirugía de cabeza y cuello

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE / OBSERVACIÓN

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 4. LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE COMF Y ORL REALIZAN LA HIGIENE DE LA BOCA AL MENOS DOS VECES AL DÍA.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes intervenidos de COMF y/o pacientes de ORL intervenidos de cirugía de cabeza y cuello que realizan la higiene de la boca un mínimo de dos veces al día

Denominador .....: Pacientes intervenidos de COMF y/o pacientes intervenidos de cirugía de cabeza y cuello

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#850

### 1. TÍTULO

#### HIGIENE ORAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE C. ORAL Y MAXILOFACIAL Y PACIENTES DE ORL INTERVENIDOS DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes intervenidos de cirugía oral y maxilofacial o de ORL de cabeza y cuello ingresados en la unidad.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#923

### 1. TÍTULO

#### PREVENCION DE LA DERMATITIS ASOCIADA A LA INCONTINENCIA (DAI)

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#923 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
COLLADOS ABAD ANA-CRISTINA

Título  
PREVENCION DE LA DERMATITIS ASOCIADA A LA INCONTINENCIA (DAI)

Colaboradores/as:  
ALCAZAR FERRER PAULA  
ALDEA CUENCA ELENA  
BELTRAN BENEDICTO MARIA CARMEN  
CLEMENTE GARCIA GRACIA CRISTINA  
LLOBET DOMINGUEZ CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 10 HG (MEDICINA INTERNA)

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En nuestro servicio de Medicina Interna (MI) planta 10ª hemos observado un aumento de casos de DAI en pacientes incontinentes y/o portadores de sonda vesical. La dermatitis asociada a la incontinencia es una lesión que se engloba dentro de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) que se localiza en la zona perineal, genital, abdominal e incluso muslos y cuyo origen está en el contacto de la orina y las heces con la piel. Esto es un efecto adverso que puede afectar a la seguridad del paciente que le expone a un mayor riesgo de sobreinfecciones y a una disminución de la calidad de vida, con el consiguiente aumento de los recursos humanos y materiales.

Realizar una valoración correcta del paciente incontinente (por ejemplo utilizando la escala EVE) nos permite tomar las medidas preventivas necesarias para que la DAI no se llegue a formar y en caso de que se haya formado aplicar el tratamiento idóneo. Observamos que uno de los errores más frecuentes entre los profesionales de enfermería es no saber identificar la DAI y confundirla con lesiones por presión de grado II lo que implica no poder tratar la dermatitis adecuadamente.

Por otro lado, creemos que se hace un uso incorrecto de dispositivos absorbentes. Concretamente los pacientes que portan sonda vesical llevan pañal y empapadores. Al respecto estos pacientes no deben llevar pañal (a excepción si deposiciones diarreicas) sólo deberían llevar un empapador absorbente para recoger las deposiciones en caso de incontinencia fecal. Así mismo los pacientes con incontinencia urinaria y/o fecal habitualmente llevan pañal (incluso doble pañal) y múltiples empapadores y deberían llevar pañal y un empapador debajo de la terna para evitar la transpiración excesiva de la piel. El uso incorrecto de los absorbentes crea un entorno oclusivo (no transpirable) que transforma el microclima de la piel afectando a la humedad y temperatura, lo que produce que la zona se vuelva más frágil con mayor permeabilidad y susceptibilidad a los irritantes. A todo esto, debemos sumar un factor que eleva exponencialmente el riesgo de DAI y es el "tiempo". La orina y especialmente la heces deben estar el menor tiempo posible en contacto con la piel.

Es importante que todos los profesionales trabajemos con los mismos criterios de actuación, estos deben estar documentados y basados en la evidencia, por lo que sería muy beneficioso para prevenir la DAI realizar e implementar un procedimiento de actuación de enfermería.

#### ÁREAS DE MEJORA

Realizar valoración correcta del paciente  
Usar correctamente los dispositivos absorbentes  
Trabajar con los mismos criterios

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Necesidad de formación y uso de escalas  
Información y formación en el uso correcto de los absorbentes  
Implementación de procedimientos de actuación

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir la prevalencia de DAI en los pacientes ingresados con incontinencia.  
Implementar procedimiento de actuación de enfermería para la prevención de la DAI en pacientes ingresados.  
Realizar escala EVE a los pacientes con DAI.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación del grupo de trabajo

Fecha inicio: 03/03/2022

Fecha final.: 03/03/2022

Responsable.: ANA CRISTINA COLLADOS ABAD

2. Revisión bibliográfica

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#923

### 1. TÍTULO

#### PREVENCION DE LA DERMATITIS ASOCIADA A LA INCONTINENCIA (DAI)

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: CARMEN LLOBET DOMINGUEZ

3. Prevalencia de DAI antes de implementar procedimiento de actuación y de impartir la formación.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: PAULA ALCAZAR FERRER

4. Información a los profesionales de la unidad sobre el proyecto

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: ANA CRISTINA COLLADOS ABAD

5. Realizar procedimiento de actuación con poster ilustrativo

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: ELENA ALDEA CUENCA

6. Impartir sesión de formación en la unidad

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 03/07/2023

Responsable.: CARMEN LLOBET DOMINGUEZ

7. Rediseñar hoja de registro de TCAE

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 29/07/2022

Responsable.: CARMEN BELTRAN BENEDICTO

8. Implantación del procedimiento de actuación

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: ANA CRISTINA COLLADOS ABAD

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La sesión de formación se irá realizando cada vez que haya incorporación de personal nuevo

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes ingresados con DAI

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº pacientes incontinentes ingresados con DAI

Denominador .....: Nº de pacientes incontinentes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

2. Pacientes a los que se les aplica el procedimiento enfermero para la prevención de la DAI

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes incontinentes ingresados que se les aplica el procedimiento enfermero para la prevención de la DAI

Denominador .....: Nº de pacientes incontinentes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Observación directa

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

3. Pacientes que se realiza la escala EVE

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº pacientes con DAI con escala EVE realizada

Denominador .....: Nº de pacientes con DAI ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#923

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DE LA DERMATITIS ASOCIADA A LA INCONTINENCIA (DAI)

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#971

### 1. TÍTULO

#### TUTORIZACION Y APOYO AL PROFESIONAL DE NUEVA INCORPORACION RELACIONADO CON LOS CUIDADOS AL PACIENTE DE CIRUGÍA GINECOLOGICA Y MAMA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#971 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PASTOR MALLEN PILAR

Título  
TUTORIZACION Y APOYO AL PROFESIONAL DE NUEVA INCORPORACION RELACIONADO CON LOS CUIDADOS AL PACIENTE DE CIRUGÍA GINECOLOGICA Y MAMA

Colaboradores/as:  
BARRIOS ROPERO MARIA ESTHER  
ESTEBAN SOMOLINOS LAURA  
MARCO GARCIA NATALIA  
MATA SIERRA CLARA  
SIERRA MELUS CONCEPCION

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 2 A HMI (GINECOLOGIA)

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En todo paciente quirúrgico, es fundamental realizar unas tareas y cuidados preoperatorios específicos, destinados a establecer las condiciones necesarias previa cirugía, garantizando de este modo seguridad y calidad. Del mismo modo, tras la cirugía se precisa una serie de cuidados específicos para cada proceso, destinados a la correcta evolución y recuperación del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Aumentar la seguridad del paciente en todo proceso quirúrgico, tanto urgente como programado.  
Disminuir la variabilidad en la aplicación de cuidados pre y post quirúrgicos.  
Facilitar y orientar al profesional de nueva incorporación en la unidad asistencial.  
Coordinación con los todos los servicios implicados en el proceso quirúrgico.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Rotación de los profesionales que conforman la plantilla estable debido a situaciones de traslado, acoplamientos internos, situaciones de concilia familiar y otras incidencias.  
Particularidades del proceso quirúrgico que precisan de un aprendizaje previo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Establecer el plan asistencial relacionado con el procedimiento quirúrgico.  
Prevenir la aparición de problemas garantizando resultados predeterminados.  
Conseguir que los profesionales de nueva incorporación en el equipo adquieran las competencias necesarias para la prestación de los cuidados asistenciales pre y postquirúrgicos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Considerar la totalidad de los procedimientos quirúrgicos, unificarlos en cirugías tipo o modelo y elaborar una guía de cuidado asistencial para cada modelo.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Laura Esteban Somolinos

2. Tutorización personalizada al profesional de nueva incorporación en la Unidad, mediante apoyo en las Guías de Cuidado Asistencial de los diferentes procesos quirúrgicos desarrollados en la Unidad.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/01/2024

Responsable.: M<sup>a</sup> Pilar Pastor Mallén, M<sup>a</sup> Esther Barrios Roperero, Concepción Sierra Melús, Clara Mata Sierra, Natal

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. FORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº DE PROFESIONALES FORMADOS

Denominador .....: Nº DE PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#971

### 1. TÍTULO

#### TUTORIZACION Y APOYO AL PROFESIONAL DE NUEVA INCORPORACION RELACIONADO CON LOS CUIDADOS AL PACIENTE DE CIRUGÍA GINECOLOGICA Y MAMA

Fuentes de datos.: Cuestionario de formación firmado

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA FORMACIÓN

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° DE PROFESIONALES QUE CONTESTAN FAVORABLEMENTE  
Denominador .....: N° DE ENCUESTAS CONTESTADAS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionario de Grado de Satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: --Otros--> CIRUGÍA GINECOLOGÍCA Y MAMA

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#997

### 1. TÍTULO

#### CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#997 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LUNA TORRES CARMEN

Título  
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Colaboradores/as:  
ABAD FRIAS YOLANDA  
CAMIN GOMEZ ANA PILAR  
GREGORIO PADILLA MARIA TERESA  
LATAPIA RALUY RAQUEL  
LOPEZ LUCIA ANA CARMEN  
MARTINEZ SAMPEDRO PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 7 HRTQ (TRAUMATOLOGIA A)

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El proyecto sirve para unificar los cuidados y así mejorar la calidad de los mismos para el paciente, y por ende su implicación y pronta recuperación .

Hay compañeros nuevos y los cuidados han evolucionado rápidamente desde el último protocolo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Unificar los criterios para los cuidados

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Cambios frecuentes en la plantilla de personal de enfermería  
Cambios en los ejercicios de recuperación  
Cambios en las pautas de las curas

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Unificar los criterios de los cuidados para ofrecer mayor calidad, que el paciente se implique en el proceso y tenga una recuperación temprana

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión con el personal de enfermería de la planta 7HRTQ para unificar los criterios de los cuidados al paciente con Artroplastia total de rodilla

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: CARMEN LUNA TORRES

2. Taller de ejercicios de la rodilla y uso del patín

Fecha inicio: 15/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: ANA CAMÍN GÓMEZ

3. Taller de curas y posibles incidencias y complicaciones

Fecha inicio: 15/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: RAQUEL LATAPIA RALUY

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % del personal de enfermería que se reúne para unificar criterios en los cuidados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales de enfermería que se reúnen de la planta 7HRTQ

Denominador .....: Nº de profesionales de la planta 7HRTQ

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Personal de enfermería de la planta 7HRTQ

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#997

### 1. TÍTULO

#### CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. % del personal de enfermería recibe el taller de ejercicios de la rodilla y uso del patín

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de profesionales de enfermería que reciben el taller de ejercicios

Denominador .....: N° de profesionales de la planta 7HRTQ

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Personal de enfermería de la planta 7HRTQ

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. % del personal de enfermería que recibe el taller de curas y posibles incidencias y complicaciones

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de profesionales de enfermería que reciben el taller de curas

Denominador .....: N° de profesionales de la planta 7HRTQ

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Personal de enfermería de la planta 7HRTQ

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1002

### 1. TÍTULO

#### CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE CIRUGÍA PLÁSTICA INTERVENIDAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIEP

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#1002 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GREGORIO PADILLA MARIA TERESA

Título  
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE CIRUGÍA PLÁSTICA INTERVENIDAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIEP

Colaboradores/as:  
ABAD FRIAS YOLANDA  
ASCASO MARCHITE OLGA-CARMEN  
LATAPIA RALUY RAQUEL  
LOPEZ LUCIA ANA CARMEN  
LUNA TORRES CARMEN  
MARTINEZ SAMPEDRO PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 7 HRTQ (TRAUMATOLOGIA A)

Línea estratégica: Adecuación

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Unificar los criterios de los cuidados a la paciente intervenida con reconstrucción mamaria DIEP  
Son técnicas y aparataje novedoso para la mayoría del personal

ÁREAS DE MEJORA  
Unificar los cuidados de la paciente

ANÁLISIS DE CAUSAS  
Es un servicio relativamente nuevo y hay mucho cambio de personal

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Se espera conseguir formar al personal de enfermería en los cuidados y técnicas que se realizan a la paciente con DIEP

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión para unificar criterios en los cuidados de enfermería de la paciente con reconstrucción de mama tipo DIEP  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: CARMEN LUNA TORRES

2. Taller de formación en los cuidados, uso del doppler, invos y curas de la paciente con reconstrucción de mama DIEP  
Fecha inicio: 15/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup>TERESA GREGORIO PADILLA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % del personal que se reúne para unificar los criterios de los cuidados de la paciente DIEP  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de profesionales de enfermería que se reúne para unificar criterios en los cuidados de la paciente DIEP  
Denominador .....: Número de profesionales de enfermería de la planta 7HTRQ  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Personal de enfermería de la planta 7HTRQ  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. % del personal que recibe el taller de formación de los cuidados, uso del doppler e invos y curas  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de profesionales de enfermería que recibe el taller de cuidados, uso del

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1002

### 1. TÍTULO

#### CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE CIRUGÍA PLÁSTICA INTERVENIDAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIEP

doppler, invos y curas

Denominador .....: Número de profesionales de enfermería de la planta 7HTRQ

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Personal de enfermería de la planta 7HRTQ

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1063

### 1. TÍTULO

#### MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL TCAE DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE FRACTURAS Y TUMORES

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1063 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
REDRADO PINA MARIA MERCEDES

Título  
MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL TCAE DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE FRACTURAS Y TUMORES

Colaboradores/as:  
DEL BAÑO RUBIO FRANCISCO JAVIER  
DOMINGUEZ AYALA MARIAJESUS  
GRACIA TAPIA ROSA ANA  
HIDALGO CINTAS FRANCISCA  
PEREZ LOU MARIA PILAR  
ROMEO LUCEA INMACULADA PILAR  
TOMAS MAÑES SANDRA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 9 HRTQ (TRAUMATOLOGIA C)

Línea estratégica: --Otras--

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Elaborar un protocolo de acogida para TCAES de nueva incorporación en la unidad

ÁREAS DE MEJORA  
Fomentar Trabajo en equipo  
Unificar criterios de atención al paciente

ANALISIS DE CAUSAS  
Continuo cambio de personal en unidad sin conocimientos especificos de ella

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Elaborar un proceso de acogida que se adapte a las necesidades del personal en la unidad  
Favorecer la adaptación y buen funcionamiento del nuevo personal a la unidad  
Fomentar la seguridad en el trato al paciente

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de tríptico  
Fecha inicio: 31/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2023  
Responsable.: María Mercedes Redrado Pina

2. Elaboración de Manual de acogida  
Fecha inicio: 31/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2023  
Responsable.: María Mercedes Redrado Pina

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Entregar Tríptico  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: número profesionales TCAE a quien se les entrega tríptico  
Denominador .....: número profesionales TCAE que pasan por la unidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Recogida de firmas al entregar tríptico  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Encuesta satisfacción Manual de acogida  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: -número de profesionales que realiza la encuesta  
Denominador .....: número de profesionales que pasan por la unidad

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1063

### 1. TÍTULO

#### MANUAL DE ACOGIDA PARA PERSONAL TCAE DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE FRACTURAS Y TUMORES

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Recogida de encuestas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Profesional Sanitario

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1064

### 1. TÍTULO

#### MANUAL DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE FRACTURAS Y TUMORES

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1064 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DELGADO CATALAN IRENE

Título  
MANUAL DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE FRACTURAS Y TUMORES

Colaboradores/as:  
BASTAROS ANDRES ANA CRISTINA  
CORTES ALONSO ELENA  
FAUBELL ZALDIVAR LETICIA  
GRACIA GUTIERREZ BEATRIZ  
LOZANO MOLINA MARIA JESUS  
MARTINEZ AGUSTIN M. ROSA  
MONTESINOS ESCARTIN TAMARA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 9 HRTQ (TRAUMATOLOGIA C)

Línea estratégica: Seguridad Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Creación del proyecto de mejora para proporcionar una atención integral al usuario fomentando el trabajo en equipo

ÁREAS DE MEJORA  
unificación de criterios  
disminución de ansiedad del personal de nueva incorporación

ANALISIS DE CAUSAS  
continuo movimiento del personal de enfermería

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
- ofrecer al paciente hospitalizado en nuestra unidad una asistencia integral de calidad  
- facilitar la integración de los profesionales que van a formar parte del equipo de trabajo de la Unidad  
- facilitar la adquisición de conocimientos  
- crear un documento de apoyo y consulta para todo el personal  
- conseguir la satisfacción tanto del usuario como del personal de la Unidad

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. reuniones de equipo  
Fecha inicio: 31/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2023  
Responsable.: IRENE DELGADO CATALÁN

2. elaboración de tríptico  
Fecha inicio: 31/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2023  
Responsable.: IRENE DELGADO CATALÁN

3. encuesta de satisfacción  
Fecha inicio: 31/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2023  
Responsable.: IRENE DELGADO CATALÁN

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. porcentaje de profesionales que reciben el tríptico  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: número de profesionales de enfermería que reciben el tríptico  
Denominador .....: número de profesionales de enfermería de nueva incorporación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: recogida de firmas de entrega de manual

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1064

### 1. TÍTULO

#### MANUAL DE ACOGIDA A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACION A LA UNIDAD DE FRACTURAS Y TUMORES

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. porcentaje de satisfacción por parte de los profesionales con el proyecto  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: número de encuestas con satisfacción positiva  
Denominador .....: número de encuestas recibidas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: encuesta anónima a los profesionales de nueva incorporación  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> FORMACIÓN PERSONAL

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1074

### 1. TÍTULO

#### CUIDADOS ENFERMEROS EN LA ARTRODESIS LUMBOSACRA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1074 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TORRES CASTILLO JULIA

Título  
CUIDADOS ENFERMEROS EN LA ARTRODESIS LUMBOSACRA

Colaboradores/as:  
ABINZANO BARAZA PABLO  
FERNANDEZ GONZALEZ ANA BELEN  
GUALLAR NUEZ ANA ISABEL  
MARTINEZ BERMUDEZ M. ISABEL  
OLIVER BERBEGAL SUSANA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 8 HRTQ (TRAUMATOLOGIA B)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Diseño de un plan de cuidados de enfermería, para intentar minimizar las complicaciones asociadas a la hospitalización en sí y prevenir la aparición de UPPs.

Educando al paciente para realizar las actividades de la vida diaria con el mínimo impacto para su situación post-quirúrgica.

#### ÁREAS DE MEJORA

-Unanimidad de criterios de todos los profesionales de la planta, referidos a procesos asistenciales concretos.  
-Mejora de la relación enfermera - paciente.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Deficiente comunicación en algún caso, entre los profesionales de la unidad  
Discrepancia en los procedimientos utilizados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Cambios positivos en la práctica asistencial y unificación de criterios.  
Disminución progresiva de escala EVA. Mejoría en el manejo del control del dolor.  
Fomentar la actividad y autocuidado en el paciente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación de los profesionales implicados por medio de reuniones periódicas.

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Julia Torres Castillo

2. Educación activa del paciente próximo al alta, por medio de entrevistas.

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 31/01/2024  
Responsable.: Julia Torres Castillo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. DOLOR EN EL POSTOPERATORIO

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de pacientes que tienen escala EVA <4 en el postoperatorio  
Denominador .....: Número total de pacientes intervenidos.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica electrónica.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 99.00

#### 2. DEAMBULACIÓN 2º DÍA POSTOPERATORIO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1074

### 1. TÍTULO

#### CUIDADOS ENFERMEROS EN LA ARTRODESIS LUMBOSACRA

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que inician deambulaci3n el 2º d3a.  
Denominador .....: Número total de pacientes intervenidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica electr3nica  
Est.M3n.1ª Mem ..: 65.00  
Est.M3x.1ª Mem ..: 80.00  
Est.M3n.2ª Mem ..: 80.00  
Est.M3x.2ª Mem ..: 99.00

3. CA3IDAS  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que presentas ca3das en el ingreso  
Denominador .....: Número total de pacientes intervenidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica electr3nica  
Est.M3n.1ª Mem ..: 1.00  
Est.M3x.1ª Mem ..: 0.60  
Est.M3n.2ª Mem ..: 0.60  
Est.M3x.2ª Mem ..: 0.10

\*\* Informaci3n adicional sobre el dise±o de la evaluaci3n  
. Ninguna

#### POBLACI3N DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patolog3a: Enfermedades del sistema 3steomuscular y del tejido conectivo

Participaci3n de la poblaci3n: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1152

### 1. TÍTULO

#### CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LOS PACIENTES CON ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA INFECTADA

Fecha de entrada: 01/08/2022

Nº de registro: 2022#1152 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CAMIN GOMEZ ANA PILAR

Título  
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LOS PACIENTES CON ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA INFECTADA

Colaboradores/as:  
ASCASO MARCHITE OLGA-CARMEN  
BLAZQUEZ MARTINEZ CRISTINA  
CABAÑAS PUERTOLAS PAULA  
CASTILLO LAITA ISABEL  
LEORZA ALVAREZ DE ARCAAYA NOEMI  
VANEGAS CIFUENTES JUAN SEBASTIAN  
VICENTE CALVO MARTA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 7 HRTQ (TRAUMATOLOGIA A)

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El proyecto sirve para unificar los cuidados y así mejorar la seguridad a la hora de aplicarlos y la calidad de los mismos para el paciente.  
Hay personal nuevo en la planta y es necesario unificar los cuidados.

#### ÁREAS DE MEJORA

Unificar los criterios para los cuidados

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Cambios frecuentes en la plantilla de personal de enfermería

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Unificar los criterios de los cuidados para que aumente la seguridad al aplicarlos, la calidad de los mismos y que el paciente pueda tener una recuperación satisfactoria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión con el personal de enfermería de la planta 7HRTQ para unificar los criterios de los cuidados al paciente con Artroplastia total de rodilla infectada  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: CARMEN LUNA TORRES

2. Taller de formación donde se explicarán las distintos cuidados de enfermería en las fases I (paciente sin prótesis) y II de la cirugía de artroplastia total de rodilla infectada. (re-prótesis)  
Fecha inicio: 15/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: ANA PILAR CAMÍN GÓMEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % del personal que se reúne para unificar los criterios de los cuidados del pac. con PTR infectada  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de profesionales de Enfermería que se reúnen para unificar los criterios en los cuidados del paciente con Artroplastia total de rodilla infectada  
Denominador .....: Número de profesionales de Enfermería de la planta 7HRTQ  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Personal de Enfermería de la planta 7HRTQ  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. % del personal que recibe el taller de los cuidados en la fase I y II del pac. con PTR infectada  
Tipo de indicador: alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1152

### 1. TÍTULO

#### CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LOS PACIENTES CON ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA INFECTADA

Numerador .....: Número de profesionales de Enfermería que reciben el taller de los cuidados del paciente con Artroplastia total de rodilla infectada en las Fases I y II  
Denominador .....: Número de profesionales de Enfermería de la planta 7HRTQ  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Personal de Enfermería de la planta 7HRTQ  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1174

### 1. TÍTULO

#### MINIMIZACION DEL RIESGO DE INFECCION POSTQUIRURGICA EN LOS PACIENTES CON CRANEOTOMIA

Fecha de entrada: 03/08/2022

Nº de registro: 2022#1174 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NAVARRO INUÑEZ M. LUZ

Título  
MINIMIZACION DEL RIESGO DE INFECCION POSTQUIRURGICA EN LOS PACIENTES CON CRANEOTOMIA

Colaboradores/as:  
CIREZ TAMBO NATALIA  
HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ  
HERNANDO BARRADO MARIA ISABEL  
LARIO QUILEZ LAURA  
LUNA GANDU CARLOS ALBERTO  
MATEO CALAHORRA VIRGINIA  
SANTA EULALIA CEBRIAN MARIA GLORIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 5 HRTQ (NEUROCIRUGÍA)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

De todas las intervenciones realizadas en el servicio de Neurocirugía la craneotomía representa la cirugía con mayor peso de los Grupos Relacionados de Diagnóstico más frecuente del servicio y con mayor riesgo de infección. Necesidad de unificar unos criterios de trabajo para minimizar el riesgo de infección postquirúrgica en los pacientes con craneotomía.

#### ÁREAS DE MEJORA

Unificar criterios de actuación antes y después de la cirugía

#### ANALISIS DE CAUSAS

Desconocimiento del personal que no forma parte de plantilla habitual, principalmente en periodos estivales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- ? Este proyecto está enfocado a disminuir las infecciones postoperatorias en los pacientes Neuroquirúrgicos.
- ? Valoraremos la situación previa en la unidad en relación a la prevalencia de las infecciones en los pacientes sometidos a una craneotomía.
- ? Se observara y valorara cuales son los microorganismos más vinculados y todos los aspectos relacionados.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. ? Guía de recomendaciones para el personal de enfermería relacionado con las curas  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/12/2022  
Responsable.: Mª Luz Navarro Inuñez

2. ? Manual para la recogida de muestras de Líquido Cefalorraquídeo  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/12/2022  
Responsable.: Beatriz Hernández Hernández

3. ? Formación continuada al personal de la unidad  
Fecha inicio: 05/12/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Natalia Cirez Tambo

4. ? Recomendaciones al alta para paciente y familia en relación a la herida quirúrgica  
Fecha inicio: 05/12/2022  
Fecha final.: 30/01/2023  
Responsable.: Laura Lario Quilez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Formación continuada al personal:

- Preparación preoperatoria ( lavado de cabeza, rasurado, lavado corporal de la zona a intervenir....)
- Listado de verificación previo a la intervención
- Curas postquirúrgica
- Recogida de muestras

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1174

### 1. TÍTULO

#### MINIMIZACION DEL RIESGO DE INFECCION POSTQUIRURGICA EN LOS PACIENTES CON CRANEOTOMIA

1ª y 2ª memoria)

1. % pacientes con infección postquirúrgica  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes infectados  
Denominador .....: Número total de pacientes con craneotomía  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. %profesionales que reciben la formación  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de profesionales que asisten  
Denominador .....: Número total de profesionales de la unidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro Firmas de asistencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % satisfacción de los pacientes con infección tras craneotomía  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes satisfechos  
Denominador .....: Número total de pacientes con infección  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de las encuestas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1199

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA PROTESIS TOTAL DE CADERA EN LA UNIDAD DE ARTROPLASTIAS

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1199 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PERDICES BUJ SILVIA

Título  
PROTOCOLO DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA PROTESIS TOTAL DE CADERA EN LA UNIDAD DE ARTROPLASTIAS

Colaboradores/as:  
LAJUSTICIA BUENO MARIA JESUS  
LAZARO JUSTE BEATRIZ  
PASCUAL LATORRE EDUARDO  
RIANO BERGUA ANA  
RODRIGO FABRA SILVIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 8 HRTQ (TRAUMATOLOGIA B)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Necesidad de actualizar el protocolo de la prótesis total de cadera para unificar criterios multidisciplinares y poder dar una óptima calidad de cuidados que cubra las necesidades del paciente intervenido de prótesis total de cadera.

#### ÁREAS DE MEJORA

Describir todos los procedimientos que se van a realizar desde el día del ingreso del paciente hasta el día del alta hospitalaria.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El proyecto se evaluará mediante 3 indicadores, de esta forma se podrán medir los resultados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Lograr que el dolor durante el ingreso sea igual o menor a una puntuación 4 en la escala EVN (dolor moderado).
- Conseguir una movilización precoz, iniciando la movilización en el segundo día postquirúrgico.
- Alcanzar un tiempo de ingreso de duración menor o igual a cuatro días.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Comprobar que se alcanzan los objetivos acordados en el proyecto realizando una primera evaluación a los 3 meses

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: Silvia Perdices Buj

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. 1.- Valoración y control del DOLOR mediante analgesia durante el postoperatorio

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes que tienen una EVN menor de 4 durante el ingreso

Denominador .....: Número total de pacientes intervenidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. La MOVILIZACIÓN (cama-silla) se iniciará el segundo día del postoperatorio

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes en los que se inicia la movilización en el día 2

Denominador .....: Número total de pacientes intervenidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1199

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA PROTESIS TOTAL DE CADERA EN LA UNIDAD DE ARTROPLASTIAS

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. El ALTA del paciente será al 4º día del postoperatorio  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes con ingreso menor o igual a 4 días postoperatorios  
Denominador .....: Número total de pacientes intervenidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1306

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD FARMACOLOGICA MEDIANTE LA ORGANIZACION DE LOS CONTROLES DE CADUCIDAD, ETIQUETADO Y MEJORA EN LA GESTION

Fecha de entrada: 05/09/2022

Nº de registro: 2022#1306 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION

Título  
PROYECTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD FARMACOLOGICA MEDIANTE LA ORGANIZACION DE LOS CONTROLES DE CADUCIDAD, ETIQUETADO Y MEJORA EN LA GESTION

Colaboradores/as:  
CASTRO USED M. DOLORES  
GUILLEN HERNANDEZ ESMERALDA  
HERNANDO ZABORRAS LAURA  
LORITE SOLANAS LAURA  
MARIN JEREZ ESTHER  
MONTAÑES PRADO M. MERCEDES  
REGLA MANGE LUCIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 9 HG (NEUMOLOGIA)

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Mejorar la seguridad farmacológica mediante la correcta gestión de los fármacos del stock de las unidades de enfermería.

Garantizar el correcto mantenimiento, adecuado uso, y conservación de los medicamentos. Conseguir nueva nevera de fármacos

Así como definir las responsabilidades del personal de la planta en la revisión de caducidades tanto de los fármacos como del material fungible garantizando la seguridad del paciente impidiendo el uso de productos caducados.

ÁREAS DE MEJORA  
Seguridad paciente.

#### ANALISIS DE CAUSAS

administrar fármacos caducados  
administrar fármacos de dosis errónea por un mal almacenaje y/o etiquetado  
No eficacia de un fármaco por no adecuada conservación  
retraso en la administración de fármacos en urgencia por no encontrarse con facilidad  
Mal control armario estupefacientes

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Realizar una gestión eficaz y eficiente de los fármacos y material  
Etiquetado de los fármacos y materiales fungibles.  
Identificación de los medicamentos peligrosos, de los que necesitan conservación en frío, de los estupefacientes y psicotrópos.  
Organizar las 2 farmacias de la unidad de la misma manera, para evitar pérdidas de tiempo y errores.  
Responsabilidad compartida por el personal de la unidad en la revisión de las caducidades de los botiquines

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. División de ambas farmacias en 7 zonas, cada zona se revisará y comprobará caducidades de los fármacos y materiales que haya en esa zona

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final: 31/10/2022  
Responsable.: dolores castro

2. Cartelería nueva y explicación del proyecto a todos los miembros de la unidad

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final: 30/11/2022  
Responsable.: Laura Lorite

3. comienzo de los controles de caducidad por parte de todo el personal de la unidad

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final: 31/01/2023  
Responsable.: Mercedes Montañes

4. identificará los fármacos por el principio activo (y no con el nombre comercial) y Renovación de algunos cajetines y cajones para guardar los fármacos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1306

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD FARMACOLOGICA MEDIANTE LA ORGANIZACION DE LOS CONTROLES DE CADUCIDAD, ETIQUETADO Y MEJORA EN LA GESTION

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Esmeralda Guillen

5. Asistencia de la coordinadora del proyecto al curso del sector II de Manejo Seguro de Fármacos en HUMS.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup>andion Garcia Barrecheguren

6. Control de indicadores  
Fecha inicio: 01/02/2023  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Esther Marin Jerez

7. Evaluación y contro de los sinaps  
Fecha inicio: 01/05/2023  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: lucia regla y laura hernando

8. Conseguir nevera fármacos para los biológicos del HD neumología y prick test y un armadio nuevo de los estupefacientes con control electrónico mediante tarjeta  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup>Andion Garcia Barrecheguren

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. control de caducidades  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: numero de farmacos caducados mes  
Denominador .....: n° total de farmacos revisados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: hojas de control de caducidades  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. implicacion del personal  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: n° profesionales que revisan los fármacos caducados  
Denominador .....: n° total personal de plantilla de la unidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: hojas de firmas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. errores farmacologicos  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: n° errores detectados por almacenaje incorrecto  
Denominador .....: n° total de fármacos almacenados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: notificaciones en el sinaps  
Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1306

### 1. TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD FARMACOLOGICA MEDIANTE LA ORGANIZACION DE LOS CONTROLES DE CADUCIDAD, ETIQUETADO Y MEJORA EN LA GESTION**

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1307

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SOSTENIBILIDAD EN LA GESTION DE RESIDUOS, RECICLAJE, RECURSOS DESECHABLES Y AHORRO ENERGETICO EN LA PLANTA DE NEUMOLOGIA DEL HUMS

Fecha de entrada: 06/09/2022

Nº de registro: 2022#1307 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HERNANDO ZABORRAS LAURA

Título  
MEJORA DE LA SOSTENIBILIDAD EN LA GESTION DE RESIDUOS, RECICLAJE, RECURSOS DESECHABLES Y AHORRO ENERGETICO EN LA PLANTA DE NEUMOLOGIA DEL HUMS

Colaboradores/as:  
CABEZON GALAN MARIA CARMEN  
CUBERO MARIN JOSE PABLO  
GARCIA BARRECHEGUREN MARIA ANDION  
GARRE APARICIO EVA LUISA  
PEDRAZA BALLARIN ANA BELEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 9 HG (NEUMOLOGIA)

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Hospital universitario Miguel Servet (HUMS) es el hospital de referencia en Aragón, tanto a nivel de excelencia hospitalaria otorgado por el Instituto Coordinadas de Gobernanza y Economía Aplicada, como de población atendida en el Sector II (más de 48000 ingresos anuales en los últimos años). Para continuar en la dinámica de excelencia se deben adoptar nuevos retos en este siglo.

Uno de los problemas a los que no enfrentamos actualmente es la crisis climática y las actuales y futuras consecuencias que padeceremos si no actuamos; destrucción de la biodiversidad con resultados de nuevas pandemias en el futuro o expansión de enfermedades muy localizadas geográficamente, reducción de la calidad de vida de las personas debido a un aumento de la contaminación del aire y del agua, etc..

El gobierno de Aragón, englobado dentro de un estado miembro de la Unión Europea y Naciones Unidas se ha comprometido con la Agenda 2030 y sus 17 objetivos de desarrollo sostenible. Esta iniciativa, sumada a otras existentes como la Rede Hospitales Verdes y Saludables nos hacen ser partícipes de nuevos desafíos de salud por el clima.

Nuestro proyecto está destinado en la planta 9 del HUMS e involucra a todo el personal interdisciplinar que trabaja en ella, y pretende, mejorar la gestión de residuos en dicha planta, ya que el 80% de los residuos generados en una planta hospitalaria son comunes a los de un hogar u oficina (asimilables urbanos), y una buena gestión de estos residuos pueden suponer un ahorro energético y una disminución de la huella de carbono.

#### ÁREAS DE MEJORA

La gestión de los residuos en la unidad y la implicación del personal en materia de sostenibilidad.  
Concienciación del personal de la unidad en la importancia de ahorro energético en las instalaciones públicas.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de atención y desconocimiento en el desecho de los productos.  
Falta de motivación en cuanto a sostenibilidad y medio ambiente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

. OBJETIVO PRINCIPAL: Mejora en la gestión de residuos, reciclaje y ahorro energético en la planta 9 del HUMS.

#### . OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- o Valorar el conocimiento y la implicación del personal en la adecuada gestión de residuos y la separación de estos para el reciclaje.
- o Conseguir que el personal adquiera los conocimientos necesarios para realizar adecuadamente las labores de reciclaje.
- o Inculcar la importancia de la mejora de la sostenibilidad.
- o Reducir el consumo energético de la planta 9, y de los recursos materiales desechables.
- o Calcular el impacto económico que suponen estas mejoras para el hospital.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de una encuesta para valorar los conocimientos previos del personal en materia de reciclaje y sostenibilidad.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Jose Pablo Cubero Marin

2. - Colaboración con equipo de limpieza.

Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1307

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SOSTENIBILIDAD EN LA GESTION DE RESIDUOS, RECICLAJE, RECURSOS DESECHABLES Y AHORRO ENERGETICO EN LA PLANTA DE NEUMOLOGIA DEL HUMS

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Laura Hernando Zaborras

3. - Recabar información de proyectos en otros hospitales, principalmente en aquellos adheridos a la AGENDA GLOBAL PARA HOSPITALES VERDES Y SOSTENIBLES.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: María Andion Garcia Barrecheguren

4. - Colocación de carteles informativos

- Colocación de carteles motivadores

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/11/2022

Responsable.: Ana Belén Pedraza Ballarín

5. - Colocación de cubos para reciclaje de cartón y vidrio. Zona de apilado de cajas.

- Reestructuración de las zonas en las que se colocan cubos, para que sean más accesibles y visibles.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/11/2022

Responsable.: M. Carmen Cabezón Galán

6. - Talleres de formación al personal del servicio en los que se dará información de reciclaje, ahorro energético en el hospital. Se hará hincapié en la importancia de mejorar la sostenibilidad.

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Eva Luisa Garre Aparicio

7. . Calculo del dinero gastado en material desechable (vasos de plástico, vasitos de medicación, pajitas...) el año anterior a la puesta en marcha del proyecto.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: María Andion Garcia Barrecheguren

8. Evaluación

Fecha inicio: 02/05/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Laura Hernando Zaborras

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Conocimientos del personal en materia de sostenibilidad

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Puntuación total de encuesta final

Denominador .....: Puntuación total de encuesta inicial

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Cumplimentación de la encuesta

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Numero de personas que realizan la encuesta

Denominador .....: Numero total de personas en la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Asistencia a talleres de formación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Numero de personas que asisten a los talleres

Denominador .....: Numero total de personas en la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1307

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SOSTENIBILIDAD EN LA GESTION DE RESIDUOS, RECICLAJE, RECURSOS DESECHABLES Y AHORRO ENERGETICO EN LA PLANTA DE NEUMOLOGIA DEL HUMS

Fuentes de datos.: Hojas de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Personal de la unidad

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1016

### 1. TÍTULO

#### PLAN FUNCIONAL DEL SERVICIO DE FARMACIA . DEFINICION DE NECESIDADES ESTRUCTURALES Y TECNOLOGICAS

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1016 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ABAD SAZATORNIL MARIA REYES

Título  
PLAN FUNCIONAL DEL SERVICIO DE FARMACIA . DEFINICION DE NECESIDADES ESTRUCTURALES Y TECNOLOGICAS

Colaboradores/as:  
AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE  
ESCOLANO PUEYO ANGEL  
HUARTE LACUNZA RAFAEL  
LARRODE LECIÑENA ITZIAR  
MERCHANTE ANDREU MIRIAM  
NAVARRO AZNAREZ HERMINIA  
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Servicio de Farmacia(SF) dispone de unas estructuras obsoletas que fueron construidas mayoritariamente en 1983,

El área de elaboración de medicamentos que incluye: reenvasado elaboración de citostáticos, mezclas intravenosas, nutriciones parenterales(NP),etc presenta serias deficiencias que impiden el cumplimiento de la normativa legal vigente,y la falta de espacio ocasiona múltiples problemas de seguridad. Los propios Inspectores de Farmacia del Gobierno de Aragón manifestaron que el SF presenta importantes deficiencias, sus instalaciones están obsoletas, y con el estado actual del laboratorio no es posible su acreditación para la elaboración de fórmulas magistrales. Pero en esta insostenible situación se han elaborado en 2021: 43.850 citostáticos, 24.508 NP adultos, 1.837 NP pediátricas y, 3.636 preparaciones oftalmológicas, Los farmacéuticos de distintas áreas trabajan juntos y hacinados e incluso dos de ellos en un extremo del almacén , lo que produce múltiples interrupciones y serias dificultades de concentración que disminuyen su rendimiento laboral

La falta de espacio en el almacén motiva la mezcla de distintas presentaciones y que, el almacenamiento sea manual

La recepción se realiza , con frecuencia, en la calle, y en un espacio de 8 m2 se pueden acumular 60-80 cajas con medicamentos pendientes de recepcionar, otros recepcionados y pendientes de distribuir y envases vacíos lo que en ocasiones ha motivado que medicamentos sin recepcionar se hayan tirado a la basura . En relación a los ensayos, los pacientes no pueden ser atendidos en un lugar adecuado y el archivo confidencial se encuentra en un pasillo de uso común , produciéndose múltiples incidencias por conservación incorrecta de medicamentos termolábiles. En el área de pacientes externos, las zonas de atención farmacéutica son insuficientes y es necesario disponer de espacios adicionales que permitan establecer consultas monográficas para los pacientes oncohematológicos y con enfermedades inmunomediadas.

La pertinencia de la elaboración de un nuevo plan funcional se basa en que en fechas próximas se va a trasladar la unidad de investigación a una nueva ubicación, dejando espacios libres que pueden ser ocupados por el Servicio de Farmacia, lo que permitirá dotarlo de espacios y tecnología que posibiliten cumplir la normativa legal y dar respuesta a las necesidades actuales de gestión y uso seguro y eficiente de los medicamentos, asegurando la disponibilidad de medicamentos en condiciones adecuadas e incorporando el conocimiento del farmacéutico, de manera optima, para lograr los mejores resultados en salud de los pacientes

#### ÁREAS DE MEJORA

Es imprescindible dotar de unas nuevas instalaciones al Servicio de Farmacia que permitan disponer de espacio suficiente en las áreas de recepción, almacenamiento, dispensación individualizada, área de ensayos clínicos, y zona administrativa,

Los farmacéuticos y la supervisora precisan disponer de despachos que les faciliten la concentración y permitan mantener la confidencialidad en sus actuaciones y todos los profesionales deberán disponer del espacio adecuado y suficiente para realizar las actividades que tiene encomendadas.

El área de elaboración de medicamentos debe disponer de estructuras adecuadas y acordes con la normativa vigente y además debe disponer de instalaciones que permitan la elaboración y manejo de los nuevos medicamentos de terapia avanzada: ceular, tisular, génica, etc. También se precisa tecnología para avanzar en seguridad

El almacén general deberá estar automatizado para minimizar las posibilidades de error.

Para poder mantener e impulsar la investigación ,a través de ensayos clínicos(EC) se debe disponer de un almacenamiento diferenciado de las muestras de EC , con infraestructuras que permitan asegurar las condiciones de conservación de los mismos, iy disponer de una zona de trabajo específica para los monitores y espacios que permitan la custodia de la documentación de manera confidencial.

El Servicio deberá disponer de consultas de atención farmacéutica especializada para los pacientes onco-

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1016

### 1. TÍTULO

#### PLAN FUNCIONAL DEL SERVICIO DE FARMACIA . DEFINICION DE NECESIDADES ESTRUCTURALES Y TECNOLOGICAS

hematológicos, enfermedades inmuno mediadas, y pacientes en ensayo clínico.

##### ANALISIS DE CAUSAS

Las deficiencias son debidas a unas instalaciones construidas y dimensionadas con las necesidades de hace más de 40 años, que no han sufrido reformas importantes desde entonces. Esta situación está motivando un funcionamiento deficiente y provocando importantes problemas de seguridad.

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Cumplir la normativa vigente en materia de elaboración de medicamentos  
Mejorar la seguridad en todo el proceso de gestión el medicamento  
Mejorar el confort y el rendimiento de los profesionales  
Mejorar el control de stock y disminuir las discrepancias entre stock real y stock teórico  
Mejorar la atención farmacéutica al paciente al desarrollar consultas monográficas lo que permitirá que el paciente sea atendido por el farmacéutico que mejor conoce su patología

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Analizar las necesidades de espacio de cada área y revisar la normativa legal que le es de aplicación

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Reyes Abad

2. Analizar los flujos de movimientos de productos y personas en el interior y en el exterior del Servicio

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: todo el grupo

3. Redactado de un nuevo Plan funcional, y traslado del mismo a las autoridades del Hospital y del SALUD

Fecha inicio: 16/05/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Reyes Abad

4. Adaptación de las necesidades a las características de las estructuras disponibles

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: todo el grupo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Plan funcional redactado y comunicado a la Gerencia, Dirección de Gestión , y dirección médica

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Plan redactado y enviado

Denominador .....: Plan redactado y enviado

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Normativa legal, recomendaciones nacionales e internacionales, conocimiento de los profesionales y experiencia de compañeros

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todas las patologías

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1173

### 1. TÍTULO

#### DEFINICION DE NECESIDADES, VALIDACION Y PUESTA EN REAL DEL NUEVO PROGRAMA DE ONCOLOGÍA EN EL HOSPITAL

Fecha de entrada: 03/08/2022

Nº de registro: 2022#1173 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
IZUEL RAMI MONICA

Título  
DEFINICION DE NECESIDADES, VALIDACION Y PUESTA EN REAL DEL NUEVO PROGRAMA DE ONCOLOGÍA EN EL HOSPITAL

Colaboradores/as:  
LARRODE LECIÑENA ITZIAR  
LORENTE BAIGORRI ALFREDO  
MERCHANTE ANDREU MIRIAM  
PASCUAL MARTINEZ OIHANA  
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN  
VICENTE ITURBE CRISTINA  
VIÑARAS FRAGUEIRO ANA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los servicios de Farmacia hospitalarios tienen como una de sus misiones fundamentales la atención farmacéutica a pacientes no ingresados, muchos de los cuales reciben medicamentos elaborados por el propio servicio de farmacia en el hospital de día ( generalmente tratamiento de onco-hematología, enfermedad autoinmunes etc). La correcta gestión de la prescripción/elaboración/dispensación estos medicamentos por los SF y la gestión de una correcta administración tiene una extraordinaria relevancia, tanto en términos de eficacia y seguridad clínica como en términos de eficiencia. Generalmente estos tratamientos incluyen la utilización de medicamentos clasificados como de "alto riesgo" por organismos internacionales con numerosos problemas de seguridad declarados (interacciones, estrecho margen terapéuticos que implica que haya poca diferencia entre la dosis efectiva y la dosis tóxica...) por lo que si se produce un error de medicación éste puede tener consecuencias nefastas en la salud del paciente. También, tienen una innegable relevancia a nivel económico, ya que constituyen actualmente en torno al 40% del gasto de los medicamentos dispensados en el ámbito hospitalario, por lo que es necesario conocer y monitorizar que su utilización.

Actualmente el Hospital Universitario Miguel Servet posee una solución informática para la gestión de medicación en hospital de día obsoleta (sin soporte desde 2021) y no integrada con la Historia Clínica Electrónica del Servicio Aragón de Salud por lo que es necesario implementar una nueva solución que reúna los requisitos de usabilidad, seguridad e integración con soluciones informáticas corporativas

#### ÁREAS DE MEJORA

Sistema de prescripción electrónica y administración segura obsoleto y sin soporte, no integrado en la HCE y sin apenas herramientas de ayuda a la prescripción.  
Sistema de atención farmacéutica , elaboración segura, obsoleto y sin soporte.  
Sistema de información sobre prescripciones y consumo por paciente inexistente

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Solución informática actual es solución particular, adquirida por hospital vinculada a un contrato de suministro de suero terapia que, desde 2021, ha dejado de ser incluida como herramienta de valor añadido (aunque la empresa que lo mantiene ha concedido una prórroga extraordinaria al hospital durante 2022. Este hecho ha obligado al Servicio de Farmacia de hospital, de acuerdo con la Dirección médica y el Servicio de Informática, a seleccionar otro software que lo pueda sustituir porque no es posible realizar el trabajo diario sin un programa informático en esta área. Tras analizar los softwares disponibles en el mercado y valorar las posibilidades de integración con los sistemas actuales que permitan que el tratamiento del paciente sea visible en historia clínica electrónica (ahora no lo es) se decidió optar por la selección de un desarrollo de la aplicación corporativa de prescripción y gestión de la farmacoterapia hospitalaria.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Desarrollar, validar e implantar en el Hospital Universitario Miguel Servet una solución informática, integrada en la herramienta de prescripción hospitalaria y la HCE del SALUD, que permita la prescripción electrónica asistida y validación farmacéutica sencilla y segura de medicamentos a pacientes ambulatorios y la gestión de trazabilidad en su elaboración y administración seguras, permitiendo finalmente la incorporación de la información de estos tratamientos en los sistemas de información de uso de medicamentos del Departamento de Sanidad. Además esta solución incorporará la gestión de stock del área de laboratorio integrada con la gestión de stocks y la gestión de sillones en hospital de día

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Constituir el grupo de trabajo con los profesionales incluidos en el proyecto y definir las

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1173

### 1. TÍTULO

#### DEFINICION DE NECESIDADES, VALIDACION Y PUESTA EN REAL DEL NUEVO PROGRAMA DE ONCOLOGÍA EN EL HOSPITAL

características de la nueva solución. Elaboración de un pliego de prescripciones técnicas de la solución in

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 01/04/2022

Responsable.: Mónica Izuel/Alfredo Lorente

2. Definir el plan de pruebas de la solución entregada por el adjudicatario para su validación funcional

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Mónica Izuel/Oihana Pascual/Miriam Merchante/Cristina Vicente

3. Migrar toda la información de esquemas de tratamiento para las distintas patologías disponible en la solución informática actual. Recogida de toda la información necesaria para completar el maestro de

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Oihana Pascual

4. Elaborar el plan de implantación y formación.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/10/2022

Responsable.: Mónica Izuel

5. Formación a todos los profesionales implicados en el manejo de la nueva herramienta e implantación

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Todos los miembros del equipo

6. Puesta en marcha del proceso de prescripción, validación, elaboración segura, dispensación en el hospital de Día médico

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Cristina Vicente

7. Implantación generalizada de la aplicación en los Hospitales de día oncológico, hematológico y oncopediatria

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Todo los miembros del equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Publicación del pliego de prescripciones técnicas para a adquisiión de la nueva solución informática

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Publicación y adjudicación del PPT

Denominador .....: Publicación y adjudicación del PPT

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Perfil del contratante

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Existencia de un documento con los ítems a validar funcionalmente en cada módulo de la aplicación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Existencia de documento de uso compartido para la validación funcional de la aplicación

Denominador .....: Existencia de documento de uso compartido para la validación funcional de la aplicación

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: carpeta de uso compartido del servicio

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Existencia de un documento con el plan detallado de formación y cronograma de implantación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Existencia de un documento con el plan detallado de formación y cronograma de implantación (servicios y profesionales) consensuado con la Dirección Médica y de Enfermería

Denominador .....: Existencia de un documento con el plan detallado de formación y cronograma de

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1173

### 1. TÍTULO

#### DEFINICION DE NECESIDADES, VALIDACION Y PUESTA EN REAL DEL NUEVO PROGRAMA DE ONCOLOGÍA EN EL HOSPITAL

implantación (servicios y profesionales) consensuado con la Dirección Médica y de Enfermería

x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: carpeta de uso compartido del servicio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. % de protocolos de tratamiento de patologías oncohematológicas activos migrados

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: número de protocolos de tratamiento de patologías oncohematológicas activos migrados a la nueva solución desde la solución anterior  
Denominador .....: protocolos de tratamiento de patologías oncohematológicas activos existentes en la solución anterior  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: carpeta de uso compartido del servicio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. % de fichas del maestro de medicamento debidamente cumplimentadas

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: número de fichas del maestro de medicamento de la nueva solución necesarias para la implantación debidamente completadas (densidad, peso, fármaco y volumen de reconstitución)  
Denominador .....: número de fichas del maestro de medicamento de la nueva solución necesarias para la implantación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: carpeta de uso compartido del servicio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. % de profesionales de cada servicio implicado formado presencialmente en la nueva solución

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: número de profesionales de cada servicio implicado formado presencialmente en la nueva solución ((por categoría profesional)  
Denominador .....: número de profesionales de cada servicio implicado (por categoría profesional)  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: carpeta de uso compartido del servicio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. % de elaboraciones del servicio de farmacia realizadas utilizando la nueva solución

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: número de elaboraciones estériles elaboradas por el servicio de farmacia por servicio clínico implicado realizadas utilizando la nueva solución  
Denominador .....: número de elaboraciones estériles elaboradas por el servicio de farmacia por servicio clínico implicado realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: carpeta de uso compartido del servicio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

8. % de pacientes de hospital de día con circuito completo con la nueva solución

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: número de pacientes de hospital de día gestionados con la nueva solución  
Denominador .....: número de pacientes de hospital de día  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: carpeta de uso compartido del servicio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
.65.00  
.100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1173

### 1. TÍTULO

#### DEFINICION DE NECESIDADES, VALIDACION Y PUESTA EN REAL DEL NUEVO PROGRAMA DE ONCOLOGÍA EN EL HOSPITAL

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1226

### 1. TÍTULO

#### AMPLIACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA A LA UNIDAD DE REANIMACION

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1226 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
OLIER MARTINEZ MARIA DEL PILAR

Título  
AMPLIACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA A LA UNIDAD DE REANIMACION

Colaboradores/as:  
CARCELEN ANDRES JOSEFA  
DE LA LLAMA CELIS NATALIA  
GIMENO BALLESTER VICENTE  
PERALES PASCUAL JUDIT  
PINILLA RELLO ANDREA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La prescripción electrónica asistida (PEA) es una de las medidas que más contribuye a mejorar la seguridad en el proceso de utilización de medicamentos: permite al médico prescribir directamente a través de un programa informático que dispone de una serie de ayudas, orientado hacia un sistema de soporte a la decisión clínica y evitando errores de transcripción. El sistema de dispensación automatizado (SAD) ligado a PEA consigue optimizar circuitos de trabajo e inventarios, garantizar la disponibilidad de medicamentos en las unidades e imputar los consumos de medicamentos por paciente. En el caso de los pacientes quirúrgicos se produce, además, un elevado número de transiciones asistenciales que pueden contribuir a la generación de errores, por ello la implantación de un sistema de PEA mejora la uniformidad del sistema.

#### ÁREAS DE MEJORA

La REA actualmente trabaja con prescripción en papel y botiquín tradicional por reposición de stock, ambos sistemas ofrecen pocas barreras a la hora de detectar errores de medicación. La prescripción en papel puede producir errores por prescripciones incompletas, dificultad de comprensión o de transcripción entre otros. Además, impide a los facultativos disponer de sistemas de alerta y ayuda a la toma de decisiones y carece de validación farmacéutica, en este proceso el farmacéutico revisa el tratamiento detectando posibles duplicidades, interacciones, etc., se realiza la conciliación con el tratamiento domiciliario, y aporta sus conocimientos sobre estabilidad de fármacos y/o mezclas, ayudas a la preparación y administración de fármacos entre otros. Todo ello disminuye los riesgos asociados a la utilización de medicamentos. La no disponibilidad de PEA, además, ocasiona que no sea posible la utilización del módulo de administración por parte del personal de enfermería que mejora la trazabilidad de los medicamentos en cuanto a la administración. La dispensación tradicional mediante stock en botiquín dificulta los circuitos de trabajo de medicamentos, dificultando la trazabilidad. control de stock y caducidades, así como imputación de gastos. La suma de implantar un sistema de PEA asociado a SAD permite optimizar el circuito del medicamento aportando seguridad al paciente y aumentando la eficiencia en el manejo de stocks y conservación de los medicamentos y permitiendo la disponibilidad de una historia farmacoterapéutica completa y la imputación de consumos por paciente.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La implantación de PEA se ha ido realizando de forma gradual en las diferentes unidades y en base a los recursos disponibles siendo la REA una de las pocas unidades en nuestro centro que no dispone de esta herramienta. En cuanto a la disponibilidad de SAD el principal problema asociado es el coste económico que puede oscilar entre 80.000-100.000 € por equipo. El cambio de sistema promovido por la empresa Grifols® ha generado que diversos centros, entre ellos el hospital MAZ de Zaragoza y varios hospitales canarios, hayan realizado un cambio de sistema y de máquinas, cediendo aquellas descartadas a nuestro centro, lo que va a permitir la instalación de las mismas a un coste muy inferior al anteriormente mencionado.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El principal objetivo de este proyecto es implantar en la REA ambos sistemas conectados. La implantación de PEA ligada a SAD pretende mejorar la calidad de la prescripción y la administración en este servicio impactando positivamente en seguridad del paciente.

#### Objetivos específicos

Mejorar, a través de la PEA, la calidad de la prescripción, evitando situaciones de prescripciones incompletas y/o con errores, interacciones, duplicidades terapéuticas, alergias...

Conexión PEA ligada a SAD (Pyxis®) se incrementará la seguridad en la administración, reduciendo errores por inadecuada selección de medicamentos, se mejorará la imputación de consumos por paciente.

Validación de los tratamientos: se añadirá la validación farmacéutica del tratamiento de los pacientes



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1226

### 1. TÍTULO

#### AMPLIACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA A LA UNIDAD DE REANIMACION

ingresados en REA aumentando la seguridad.

Mejorar la continuidad asistencial en el proceso perioperatorio al disponer del mismo sistema de prescripción a lo largo de las diferentes transiciones desde el ingreso al alta del (urgencias, planta, REA).

Mantenimiento de las ayudas a la PEA: actualización de la información referente a interacciones, alergias, recomendaciones de ajustes posológicos y formas de administración.

Adecuación del contenido SAD a necesidades de las unidades mediante revisión periódica de stock y necesidades.

Registro de administración de medicamentos en historia clínica electrónica (HCE) por parte de enfermería a través del módulo de administración de PresSalud®.

Mejora de las condiciones de conservación de medicamentos: se realizarán revisiones periódicas para verificar el cumplimiento de los protocolos de utilización de SAD

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión de protocolos farmacológicos de la unidad y carga en el programa

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable: Todo el equipo

2. Formación de los facultativos del Servicio de Anestesia en el uso de PresSalud(R)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable: M<sup>a</sup> Pilar Olier Martínez

3. Puesta en marcha de la PEA

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/09/2022

Responsable: M<sup>a</sup> Pilar Olier Martínez

4. Análisis de consumo y elaboración de stock a incluir en Pyxis(R)

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 30/11/2022

Responsable: Todo el equipo

5. Adaptación, llenado e implantación de Pyxis(R) en la unidad

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 30/11/2022

Responsable: Todo el equipo - Técnico Grifols

6. Formación personal enfermería en manejo de Pyxis(R)

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 30/11/2022

Responsable: Técnico Grifols

7. Revisión periódica y adaptación de stock a necesidades

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 31/05/2023

Responsable: Todo el equipo - M<sup>a</sup> Pilar Olier Martínez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Implantación PEA

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 1

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Farmatools(R) - PresSalud

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Implantación SAS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: 1

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Farmatools(R) - PresSalud

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1226

### 1. TÍTULO

#### AMPLIACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA A LA UNIDAD DE REANIMACION

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Protocolos consensuados, revisados y cargados

Tipo de indicador: impacto

Numerador ....., n° protocolos cargados

Denominador ....., Protocolos totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Farmatools(R)

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Revisión, análisis y adaptación de stocks a consumo y prescripción

Tipo de indicador: impacto

Numerador ....., n° meses revisados

Denominador ....., Meses totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Software Pyxis(R)

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1243

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DE LA CARGA ASISTENCIAL Y NECESIDADES ASOCIADAS PARA LA MEJORA DE LA GESTION DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 07/08/2022

Nº de registro: 2022#1243 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
HUARTE LACUNZA RAFAEL

Título  
EVALUACION DE LA CARGA ASISTENCIAL Y NECESIDADES ASOCIADAS PARA LA MEJORA DE LA GESTION DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

Colaboradores/as:  
BERNABE ANTOLIN SILVIA  
ABAD SAZATORNIL MARIA REYES  
DIAZ CALDERON HORCADA CARLOS IGNACIO  
OLIER MARTINEZ MARIA DEL PILAR  
PEÑAS FERNANDEZ ANA  
VICENTE ITURBE CRISTINA  
VINUES SALAS CARLOTA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las Normas de BPC en el apartado dedicado a Medicamentos en Investigación, recogen que su custodia, conservación y dispensación corresponderá a los Servicios de Farmacia de los Hospitales del SNS para su dispensación en dichas instituciones".

Los ensayos clínicos (EC) son esenciales para la evaluación de la eficacia y seguridad de los nuevos tratamientos y su mantenimiento y potenciación ofrece a los pacientes la oportunidad de acceder de manera precoz a las innovaciones terapéuticas, que pueden suponer una aportación muy relevante en un gran número de enfermedades, adelantando la oportunidad de su uso antes de que estén disponibles comercialmente.

Además, tienen consecuencias muy positivas para el sistema sanitario en general y el hospital en concreto, ya que además de aportar visibilidad, atraen inversiones económicas, y suman reputación y experiencia.

Facilitan que los facultativos estén permanentemente actualizados en las innovaciones terapéuticas y son una fuente de financiación para los equipos, para el Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón y para el propio hospital, lo que sin duda ayuda a disponer de recursos para promover investigaciones en otras áreas con menor interés comercial y permite a los equipos el acceso a tecnología más puntera.

Un aspecto relevante es el suministro gratuito de los medicamentos en investigación por parte de los promotores, lo que supone un ahorro para el sistema y tiene un gran impacto en el gasto farmacéutico. El coste evitado se define como un gasto que se habría tenido que abonar si el paciente no hubiese participado en un ensayo con aportación gratuita de los medicamentos. En el año 2021 el coste evitado para el hospital en el HUMS, ascendió a 3.062.521 euros.

Por las razones anteriormente expuestas, el Servicio de Farmacia (SF) del HUMS considera imprescindible mantener y potenciar esta área pero el problema es asumir la carga de trabajo que representa su control integral, con unos recursos humanos y materiales limitados.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se plantea la necesidad de analizar el impacto y el incremento en la actividad y complejidad ligados a los EC en el SF del HUMS y las necesidades en medios estructurales, materiales y humanos que requieren. Se ha llegado a una situación muy difícil de mantener y si no se ponen en marcha medidas urgentes, el SF se vería abocado a frenar y minimizar esta actividad, lo que sin duda tendría repercusiones negativas tanto para los pacientes como para el propio Hospital

#### ANALISIS DE CAUSAS

En 2021 había 185 EC activos y el SF realizó 1.060 controles de recepción de muestras que incluyeron 7.729 líneas y se revisaron y validaron 7.009 prescripciones de fármacos de ensayo con las correspondientes dispensaciones. Además, se han realizado 1.983 preparaciones (diluciones, reconstituciones...) y se atendieron 357 visitas de monitores.

La actividad se incrementa cada año, tanto en cifras, como en complejidad pues cada ensayo requiere ajustarse a normas específicas. Además, en EC que requieren el mantenimiento de personal no cegado para la identificación de las muestras, los farmacéuticos están asumiendo esas tareas, con funciones de asignación que habitualmente serían realizadas por personal del equipo investigador.

Esto conlleva un continuo crecimiento de recursos estructurales, materiales y humanos a los que el SF no puede dar respuesta con su dotación actual.

En nuestro compromiso con el mantenimiento de la calidad, registramos las incidencias para cada una de las áreas del SF. Durante el año 2021 han sido registradas 78 incidencias en relación con el proceso de gestión de EC.

En recepción, se detectan incidencias relacionadas con la identificación de las muestras como pertenecientes a EC por la falta de espacio y de formación de los técnicos. En dispensación, se han repetido algunas relacionadas con la correcta identificación de los kits que han de ser utilizados.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1243

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DE LA CARGA ASISTENCIAL Y NECESIDADES ASOCIADAS PARA LA MEJORA DE LA GESTION DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

Los dos errores más graves (que han dado lugar a notificaciones a la AEMPS por parte del promotor), se han dado a nivel de la actuación farmacéutica, debido a que en ocasiones, la actividad fue desempeñada por profesionales que no pertenecen al área y, en cuanto al área de conservación, ha habido diversas incidencias relacionadas con el control de las temperaturas de las muestras, con problemas derivados del funcionamiento de las cámaras y la disponibilidad de equipos que hagan de reserva. Además se han producido diversos retrasos en el inicio de ensayos clínicos y anulaciones de otros por no poder dar respuesta a características específicas que los promotores exigen en sus protocolos (condicionantes de materiales y modos de preparación exclusivos).

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Se pretende dar respuesta a las necesidades actuales en el ámbito de la gestión de las muestras de los EC y tratar, no solo de mantener el nivel actual de investigación, sino poder incrementarlo a medio plazo. La población diana comprende a todos los pacientes que estén ya incluidos o sean candidatos a participar en ensayos clínicos con medicamentos en el HUMS.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Analizar las necesidades estructurales del área de EC del HUMS

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: Rafael Huarte/Reyes Abad

2. Valorar la carga asistencial actual que suponen los EC para las distintas categorías profesionales.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/03/2023

Responsable.: Todo el equipo

3. Establecer una escala de complejidad desde la perspectiva del SF, seleccionando los criterios de evaluación y el modo en el que se van a recoger

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/02/2023

Responsable.: Todo el equipo

4. Elaborar una propuesta de las necesidades del SF para trasladar a la Dirección del Hospital, al presidente de la Comisión de ensayos clínicos y a la Dirección del Instituto de Investigación Sanitaria

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/12/2023

Responsable.: Todo el equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Definición de la escala de complejidad

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Escala definida y enviada

Denominador .....: Escala definida y enviada

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registros propios

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Elaboración informe sobre la carga asistencial y las

propuestas de viabilidad

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Informe elaborado y enviado

Denominador .....: Informe elaborado y enviado

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registros propios

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. % ensayos nuevos con valoración de escala de

complejidad

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de Ensayos con valoración de la complejidad

según la escala definida.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1243

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DE LA CARGA ASISTENCIAL Y NECESIDADES ASOCIADAS PARA LA MEJORA DE LA GESTION DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

Denominador .....: Número de ensayos totales activos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Software ensayos SF Pksiam  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Cualquier patología en la que se proponga realizar un ensayo clínico con medicamentos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1162

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO DEL MODO PARETO EN CANCER DE PULMON. INFLUENCIA EN UNIDADES DE MONITOR E ÍNDICES DOSIMÉTRICOS

Fecha de entrada: 02/08/2022

Nº de registro: 2022#1162 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
JIMENEZ PUERTAS SARA

Título  
ESTUDIO DEL MODO PARETO EN CANCER DE PULMON. INFLUENCIA EN UNIDADES DE MONITOR E ÍNDICES DOSIMÉTRICOS

Colaboradores/as:  
CASTRO MORENO RAQUEL  
DIEZ CHAMARRO JAVIER  
FONT GOMEZ JOSE ANTONIO  
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA  
GONZALEZ RODRIGUEZ ANDREA  
LOZARES CORDERO SERGIO ALBERTO  
VILLA GAZULLA DAVID CARLOS

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Línea estratégica: Eficiencia

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Elegir de forma óptima el mejor tratamiento de radioterapia que mejor se ajuste a las necesidades del paciente.

ÁREAS DE MEJORA  
Plan de radioterapia que mejor se ajuste a cobertura del tumor, tiempo de tratamiento y minimizar riesgo de cánceres secundarios radioinducidos.

ANÁLISIS DE CAUSAS  
En función de los parámetros elegidos, el efecto no es siempre el mismo y no es fácil de cuantificar sin una abundante estadística que correlacione los parámetros dosimétricos a evaluar.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Se espera comprender mejor cómo actúan los diferentes parámetros en el programa de cálculo basado en Monte Carlo para poder así optimizar el plan de radioterapia lo máximo posible.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recalcular 10 pacientes con diferentes valores de los parámetros a estudiar, es decir, el modo Pareto.

Fecha inicio: 15/08/2022

Fecha final.: 16/10/2022

Responsable.: Sara Jiménez Puertas

2. Extraer y ordenar todos los datos para su posterior análisis estadístico.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 20/11/2022

Responsable.: Sara Jiménez Puertas

3. Analizar estadísticamente los datos y concluir.

Fecha inicio: 21/11/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: Sara Jiménez Puertas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Debido a la alta carga asistencial, sólo se podrán recalcular los planes de radioterapia cuando haya licencias disponibles. No obstante, se espera con tiempo terminar el proyecto en un año laboral.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Diferentes índices dosimétricos de órganos de riesgo y tumor en localizaciones de cáncer de pulmón.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: a

Denominador .....: b

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Histograma dosis volumen

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1162

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO DEL MODO PARETO EN CANCER DE PULMON. INFLUENCIA EN UNIDADES DE MONITOR E ÍNDICES DOSIMETRICOS

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

2. Número de unidades de monitor.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: a

Denominador .....: b

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cálculo de radiación cuantificada en unidades de monitor.

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1248

### 1. TÍTULO

#### **PUESTA EN FUNCIONAMIENTO COMPLETO DE LA RED DE VERIFICACION Y REGISTRO MOSAIQ. HACIA SERVICIOS (ORT Y FPR) SIN PAPELES**

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1248 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
DIEZ CHAMARRO JAVIER

Título  
PUESTA EN FUNCIONAMIENTO COMPLETO DE LA RED DE VERIFICACION Y REGISTRO MOSAIQ. HACIA SERVICIOS (ORT Y FPR) SIN PAPELES

Colaboradores/as:  
CASTRO MORENO RAQUEL  
FONT GOMEZ JOSE ANTONIO  
GANDIA MARTINEZ ALMUDENA  
GONZALEZ RODRIGUEZ ANDREA  
JIMENEZ PUERTAS SARA  
LOZARES CORDERO SERGIO ALBERTO  
VILLA GAZULLA DAVID CARLOS

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Este proyecto supone la digitalización de la información y de los procesos relativos al proceso radioterápico de los pacientes dependientes del Sector Zaragoza II hasta el final de su tratamiento.

#### ÁREAS DE MEJORA

Este proyecto mejorará la seguridad del paciente: teniendo un registro único digital, centralizado y consultable desde cualquier ordenador de la red del SALUD. Además, se mejora la práctica clínica: la creación de flujos de trabajo dentro de la plataforma permite la estandarización de procesos según tratamiento (incluyendo con barreras de seguridad) y la coordinación y registro de acciones entre los más de 60 profesionales pertenecientes a los Servicios de Física y Protección Radiológica y Oncología radioterápica en tiempo real trabajando independientemente y de forma descentralizada. La implementación de este proyecto abre la puerta a otros futuros como la extracción de indicadores en tiempo real y a la conciliación de la historia electrónica general del paciente y la específica de radioterapia.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Actualmente conviven en paralelo tres sistemas de registro del proceso radioterápico de los pacientes del Sector Zaragoza II: Historia del HUMS, red digital de registro y verificación ARIA y red digital de registro y verificación MOSAIQ. Esta última red es la más compatible con los aceleradores de radioterapia actuales del HUMS y con los que está previsto que los renueven según el plan INVEAT. Centralizando el registro en MOSAIQ se simplifica el acceso total a la información, permitiendo además la creación de flujos de trabajo con barreras de seguridad personalizables.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Este trabajo tiene un objetivo doble:

Por un lado, se pretende centralizar los registros de la información relativa a los pacientes de radioterapia dependientes del Sector Zaragoza II en la plataforma MOSAIQ.  
Por otro, desarrollar flujos de trabajo personalizados al tipo de tratamiento radioterápico donde se coordina y registra el trabajo de cada uno de los profesionales relacionados.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Fase de diseño de flujos de trabajo y de la estructura, contenido y formato de la información a recoger

Fecha inicio: 02/05/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: David Carlos Villa Gazulla y Javier Díez Chamarro

2. Fase de implementación de flujos de trabajo

Fecha inicio: 23/05/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: David Carlos Villa Gazulla y Javier Díez Chamarro

3. Fase de testeo y corrección de los flujos de trabajo

Fecha inicio: 30/05/2022

Fecha final.: 07/10/2022

Responsable.: David Carlos Villa Gazulla y Javier Díez Chamarro

4. Fase de preparación de la formación y de documentación del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1248

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN FUNCIONAMIENTO COMPLETO DE LA RED DE VERIFICACION Y REGISTRO MOSAIQ. HACIA SERVICIOS (ORT Y FPR) SIN PAPELES

Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: David Carlos Villa Gazulla y Javier Díez Chamarro

5. Fase formativa del personal involucrado  
Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: David Carlos Villa Gazulla y Javier Díez Chamarro

6. Implementación y supervisión de la puesta en marcha de los flujos de trabajo  
Fecha inicio: 12/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: David Carlos Villa Gazulla y Javier Díez Chamarro

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Grado de implementación de flujos de trabajo  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de flujos de trabajo implementados en la plataforma  
Denominador .....: Número total de flujos independientes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Almacenados en la plataforma MOSAIQ  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Unificación de registros  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Fuentes de registro independientes consultadas por paciente  
Denominador .....: 3  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Los consultados en la práctica clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 33.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 33.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 33.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#276

### 1. TÍTULO

#### GERIATRÍA TRANSVERSAL EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HUMS

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#276 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VILLAR SAN PIO TERESA

Título  
GERIATRÍA TRANSVERSAL EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HUMS

Colaboradores/as:  
ALVAREZ GOMEZ JORGE  
GORGAS SORIA CARMEN  
PASTOR ALCONCHEL LAURA  
SOLSONA FERNANDEZ SOFIA  
ULLOA MORLIO MONICA SUSANA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los pacientes que ingresan en los servicios quirúrgicos son cada vez de mayor edad y complejidad clínica. Concretamente, los pacientes que ingresan en Cirugía Vascular por isquemia arterial crónica son pacientes añosos, con elevado número de factores de riesgo vascular, elevada comorbilidad, polimedicados y que con frecuencia presentan al ingreso o desarrollan durante el ingreso síndromes geriátricos. El abordaje adecuado en el momento agudo de todas estas circunstancias puede prevenir y/o ayudar a tratar complicaciones potencialmente irreversibles en la esfera clínica, funcional y/o cognitiva del paciente. La Geriatria transversal propone la introducción e integración del Geriatra en Servicios médicos y/o fundamentalmente quirúrgicos para realizar seguimiento conjunto del paciente (geriatra+cirujano vascular responsable) atendiendo así a la comorbilidad, las posibles complicaciones agudas durante el ingreso, valoración y tratamiento de síndromes geriátricos y ayuda en la toma de decisiones complejas sobre pacientes complejos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Atención a la comorbilidad del paciente  
Detección y tratamiento de complicaciones agudas durante el ingreso  
Detección y tratamiento de síndromes geriátricos durante el ingreso

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Paciente mayor con elevada comorbilidad y FRV  
Complicaciones infecciosas y cardíacas muy prevalentes en paciente quirúrgico anciano  
Alta prevalencia de inmovilidad, incontinencia, desnutrición, delirium y estreñimiento que empeoran el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la atención al paciente quirúrgico mediante un abordaje y seguimiento diario interdisciplinar e integral. Sesiones semanales geriatría-cirugía vascular.  
Detección precoz y tratamiento de patología aguda y/o descompensación de patología crónica durante el ingreso mediante seguimiento diario de estos pacientes en planta.  
Realización de Valoración Geriátrica Integral (VGI) a todos los pacientes durante el ingreso para conocer además de la parte clínica, la situación cognitiva, funcional y ambiental de cada paciente. De esta forma podemos adecuar la intensidad diagnóstica y terapéutica de forma individualizada en cada paciente.  
Valoración de fragilidad (Índice frágil-VIG) como herramienta de ayuda y que complementa a la VGI en la toma de decisiones complejas sobre pacientes frágiles.  
Optimización prequirúrgica del paciente mediante la valoración del paciente desde el ingreso y acordando con cirugía vascular la fecha de iqª de acuerdo a la situación clínica del paciente  
Cuantificación y mejora en el manejo del delirium en nuestro paciente diana mediante tratamiento farmacológico y no farmacológico. Realización de sesiones clínicas informativas y educación a personal de planta y familiares de pacientes.  
Manejo adecuado del dolor durante el ingreso. Valoración diaria mediante entrevista con paciente y/o familiares.  
Manejo del dolor según recomendaciones de las GPC.  
Valoración diaria del ritmo deposicional para prevenir y tratar el estreñimiento y sus complicaciones.  
Realización de una Valoración nutricional durante el ingreso; Escala MiniMNA a todos nuestros pacientes diana.  
Prevención y tratamiento de la malnutrición en paciente ingresado.  
Estimular la movilización diaria de pacientes ingresados y precoz de pacientes tras IQ para prevenir de UPPs.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1. Detección activa de pacientes diana y seguimiento conjunto diario durante todo el ingreso. Sesiones médicas interdisciplinares semanales geriatría-cirugía.  
Fecha inicio: 01/07/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#276

### 1. TÍTULO

#### GERIATRÍA TRANSVERSAL EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HUMS

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Geriatra adscrito cada día al servicio de Cirugía Vascular

2. 2. Registro en formulario al ingreso que incluye: comorbilidad, VGI (funcional, mental y social), síndromes geriátricos, situación nutricional (mini-MNA), Valoración de fragilidad (VIG-Frail).

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Geriatra adscrito cada día al servicio de Cirugía Vascular

3. 3. Información y sesiones clínicas sobre delirium a personal médico, de enfermería y TCAE. Información verbal y escrita a familiares de pacientes diana (elaboración documento)

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Geriatra adscrito cada día al servicio de Cirugía Vascular y otros geriatras implicados en el proyec

4. 4. Registro de la incidencia de delirium durante el ingreso. 1/7/22 al 31/12/23

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Geriatra adscrito cada día al servicio de Cirugía Vascular

5. Elaboración de Informe complementario de Alta en HCE a todos los pacientes diana que recoja la información anteriormente citada.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Geriatra adscrito cada día al servicio de Cirugía Vascular

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes diana

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes atendidos por Geriatría

Denominador .....: Total de pacientes que ingresan en cirugía vascular

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de pacientes

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. % de pacientes diana dados de alta con informe complementario de alta de geriatría

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº pacientes diana con informe complementario de alta

Denominador .....: Nº pacientes diana

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. % de pacientes diana con delirium antes y después de nuestra intervención formativa

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº pacientes con delirium

Denominador .....: Nº pacientes diana

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. % de pacientes fragilidad moderada y avanzada

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº pacientes indice fragil-VIG>0'2

Denominador .....: Nº pacientes diana

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#276

### 1. TÍTULO

#### GERIATRÍA TRANSVERSAL EN PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR DEL HUMS

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

5. 5. % pacientes en riesgo de malnutrición  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nª pacientes puntuación MNA entre 8-11  
Denominador .....: Nº pacientes diana  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#305

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA IDENTIFICACION Y ATENCION MULTIDISCIPLINARIA EN PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS AL FINAL DE LA VIDA EN LA UNIDAD GERIATRIA DE AGUDOS DE HGDZ -HMS

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#305 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ULLOA MORLIO MONICA SUSANA

Título  
MEJORA EN LA IDENTIFICACION Y ATENCION MULTIDISCIPLINARIA EN PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS AL FINAL DE LA VIDA EN LA UNIDAD GERIATRIA DE AGUDOS DE HGDZ -HMS

Colaboradores/as:  
CALZADO SANZ CRISTINA  
CLERENCIA SIERRA MERCEDES  
FERRANDO MARTINEZ CELIA  
GARCIA FERNANDEZ LORENA CRISTINA  
MARIUTANU TAMARA  
MORETA LORA FELIX VLADIMIR  
SORO RAMIA MARIA DE LA LUZ

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La toma de decisiones en pacientes ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) con enfermedad en estadio avanzado, oncológica o no oncológica, abarca desde la elección de las pruebas diagnósticas más adecuadas a la situación del enfermo hasta el grado de agresividad terapéutica a realizar en cada momento. Nos planteamos en el presente proyecto de mejora, un manejo integral del paciente ingresado en unidad de agudo de geriatría con necesidades de un manejo específico para sus enfermedades en situación avanzada y expectativa de vida corta. Tras una cuidadosa identificación de los pacientes que se beneficiarían de cada tipo de atención (paliativo, curativo, combinado), se continuaría con una valoración integral de la necesidad concreta de cuidado por parte del médico, enfermera y auxiliar de enfermería correspondiente. En este trabajo nos centraremos en la identificación de los pacientes que requieren una atención con un enfoque de enfermedad avanzada con expectativa de vida pobre para facilitar y homogenizar el proceso de toma de decisiones, con el objetivo de unificar actitud terapéutica.

#### ÁREAS DE MEJORA

Inadecuada identificación de pacientes que requieren necesidades paliativas.  
Falta de homogenización en el proceso de la toma de decisiones para tratar pacientes en el final de la vida.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Desconocimiento de la correcta utilización de las vías subcutánea para optimizar vías de tratamiento en pacientes en situación de últimos días.  
Falta de reconocimiento de necesidades psicoafectivas, espirituales y sociales.  
Inadecuación fármaco-terapéutica para tratamiento de pacientes en el final de la vida.  
Escases de formación del personal sanitario en la atención del paciente con necesidades paliativas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Identificación de pacientes en situación de terminalidad mediante la utilización de escala NECPAL  
Determinación del pronóstico vital del paciente mediante la utilización de la escala PPS (Palliative performance status) y del Índice pronóstico paliativo (PPI). Ambas escalas (tanto el PPS como el PPI) nos ayudan a predecir el pronóstico vital aproximado del paciente y orientar mejor los esfuerzos a conseguir un manejo efectivo de la situación.  
Adecuación farmacoterapéutica en pacientes identificados con criterios de enfermedad avanzada  
Realización de escala de NECPAL en todos los pacientes durante el ingreso para identificación de situación de terminalidad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Identificación de pacientes con necesidades paliativas según escala de NECPAL

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: FEA GERIATRIA

2. Estimación de pronóstico vital mediante la realización de escalas PPS y PPI

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: FEA GERIATRIA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#305

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA IDENTIFICACION Y ATENCION MULTIDISCIPLINARIA EN PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS AL FINAL DE LA VIDA EN LA UNIDAD GERIATRIA DE AGUDOS DE HGDZ -HMS

3. Identificación de las necesidades de pacientes en situación de fase avanzada de enfermedad

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: ENFERMERIA / TCAE

4. Formación del personal sanitario , mediante sesiones clínicas intrahospitalarias sobre el manejo de pacientes con necesidades paliativas

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: FEA GERIATRIA/ ENFERMERIA

5. Registro de cuidados mediante la realización de checklist a pacientes en situación de últimos días

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: TCAE / ENFERMERIA

6. Aplicación de escala de STOP-PAL en pacientes con enfermedad avanzada para adecuación farmacológica

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: FEA GERIATRIA

7. Registro en formulario al ingreso que incluye: NECPAL - PPI y PPS

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.:  
Responsable.: FEA GERIATRIA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentajes de pacientes hospitalizados en unidad de agudos de Geriatria con Necpal

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Porcentaje pacientes en los que se realiza Necpal  
Denominador .....: Total de pacientes en unidad de geriatría al mes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: REGISTRO DE PACIENTES  
HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. Porcentaje de pacientes con Palliative performance status y Indice pronóstico paliativo

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Porcentaje de pacientes con PPI/ PPS realizadas  
Denominador .....: N° de pacientes en situacion de terminalidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: REGISTRO DE PACIENTES  
HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Adecuación farmacoterapeutica en pacientes identificados con criterio de enfermedad avanzada

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: STOP-PAL realizado  
Denominador .....: Total de pacientes en situación de terminalidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: REGISTRO DE PACIENTES  
HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Realización de sesiones de formación continuada para atención de pacientes en situaciónpaliativa

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: 2 o 3 sesiones previstas al año  
Denominador .....: N° de sesiones realizadas al año  
x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#305

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA IDENTIFICACION Y ATENCION MULTIDISCIPLINARIA EN PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS AL FINAL DE LA VIDA EN LA UNIDAD GERIATRIA DE AGUDOS DE HGDZ -HMS

Fuentes de datos.: REGISTRO DE ASISTENCIA

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS QUE INGRESAN POR PATOLOGIAS AGUDAS DE ORIGEN INFECCIOSO, TRAUMATOLOGICAS , ONCOLOGICAS y NO ONCOLOGICAS

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#980

### 1. TÍTULO

#### VALORACION, DIAGNOSTICO E INTERVENCION EN PACIENTES GERIATRICOS CON DETERIORO COGNITIVO

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#980 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CLERENCIA SIERRA MERCEDES

Título  
VALORACION, DIAGNOSTICO E INTERVENCION EN PACIENTES GERIATRICOS CON DETERIORO COGNITIVO

Colaboradores/as:  
DE VAL LAFAJA ALODIA  
MORETA LORA FELIX VLADIMIR  
RUIZ MARISCAL MARTA  
SALVADOR GOMEZ MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El deterioro cognitivo y la demencia se han convertido en la epidemia silenciosa del siglo XXI, suponiendo un gran reto para el sistema sanitario. Según la definición de la OMS, es un término genérico para referirse a varias enfermedades, en su mayoría progresivas, que afectan a la memoria, a otras capacidades cognitivas y al comportamiento, y que interfieren notablemente en la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades cotidianas.

En nuestro ámbito la prevalencia de las demencias es elevada (>50% en mayores de 85 años de edad), una de las principales causas de discapacidad y dependencia y genera graves impactos, no sólo a quienes padecen la enfermedad, sino también a sus familiares cuidadores.

Este proyecto pretende mejorar el diagnóstico y valoración en fase inicial permitiendo tratar enfermedades coexistentes en ocasiones reversibles, planificar el tratamiento incluido el inicio de tratamiento sintomático.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Infradiagnóstico de demencia y diagnóstico en fases avanzadas
- Ausencia de valoración multidimensional (cognitiva, funcional y psicopatológica) en la mayoría de pacientes con demencia
- Déficit en la información, formación, asesoramiento y apoyo a los familiares- cuidadores.
- Heterogeneidad entre facultativos en la valoración de la demencia

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La derivación de pacientes con sospecha de deterioro cognitivo desde Atención Primaria a diferentes especialistas para su valoración, conlleva a duplicidad de consultas en Atención Especializada por el mismo motivo. El cumplimiento del acuerdo entre las especialidades implicadas, mejorará la eficacia del sistema sanitario y la atención de las personas con demencia.

Es primordial unificar criterios entre los profesionales sanitarios del servicio de Geriatria con respecto a la valoración de esta patología y el manejo de la sobrecarga de los cuidadores, para un adecuado abordaje multidisciplinar.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### OBJETIVOS

- Cumplir el acuerdo entre Neurología-Geriatria-Atención Primaria en la gestión de pacientes del sector Z2 con deterioro cognitivo
- Homogeneizar en el servicio de Geriatria sector Z2 la valoración de la demencia mediante la elaboración de un protocolo
- Valoración geriátrica integral y multidisciplinar del paciente con deterioro cognitivo en una misma consulta.
- Optimizar el tratamiento específico o sintomático de la demencia
- Mejorar la información al paciente /cuidador y el apoyo al cuidador

##### POBLACIÓN DIANA

Pacientes > de 75 años con sospecha de deterioro cognitivo y semáforo amarillo o rojo en Historia Clínica Electrónica (HCE) derivados desde Atención Primaria/Neurología  
Pacientes < ó = de 75 años derivados desde la Consulta de Neurología Sector Z2, si presentan multimorbilidad (más de 4 enfermedades crónicas)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Análisis del cumplimiento de los criterios de derivación a Geriatria desde Atención Primaria/Neurología de los pacientes con sospecha de deterioro cognitivo

Fecha inicio: 05/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#980

### 1. TÍTULO

#### VALORACION, DIAGNOSTICO E INTERVENCION EN PACIENTES GERIATRICOS CON DETERIORO COGNITIVO

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: María Salvador

2. Elaboración del protocolo de valoración, diagnóstico e intervención en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo en consulta-agenda GERCOG.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Mercedes Clerencia

3. Definición de los criterios de derivación a la consulta específica de enfermería de geriatría de los cuidadores, en caso de detección de sobrecarga del cuidador para su abordaje

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Marta Ruiz

4. Información del protocolo y criterios de derivación al resto de profesionales del servicio.

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Félix Moreta

5. Implantación del protocolo.

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Alodia De Val

6. Evaluación. Medición de indicadores y propuesta de nuevo proyecto de mejora.

Fecha inicio: 30/06/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Mercedes Clerencia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cumplimiento criterios-acuerdo "Deterioro cognitivo Neurología-Geriatría-Atención Primaria"

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes con sospecha de deterioro cognitivo valorados en GERCOG que cumplen criterios

Denominador .....: Número de pacientes con sospecha de deterioro cognitivo derivados a GERCOG

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de cálculo Excell

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Formación de profesionales sanitarios del servicio de Geriatría

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de sesiones de formación realizadas

Denominador .....: Número de sesiones de formación programadas (2)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Sesiones del Servicio

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Implantación Protocolo de valoración, diagnóstico e intervención de pacientes geriátricos - demencia

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de informes emitidos en primera visita según protocolo

Denominador .....: Número de pacientes valorados en GERCOG

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Informes HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Mejora de manejo de cuidadores con sobrecarga

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de cuidadores con sobrecarga derivados a consulta enfermería geriatría



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#980

### 1. TÍTULO

#### VALORACION, DIAGNOSTICO E INTERVENCION EN PACIENTES GERIATRICOS CON DETERIORO COGNITIVO

Denominador .....: Número de cuidadores con sobrecarga que cumplen criterios  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de cálculo Excell  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1017

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA: DETECCIÓN Y CONTROL DE LA DISFAGIA EN EL PACIENTE ANCIANO

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1017 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RUIZ MARISCAL MARTA

Título  
CONSULTA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA: DETECCIÓN Y CONTROL DE LA DISFAGIA EN EL PACIENTE ANCIANO

Colaboradores/as:  
ESCABOSA ALEGRE M. DEL MAR  
FERNANDEZ LOZANO CARLOS  
MARDONES FUENTE AMAYA  
NUÑEZ SANCHEZ CLARENA  
PERPIÑAN SANCHEZ LAURA  
RAMOS IBAÑEZ ROSA MARIA  
VILLABONA JIMENEZ MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: GERIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La disfagia es un síntoma clínico de disfunción de la deglución que afecta a pacientes ancianos, pacientes que han sufrido ICTUS, pacientes con enfermedades neurodegenerativas así como a pacientes con alteraciones estructurales. La edad es además un factor independiente asociada a una mayor prevalencia de disfagia, con cifras que varían entre el 25% en ancianos que viven en la comunidad y el 65% en ancianos institucionalizados. La disfagia está reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y está considerada un síndrome geriátrico por su elevada prevalencia. Se trata de un trastorno del que muchos pacientes, familiares y/o cuidadores no son conscientes y que ocasiona, de forma independiente, graves complicaciones como son la malnutrición, la deshidratación y la neumonía aspirativa que pueden llegar a conducir a la muerte. Además tiene un gran impacto en la capacidad funcional y en la calidad de vida. Todo ello nos motiva a iniciar este proyecto con el que se pretende mejorar el diagnóstico, la valoración y el tratamiento de la disfagia, promoviendo el trabajo interdisciplinar y empoderar al paciente y familiares cuidadores en el manejo de la misma.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Infradiagnóstico e infratratamiento de la disfagia.
- Déficit en la información, formación y asesoramiento a los pacientes y familiares cuidadores en el manejo y cuidados de la disfagia.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Trastorno poco conocido y tratado con importantes consecuencias para la capacidad funcional, salud y calidad de vida de los pacientes.
- Deber, por parte de los profesionales sanitarios, de proporcionar un diagnóstico y tratamiento adecuados a los pacientes.
- Necesidad de facilitar información, formación y asesoramiento a pacientes y familiares cuidadores en el manejo y cuidados de la disfagia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Crear la Consulta de Enfermería Geriátrica: Detección y control de la disfagia en el paciente anciano.
- Identificar a los pacientes que presentan síntomas/signos específicos de disfagia.
- Valorar la deglución a través del Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MEC V-V).
- Disminuir el riesgo de aparición de las complicaciones asociadas a la disfagia.
- Facilitar al paciente y a los familiares cuidadores información referente al manejo y cuidados de la disfagia de forma individualizada.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1. Sesión formativa-actualización de conocimientos sobre disfagia a los integrantes del proyecto de calidad

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Marta Ruiz Mariscal

2. 2. Determinar la EpS a facilitar a pacientes y familiares cuidadores, tras resultado de MEC V-V, sobre manejo y cuidados de la disfagia, de forma individualizada, en la Consulta

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1017

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA: DETECCIÓN Y CONTROL DE LA DISFAGIA EN EL PACIENTE ANCIANO

Responsable.: Todos los integrantes del proyecto

3. 3. Diseño de material de apoyo: Trípticos informativos  
Fecha inicio: 02/11/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Todos los integrantes del proyecto

4. Definición de la Consulta de Enfermería Geriátrica  
Fecha inicio: 09/01/2023  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Personal de Enfermería del proyecto

5. 5. Definición de los criterios de derivación de los pacientes ancianos a la Consulta de Enfermería Geriátrica  
Fecha inicio: 09/01/2023  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Todos los integrantes del proyecto

6. 6. Implantación de la Consulta de Enfermería: Realización del MEC V-V, registro de resultado en la Historia Clínica Electrónica (HCE), realización de EpS y entrega de trípticos  
Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 30/11/2023  
Responsable.: Personal de la Consulta de Enfermería Geriátrica (Marta Ruiz Mariscal)

7. 7. Evaluación del proceso y medición de indicadores  
Fecha inicio: 01/04/2023  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Marta Ruiz Mariscal

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Las actividades 1, 2 y 3 son las que se valorarán en la memoria del año 2022.

Las actividades 4, 5, 6 y 7 sólo podrán ser valoradas por inicio de actividad en cronograma (junto a las anteriores) en la memoria final.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. 1. Porcentaje de actividades realizadas para el diseño del proyecto  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº actividades realizadas  
Denominador .....: Nº actividades necesarias  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. 2. Mejora de la formación e información facilitada a pacientes y familiares sobre disfagia  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº de sesiones individualizadas de EpS con entrega de tríptico informativo tras realización de MEC V-V al paciente  
Denominador .....: Nº de pacientes valorados en Consulta de Enfermería Geriátrica de detección y control de disfagia en el paciente anciano  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio (Hoja de cálculo Excel)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

3. 3. Detección de pacientes ancianos con disfagia  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº de MEC V-V con resultado positivo realizados en la Consulta de Enfermería Geriátrica de detección y control de la disfagia en el paciente anciano  
Denominador .....: Nº de pacientes valorados en Consulta de Enfermería Geriátrica de detección y control de disfagia en el paciente anciano  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro propio (Hoja de cálculo Excel)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1017

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA DE ENFERMERÍA GERIATRICA: DETECCION Y CONTROL DE LA DISFAGIA EN EL PACIENTE ANCIANO

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1108

### 1. TÍTULO

#### MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE HEMATOLOGICO: EVITAR LOS DESPLAZAMIENTOS FUERA DE LA COMUNIDAD AUTONOMA MEDIANTE LA ADMINISTRACION DE PENTAMIDINA INHALADA EN EL HOSPITAL

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1108 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA

Título  
MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE HEMATOLOGICO: EVITAR LOS DESPLAZAMIENTOS FUERA DE LA COMUNIDAD AUTONOMA MEDIANTE LA ADMINISTRACION DE PENTAMIDINA INHALADA EN EL HOSPITAL

Colaboradores/as:  
AULES LEONARDO ANASTASIA PILAR  
DE RUEDA CILLER BEATRIZ  
GONZALEZ RESINA RITA MARIA  
OBREGON MEMBREÑO JHOSSYURIEL ELLIETH  
RUBIO MARTINEZ ARACELI

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: HEMATOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La pentamidina inhalada se emplea para el tratamiento y profilaxis de la neumonía por *Pneumocystis carinii*, una infección oportunista característica de pacientes inmunodeprimidos, incluyendo aquéllos con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o con hemopatías malignas. La Pentamidina está indicada cuando no se pueden usar los tratamientos de primera elección para la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, básicamente por contraindicaciones o interacciones farmacológicas con el Trimetopim- sulfametoxazol. La administración de pentamidina puede provocar la exposición laboral para el personal sanitario a dos tipos de agentes: por un lado, exposición a agentes químicos (aerosoles de pentamidina) y, por otro, exposición a agentes biológicos (transmisión nosocomial de *Mycobacterium tuberculosis*). Dentro de los requerimientos para su administración, es preciso disponer de una habitación con presión negativa con filtros de aire HEPA preferiblemente, hasta este momento dado que no se dispone de dicha habitación este procedimiento se deriva a otra Comunidad Autónoma para su realización. En el Hospital Miguel Servet se dispone de habitaciones con estas características en la planta baja, edificio multifuncional, pruebas funcionales de Neumología, por lo que se propone establecer un proceso que permita su uso.

#### ÁREAS DE MEJORA

Evitar el desplazamiento de pacientes a otra CC.AA para la administración de Pentamidina inhalada.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

-Carencia de un circuito definido para el uso de habitación con presión negativa para la administración de Pentamidina inhalada.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Establecer un circuito en colaboración con el servicio de Neumología que nos permita administrar la Pentamidina inhalada en el Hospital Miguel Servet.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Diseñar un proceso o circuito, de manera conjunta con Sº de Neumología, que permita el uso de las habitaciones con presión negativa.

Fecha inicio: 30/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Todos

2. -Realizar un protocolo de administración de pentamidina inhalada.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Todos

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes que reciben Pentamidina inhalada en el HUMS

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1108

### 1. TÍTULO

#### MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE HEMATOLOGICO: EVITAR LOS DESPLAZAMIENTOS FUERA DE LA COMUNIDAD AUTONOMA MEDIANTE LA ADMINISTRACION DE PENTAMIDINA INHALADA EN EL HOSPITAL

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de pacientes a los que se les administra pentamidina inhalada en el HUMS.  
Denominador .....: Numero de pacientes a los que se indica Pentamidina inhalada.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Pacientes de las áreas de hospitalización, hospital de día o consultas externas de Hematología.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Establecimiento de un proceso o circuito de administracion de Pentamidina inhalada

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: 1  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Memoria  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Protocolo de administración de pentamidina inhalada realizado

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: 1  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Memoria  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. Porcentaje de pacientes derivados a otra CCAA para Pentamidina inhalada

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Numero de pacientes derivados a otra CCAA para administracion de Pentamidina inhalada.  
Denominador .....: Numero de pacientes a los que se indica Pentamidina inhalada.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Pacientes de las áreas de hospitalización, hospital de día o consultas externas de Hematología.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1145

### 1. TÍTULO

#### CAMINANDO HACIA LA ACREDITACION JACIE DE LA UNIDAD DE AFERESIS

Fecha de entrada: 01/08/2022

Nº de registro: 2022#1145 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GUILLEN GOMEZ MARIA

Título  
CAMINANDO HACIA LA ACREDITACION JACIE DE LA UNIDAD DE AFERESIS

Colaboradores/as:  
DELGADO BELTRAN MARIA PILAR  
GIMENO LOZANO JUAN JOSE  
GONZALEZ RODRIGUEZ VICTORIA PAZ  
GRACIA PINA JOSE ANTONIO  
PRAT NAVARRO MARIA PILAR  
RODRIGO MARTINEZ M.CARMEN  
VELA LACARRA JOSE IGNACIO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: HEMATOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Unidad de Aféresis del Servicio de Hematología y Hemoterapia del hospital considera que la calidad de su actividad es prioritaria, porque garantiza la excelencia técnica de todas las actividades y servicios que realiza, tanto en relación con la organización, como con la planificación, gestión de recursos, documentación, mantenimiento de instalaciones y equipamientos, procedimientos analíticos y postanalíticos y acciones de mejora continua.

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) va a exigir la acreditación JACIE (Joint Accreditation Committee ISCT-Europe) para la realización de trasplante alogénico familiar. Por otra parte, las nuevas terapias avanzadas con células CART también exigen dicha acreditación.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Recolección de médula ósea
2. Recolección por aféresis
3. Procesamiento: manipulación, almacenamiento, transporte y envío del producto de terapia celular.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Ajustarse a los estándares JACIE versión 8.0 en las siguientes áreas:

1. Recolección de médula ósea: adecuación de los procesos, áreas de quirófano, personal y manipulación del producto de acuerdo a los estándares exigidos.
2. Recolección por aféresis: adecuación del área de aféresis, equipos y personal y de los procesos a los estándares.
3. Procesamiento: manipulación, almacenamiento, transporte y envío. Adecuación de los procesos, equipos, infraestructuras y personal a los estándares.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Obtener y asegurar la calidad de la actividad de la Unidad de Aféresis, demostrando así su capacidad para prestar de forma consecuente servicios que satisfagan los requisitos de sus clientes y los requisitos reglamentarios aplicables.
- Conseguir la satisfacción de los clientes de la Unidad de Aféresis mediante la aplicación efectiva del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), incluyendo procesos de mejora continua.
- Conseguir un control sobre la utilización de equipos y flujos de trabajo para una gestión eficaz de los resultados, los recursos y los tiempos del personal del Servicio de Hematología y hemoterapia adscrito a la Unidad de Aféresis.
- Haber presentado la solicitud de la acreditación JACIE a finales de 2022.
- Obtención de la acreditación JACIE durante el año 2023.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación del personal: elaboración de procedimientos y registros. Realización de sesiones formativas.

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Dra. Guillen

2. Redacción de los procedimientos (generales o de apoyo) y adecuación de la actividad a ellos  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Dra. Guillen

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1145

### 1. TÍTULO

#### CAMINANDO HACIA LA ACREDITACION JACIE DE LA UNIDAD DE AFERESIS

3. Adecuación de las infraestructuras: sala de aféresis, consulta 7, sala de manipulación celular, sala de almacén de productos de terapia celular.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dra. Guillen

4. Redacción de los procedimientos operativos o PNTs.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dra. Guillen

5. Registro de las actividades conforme a la norma JACIE.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dra. Guillen

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Solicitud acreditación realizada (si/no)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Solicitud acreditación JACIE

Denominador .....: Solicitud acreditación

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Solicitud acreditación JACIE (si=1/no=0)

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Acreditación obtenida (si/no)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Obtención acreditación JACIE

Denominador .....: Obtención acreditación

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Obtención acreditación JACIE (si=1/no=0)

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Número de vías centrales colocadas/Número total de vías (centrales y periféricas).

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de vías centrales colocadas

Denominador .....: Número total de vías (centrales y periféricas)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes/Donantes a los que se realiza aféresis de recogida de progenitores hematopoyéticos

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

4. Número de aféresis autólogas/ Número total de aféresis

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de aféresis autólogas

Denominador .....: Número total de aféresis

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes a los que se realiza aféresis de recogida de progenitores hematopoyéticos

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

5. Número de aféresis alogénicas/ Número total de aféresis

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de aféresis alogénicas

Denominador .....: Número total de aféresis

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Donantes sano familiar a los que se realiza aféresis de recogida de progenitores



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1145

### 1. TÍTULO

#### CAMINANDO HACIA LA ACREDITACION JACIE DE LA UNIDAD DE AFERESIS

hematopoyéticos

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

6. Número de aféresis pediátricas/ Número total de aféresis

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de aféresis pediátricas

Denominador .....: Número total de aféresis

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes pediátricos a los que se realiza aféresis de recogida de progenitores hematopoyéticos

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1230

### 1. TÍTULO

#### TRABAJANDO HACIA LA MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL Y EL CONFORT DEL PACIENTE: TRASLADO DE LAS CABINAS DE TRASPLANTE A LA UNIDAD DE QUEMADOS DE FORMA TEMPORAL

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1230 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DE RUEDA CILLER BEATRIZ

Título  
TRABAJANDO HACIA LA MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL Y EL CONFORT DEL PACIENTE: TRASLADO DE LAS CABINAS DE TRASPLANTE A LA UNIDAD DE QUEMADOS DE FORMA TEMPORAL

Colaboradores/as:  
ANSO OLIVAN VICTOR MIGUEL  
GARCIA ESCUDERO MARIA TERESA  
MELLADO GALDEANO MARIA DOLORES  
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA  
OCA TRIVEZ ALEXIA  
PE TRAIN MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: HEMATOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) consiste en sustituir una determinada población celular (por ser defectuosa, insuficiente o neoplásica) por una normal.

Existen diferentes modalidades de TPH. El trasplante autólogo, es aquel realizado a partir de células madre hematopoyéticas obtenidas previamente del propio paciente y el trasplante alogénico, en el cuál las células madre proceden de un donante sano.

El programa de trasplante, se fundamenta en 4 áreas básicas:

- Unidad de TPH
- Un quirófano preparado para la colecta de médula ósea: procedimiento realizado por los propios facultativos del programa clínico
- Una unidad de aféresis: encargada de la movilización y colecta de los progenitores hematopoyéticos de sangre periférica
- Una unidad de procesamiento del producto: encargada del etiquetado, control de calidad, manipulación y criopreservación

En cuanto a la unidad de hospitalización, las habitaciones deberán ser individuales y con capacidad de aislamiento. Será necesaria una sala o puesto de trabajo para las enfermeras y otro para médicos. El personal médico y de enfermería deberá estar disponible las 24 horas del día.

Las infecciones son complicaciones con gran relevancia en el paciente que recibe un trasplante de progenitores hematopoyéticos ya que pueden acarrear una significativa morbi-mortalidad. Las habitaciones deberán estar bien selladas, con un diferencial de presión positiva entre las habitaciones y el pasillo; cierre de las puertas con más de 12 intercambios de aire por hora y supervisión continua de la presión. Los filtros HEPA han demostrado eficacia en la prevención de la infección fúngica y son necesarios en aquellos centros con actividades más complejas como el alotrasplante.

Las cámaras del Hospital Miguel Servet llevan en funcionamiento desde el año 1995, sin realizarse reformas desde entonces. Son habitaciones muy pequeñas, nada acogedoras. No disponen de agua corriente para lavado de manos ni ducha y el WC es un baño químico que requiere vaciado y limpieza diaria por parte del equipo de Técnicos de cuidados auxiliares en enfermería (TCAEs). El flujo de aire es altamente ruidoso, lo cual dificulta el descanso del paciente. La puerta de acceso a las cámaras no permite la entrada y salida del paciente con su camilla, debiendo ser trasladado bien en silla o bien en una camilla estrecha, siendo a veces muy dificultoso trasladar al paciente de la cama a dicha camilla.

La tasa de colonización por gérmenes multirresistentes es elevada, siendo la anticuada infraestructura de la unidad una de las posibles causas. El cambio a las habitaciones de aislamiento de la Unidad de Quemados puede ayudar a reducir la tasa de colonizaciones e incluso de bacteriemias. Esto a su vez, puede contribuir a reducir el gasto antibiótico y la estancia hospitalaria.

En cuanto a la percepción del paciente, supondrá una mejoría en el confort fundamentalmente por un descanso sin ruidos, disponer de baño privado con agua corriente, tener una habitación más grande y la posibilidad de sacar al paciente en su propia cama de la habitación.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Mejorar el confort del paciente durante el proceso de hospitalización del trasplante
- Reducir el porcentaje de colonizaciones por gérmenes multirresistentes
- Reducir el riesgo de bacteriemias secundarias a la colonización por un germen multirresistente
- Reducir el gasto antibiótico
- Reducir la estancia hospitalaria

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Cámaras de trasplante actuales muy antiguas, pequeñas, sin agua corriente ni ducha, con un WC químico, lo cuál reduce el confort del paciente durante el ingreso.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1230

### 1. TÍTULO

#### TRABAJANDO HACIA LA MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL Y EL CONFORT DEL PACIENTE: TRASLADO DE LAS CABINAS DE TRASPLANTE A LA UNIDAD DE QUEMADOS DE FORMA TEMPORAL

- La anticuada infraestructura actual podría ser la causa del aumento de colonizaciones por gérmenes multirresistentes (multi-R), aumentando a su vez la tasa de bacteriemias secundarias, el gasto antibiótico y la duración de la hospitalización

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Reducir el porcentaje de pacientes colonizados por gérmenes multirresistentes durante la hospitalización
- Reducir el riesgo de bacteriemias asociadas a la colonización por gérmenes multirresistentes
- Mejorar la percepción de confort por parte del paciente

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Encuesta de satisfacción que rellenará el paciente durante el proceso de hospitalización

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 31/12/2024

Responsable.: Dolores Mellado, Maria Teresa García, Alexia Oca, María Pe

2. - Realización de frotis rectal a su ingreso en cámara para valorar estado de colonización previo a la hospitalización.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 31/12/2024

Responsable.: Maria Teresa García, Alexia Oca, María Pe

3. - Evaluación del porcentaje de pacientes no colonizados previamente al ingreso o colonizados por un germen diferente, que adquieren un germen multirresistente durante su estancia hospitalaria

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 31/12/2024

Responsable.: Beatriz De Rueda, Anuska Aulés, Ilda Murillo y Victor Ansó

4. - Porcentaje de bacteriemias secundarias a la colonización por germen multirresistente

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 31/12/2024

Responsable.: Beatriz De Rueda, Anuska Aulés, Ilda Murillo y Victor Ansó

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de pacientes satisfechos con el confort durante el ingreso en las habitaciones de U de quemados

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: encuesta de satisfacción

Denominador .....: nº total de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Entrevista realizada al paciente durante su ingreso o en el momento del alta

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Nº de pacientes a los que se le realiza un frotis rectal el día del ingreso

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes con frotis rectal realizado el día del ingreso

Denominador .....: Total de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica del paciente (microbiología)

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Nº de pacientes no colonizados previamente por un germen multi-R que se colonizan durante el ingreso

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes que se colonizan por un germen multirresistente

Denominador .....: Total de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica del paciente (microbiología)

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. Nº de pacientes que desarrollan una bacteriemia por el germen multi-R por el que se colonizan

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1230

### 1. TÍTULO

#### TRABAJANDO HACIA LA MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL Y EL CONFORT DEL PACIENTE: TRASLADO DE LAS CABINAS DE TRASPLANTE A LA UNIDAD DE QUEMADOS DE FORMA TEMPORAL

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes que desarrollan una bacteriemia por el germen multi-R por el que se colonizan

Denominador .....: Total de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica del paciente (microbiología)

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1258

### 1. TÍTULO

#### ACTUACION DE MEJORA SOBRE LA CODIFICACION DEL GRD 690 (LEUCEMIA AGUDA) Y ACTUACIONES PARA AJUSTAR LA ESTANCIA MEDIA A LOS ESTANDARES

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1258 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AULES LEONARDO ANASTASIA PILAR

Título  
ACTUACION DE MEJORA SOBRE LA CODIFICACION DEL GRD 690 (LEUCEMIA AGUDA) Y ACTUACIONES PARA AJUSTAR LA ESTANCIA MEDIA A LOS ESTANDARES

Colaboradores/as:  
ANSO OLIVAN VICTOR MIGUEL  
FERNANDEZ CUEZVA LAURA  
GONZALEZ RESINA RITA MARIA  
IZQUIERDO GARCIA ISABEL  
OBREGON MEMBREÑO JHOSSYURIEL ELLIETH  
PEÑA OLLE CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: HEMATOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los GRDs, o Grupos Relacionados por el Diagnóstico, son una herramienta de gestión normalizadora; que, mediante un programa informático alimentado con los datos de los pacientes dados de alta hospitalaria -el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)-, se clasifica a los pacientes en grupos clínicamente similares y con parecido consumo de recursos sanitarios.

Los cinco GRDs más frecuentes del Servicio de Hematología en el 2021, según datos proporcionados por la Unidad de Codificación Clínica del Sº Admisión y Documentación Clínica del HUMS, son los siguientes, citados por orden de frecuencia: 696 - OTRA QUIMIOTERAPIA; 691 - LINFOMA, MIELOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA; 690 - LEUCEMIA AGUDA; 008 - TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA; 695 - QUIMIOTERAPIA POR LEUCEMIA AGUDA.

La Unidad de Codificación utiliza el analizador Estadístico Clínico Asistencial (Decisys®), empleado de forma normalizada por todos los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud, que optimiza la información clínica, permitiendo entre muchos otros procesos, obtener los índices de funcionamiento (EMAF, EMAC, IEMA, índice funcional, índice casuístico...) de cada uno de los GRDs por Servicio. Esta información parece poner en evidencia un amplio margen de mejora, para lo que creemos que es necesario trabajar junto con la Unidad de Codificación Clínica, y así analizar de forma conjunta, por un lado, si la codificación de los informes de alta hospitalarios (en adelante IAH) reflejan de forma rigurosa las comorbilidades y/o complicaciones acontecidas en el episodio asistencial, así como si la base para extraer dicha información, es decir el IAH describe los mismos.

Proponemos analizar uno de los GRD más frecuentes en el Servicio de Hematología, el 690 - LEUCEMIA AGUDA, y que muestra las mayores desviaciones de la norma según los datos proporcionados, con un número elevado estancias evitables, 230,93 y un IEMA 1,5458 (a tener en cuenta que un IEMA mayor a 1 indica un peor funcionamiento respecto del Estándar).

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Explotación del CMBD hospitalario del Hospital Universitario Miguel Servet del año 2021 por motivos de estudio/investigación.
2. Recodificar el GRD 690 Leucemia aguda.
3. Ajustar la estancia media a los estándares.
4. Minimizar las estancias evitables.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La complejidad clínica de nuestros pacientes hospitalizados, la sobrecarga asistencial en el área de hospitalización, la posible ausencia de las complicaciones y/o comorbilidades que influyen en el episodio asistencial en los IAH, y la escasa importancia que, erróneamente, se presta a la adecuada codificación de las altas hospitalarias, conllevan un marcado desajuste entre los índices obtenidos y los estándares, que conviene analizar en detalle para establecer los mecanismos correctivos oportunos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Analizar las causas de la desviación de los índices de funcionamiento de uno de los GRDs más frecuentes.
2. Plantear medidas correctivas para aproximarnos en la medida de lo posible a los estándares.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1258

### 1. TÍTULO

#### ACTUACION DE MEJORA SOBRE LA CODIFICACION DEL GRD 690 (LEUCEMIA AGUDA) Y ACTUACIONES PARA AJUSTAR LA ESTANCIA MEDIA A LOS ESTANDARES

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Evaluar la situación de partida mediante la elaboración de un protocolo de análisis.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: Anastasia Aulés, Victor Ansó, Cristina Peña, Pilar Delgado

2. Analizar las historias clínicas y las altas incluidas en el GRD 690 en 2020.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: Anastasia Aulés, Víctor Ansó, Isabel Izquierdo

3. Reelaborar los informes de alta atendiendo a la cumplimentación del CMBD.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 01/02/2023

Responsable.: Anastasia Aulés, Víctor Ansó.

4. Reclasificar los informes según la Norma APRv36.0 SNS-2022 y evaluar de nuevo los GRDs correspondientes

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 01/04/2023

Responsable.: Anastasia Aulés, Cristina Peña, Víctor Ansó.

5. Aplicar las conclusiones derivadas a la práctica clínica estableciendo las medidas correctivas para reducir las estancias evitables

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Anastasia Aulés, Cristina Peña, Víctor Ansó, Isabel Izquierdo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de informes reclasificados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Informes reclasificados

Denominador .....: Total de informes analizados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historias clínicas

haríamos el análisis en 1 semana de cada mes.

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de pacientes con estancia media estándar a su GRD 690

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes con estancia media estándar para su GRD 690

Denominador .....: Total de pacientes con GRD 690

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historias clínicas

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#208

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DEL ACCESO VASCULAR: MANEJO INTEGRAL DE LAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS NATIVAS

Fecha de entrada: 21/06/2022

Nº de registro: 2022#208 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
RUBIO CASTAÑEDA FRANCISCO JAVIER

Título  
IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DEL ACCESO VASCULAR: MANEJO INTEGRAL DE LAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS NATIVAS

Colaboradores/as:  
CANTIN LAHOZ VICTOR  
FERNANDEZ NUÑEZ MANUEL  
FERRER LOPEZ EMILIA  
MATEO SANCHEZ MARIA AMAYA  
SIERRA SANCHEZ ANA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: HEMODIALISIS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El acceso vascular (AV) supone una parte fundamental del proceso asociado al tratamiento renal sustitutivo, porque de él depende una parte importante de la calidad de hemodiálisis y por producir una parte importante de la morbilidad asociada a este tipo de pacientes.

Aunque existen diferentes tipos de accesos vasculares, nuestro proyecto de mejora se centra en la FAV nativas. Se recomienda que las unidades de hemodiálisis dispongan de programas protocolizados de seguimiento de las FAV y con participación multidisciplinar. Estos programas deben abarcar la creación quirúrgica de la fístula, su desarrollo, y seguimiento, y el tratamiento de las complicaciones. La principal complicación de las FAV son las estenosis que es la disminución del diámetro del vaso, es significativa cuando la disminución es mayor del 50%. La estenosis es la principal causa de trombosis que es la principal causa de fallo de las FAV. La detección de la estenosis de la FAV, diagnosticada y corregida a tiempo, puede evitar la infradiálisis y la necesidad de catéteres venosos centrales, disminuyendo así la frecuencia de hospitalización, la morbilidad y el gasto sanitario. Los programas de seguimiento del AV contemplan la utilización de diversos métodos de monitorización. Estos métodos se dividen en métodos de primera generación (monitorización clínica, métodos manuales y problemas durante la sesión de HD), y métodos de segunda generación que permiten calcular el flujo sanguíneo (QA): métodos de cribado dilucionales y la Ecografía Doppler (ED).

Destacar que solo el 40 % de las unidades de hemodiálisis de nuestro país disponen de este tipo de programas, nuestra unidad de hemodiálisis no disponía de ningún programa de seguimiento del acceso vascular.

#### ÁREAS DE MEJORA

Necesidad de un programa del acceso vascular que permita:

- Adaptar la prestación a las necesidades del paciente
- Mejorar las competencias profesionales y la relación/coordinación del equipo multidisciplinar
- Lograr una mayor eficiencia en el proceso de atención.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Escasa colaboración multidisciplinar entre enfermería, nefrología, cirugía vascular y radiología intervencionista. Profesionales sanitarios no formados en métodos de monitorización y seguimiento del acceso vascular. Infratilización por parte de enfermería y nefrología del ecógrafo de la unidad. Falta de herramientas que faciliten la implicación de los pacientes en el desarrollo de las FAV nativas. Falta de una consulta del acceso vascular que coordine el seguimiento y desarrollo de las FAV nativas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Identificar los servicios y unidades implicadas en la creación, desarrollo, seguimiento y tratamiento de las complicaciones de las FAV nativas.

Fomentar la participación activa de los pacientes en el desarrollo de las FAV nativas.

Mejorar la monitorización y seguimiento de las FAV nativas mediante métodos de primera y segunda generación

Definir la cartera de servicios a ofertar desde la nueva consulta médica y de enfermería del AV.

Definir el equipo multidisciplinar que debe coordinar todos los procesos implicados con las FAV nativas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Constituir un grupo del proyecto asistencial (dependiente del grupo de mejora del servicio) y elaborar un mapa de procesos del AV

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 30/04/2022

Responsable.: FCO JAVIER RUBIO CASTAÑEDA

2. Diseñar, implementar y evaluar un programa piloto de monitorización de FAV nativas. Evaluando también la



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#208

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DEL ACCESO VASCULAR: MANEJO INTEGRAL DE LAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS NATIVAS

satisfacción de pacientes y profesionales sanitarios en relación al programa piloto

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 15/01/2023

Responsable.: GRUPO DEL PROYECTO ASISTENCIAL

3. Elaborar material audiovisual en formato QR sobre ejercicios de FAV nativas y sobre la configuración del ecógrafo.

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: Fco Javier Rubio Castañeda y María Amaya Mateo Sánchez

4. Diseñar, implementar y evaluar un programa definitivo de monitorización de FAV nativas. Evaluando también la satisfacción de pacientes y profesionales sanitarios en relación al programa definitivo

Fecha inicio: 15/01/2023

Fecha final.: 15/01/2024

Responsable.: GRUPO DEL PROYECTO ASISTENCIAL

5. Elaborar e impartir talleres teóricos/prácticos a los profesionales de enfermería sobre monitorización de FAV nativas y sobre ecografía en el acceso vascular.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: GRUPO DEL PROYECTO ASISTENCIAL

6. Definir características, objetivos, ubicación, recursos humanos y materiales, y competencias del personal médico y de enfermería necesarios para crear la consulta del AV e implementar dicha consulta

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: Fco Javier Rubio Castañeda e Isidoro García Escribano

7. Constituir un grupo multidisciplinar formado por enfermería nefrológica, nefrólogos, cirujanos vasculares y radiología intervencionista, y creación de un programa del acceso vascular.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.:

Responsable.: Fco Javier Rubio Castañeda e Isidoro García Escribano

8. Sesiones de comunicación a pacientes sobre la monitorización y desarrollo de las FAV nativas a través de la Asociación para la Lucha contra las enfermedades del riñón (ALCER)

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Víctor Cantín Lahoz, Manuel Fernández Núñez, Ana Isabel Sierra Sánchez y Emilia Ferrer López,

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El responsable del proyecto creará y coordinará un grupo de proyecto asistencial formado por 6 expertos en HD, siendo todos los integrantes de este grupo los responsables de diseñar el programa piloto y definitivo de monitorización del AV tras analizar la información y alcanzar consenso sobre los métodos de monitorización de FAV nativas. Asimismo, estos 6 expertos realizarán las mediciones del programa piloto y tras diseñar el programa definitivo capacitarán al personal de enfermería para que implementen el programa definitivo de monitorización. Este grupo de expertos se repartirán el resto de las tareas agrupándolas en tareas de formación, elaboración de material en formato QR, y evaluación de la satisfacción de profesionales y pacientes. La nueva consulta del AV será una consulta mixta de enfermería y nefrología, donde enfermería realizará revisión ecográfica de FAV nativas de los pacientes crónicos y nefrología las FAV nativas de nueva creación. La consulta se realizará un día a la semana, empleando una de las consultas de la unidad de diálisis peritoneal

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración del mapa de procesos del AV (Si/NO)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: .

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Diseño e implementación de un programa definitivo de monitorización de FAV nativas (Si/No)

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: .



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#208

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DEL ACCESO VASCULAR: MANEJO INTEGRAL DE LAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS NATIVAS

Denominador .....: .  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Número de profesionales de enfermería que realizan el curso teórico/practico sobre monitorización  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de profesionales de enfermería que realizan el curso teórico/practico sobre monitorización y ecografía de FAV nativas emplea el ecógrafo en la sala de Hemodiálisis para la monitorización de FAV  
Denominador .....: Número total de enfermeras del servicio de hemodiálisis  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Número de pacientes a los que se les realiza una FAV nativa y que reciben el material audiovisual  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes a los que se les realiza una FAV nativa y que reciben el material audiovisual en formato QR sobre ejercicios de FAV nativas  
Denominador .....: Número total de pacientes a los que se les realiza una FAV nativa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Número de pacientes que reciben el material audiovisual y desarrollan favorablemente sus FAVnativas  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que reciben el material audiovisual en formato QR sobre ejercicios de FAV nativas y que desarrollan favorablemente sus FAV nativa (diámetro del vaso mayor 4 mm y QA mayor de 600 m  
Denominador .....: Número total de pacientes a los que se les entrega el material audiovisual en formato QR sobre ejercicios de FAV nativas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

6. Número total de pacientes con FAV nativas a los que se les ha hecho 1 ecografía en el último año  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número total de pacientes portadores de FAV nativas a los que se les ha realizado al menos una ecografía en el último año  
Denominador .....: Número total de pacientes con FAV nativa funcionando en el último año  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. Porcentaje de estenosis detectadas en la consulta del AV y en las salas de HD mediante ecografía  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes con FAV nativas que se detecta estenosis  
Denominador .....: Número de pacientes con FAV nativas funcionantes a los que se les ha realizado al menos una ecografía del AV en el último año  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

8. Creación de un programa del acceso vascular con participación multidisciplinar (Si/no)  
Tipo de indicador: alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#208

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DEL ACCESO VASCULAR: MANEJO INTEGRAL DE LAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS NATIVAS

Numerador .....: .  
Denominador .....: .  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

**\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación**

La información se recogerá a través de la historia clínica electrónica, los registros internos de la unidad (programa Nefrolink), mediante encuestas y mediante las mediciones de los diferentes métodos de monitorización de primera y segunda generación seleccionados. Para la recogida de datos se utilizará un prototipo de APP de uso privado. Se utilizará la versión gratuita de la aplicación AppSheet para crear esta APP. El acceso a la APP debe ser autorizado por el administrador, la base de datos se codificará con contraseña alfanumérica y la identidad de los participantes se codificará de manera alfanumérica

**POBLACIÓN DIANA**

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Enfermedad renal crónica terminal en tratamiento en hemodiálisis a través de una FAV nativa

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#57

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE LA VÍA CLÍNICA DE LA UNIDAD DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE MEDICINA INTERNA DEL HUMS (SECTOR II)

Fecha de entrada: 07/06/2022

Nº de registro: 2022#57    \*\* Eficiencia    \*\* (ACTIVO)

Coordinador:

MARCILLA CORDOBA FRANCISCO DE ASIS

Título  
CREACION DE LA VÍA CLÍNICA DE LA UNIDAD DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE MEDICINA INTERNA DEL HUMS (SECTOR II)

Colaboradores/as:

CABRERO PASCUAL LUIS EDUARDO  
FIGUERAS VILLALBA MARIA-PILAR  
LARROSA LOPEZ RAQUEL  
PAZO CID ROBERTO ANTONIO  
PLA GARCIA PATRICIA  
SORIA SAN TEODORO MARIA TERESA  
TRIGO CEBRIAN MIGUEL ANGEL

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Consulta de diagnóstico rápido, dependiente de Medicina Interna tiene como finalidad el diagnóstico de patologías graves (tumoraes o infecciosas) de pacientes con estado general conservado, que prefieren que el proceso diagnóstico se realiza de forma ambulatoria; el compromiso del equipo es que no exista demora significativa en el proceso diagnóstico si se compara con pacientes con patologías similares que deciden ingresar. La finalidad del proyecto es establecer la vía Clínica de la unidad de diagnóstico rápido y realizar una recogida exhaustiva de datos para mejor coordinación entre los servicios implicados (Medicina Interna, Digestivo-endoscopias, Radiodiagnóstico-Radiología intervencionista, Anatomía Patológica etc) para disminuir los tiempos de espera entre pruebas. Una coordinación adecuada entre todos los componentes del proceso diagnóstico ayudará a adecuar el balance de peticiones de pruebas complementarias y de posibilidad de realizar dichas pruebas (capacidad de citación de pruebas) que permitan cumplir en compromiso de demora.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Disminuir la demora al mínimo de las primeras visitas
2. Mejorar el ratio de derivaciones adecuadas
3. Cumplir tiempos de demora diagnóstica
4. Evitar ingresos hospitalarios de pacientes en proceso diagnóstico ambulatorio, por deterioro físico o demora excesiva

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Selección de pacientes tributarios de dicha consulta. Modo de citación de pacientes
2. Publicitación de criterios de derivación y consenso con Primaria/Urgencias
3. Coordinación adecuada entre Servicio Implicados. Conocer nuestros "cuellos de botella"
4. Elección adecuada de pacientes en la primera consulta y coordinación de pruebas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Población diana: todos los pacientes del sector II, en edad no pediátrica  
Establecer una vía clínica con criterios de entrada y salida de vía, así como recursos disponibles y coordinación de pruebas

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recogida de datos sobre actividad previa  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Luis Cabrero, Francisco Marcilla
2. Publicitar criterios de derivación Urgencias  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Luis Cabrero, Francisco Marcilla
3. Publicitar criterios de derivación Primaria  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Luis Cabrero, Francisco Marcilla, Pilar Figueras
4. Coordinación con Oncología y comites de tumores

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#57

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE LA VÍA CLÍNICA DE LA UNIDAD DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE MEDICINA INTERNA DEL HUMS (SECTOR II)

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Luis Cabrero, Francisco Marcilla, Roberto Pazo

##### 5. Coordinación con Digestivo/Endoscopias

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Luis Cabrero, Francisco Marcilla, Maite Soria

##### 6. Coordinación con Radiodiagnóstico/Radiología intervencionista

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Luis Cabrero, Francisco Marcilla, raquel Larrosa

##### 7. Coordinación con Anatomía patológica

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.:

Responsable.: Luis Cabrero, Francisco Marcilla, Miguel Angel Trigo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Cumplir criterios de derivación adecuada

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % de pacientes con derivación adecuada

Denominador .....: % de pacientes con derivación inadecuada

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Base de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.60

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.70

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.80

##### 2. Demora de 1º visita en días

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: % pacientes con demora 1º visita adecuada (<7 días hábiles)

Denominador .....: % pacientes con demora 1º visita inadecuada (>7 días hábiles)

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Base de datos y HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.70

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.70

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.80

##### 3. Diagnóstico de Neoplasias

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: % pacientes con diagnóstico de neoplasia

Denominador .....: % de pacientes con otro diagnóstico

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Base de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.05

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.10

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.15

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.20

##### 4. Ingreso hospitalario tras 1º visita en CEX UDR

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: % de pacientes revisados en UDR que no ingresan hasta diagnóstico

Denominador .....: % de pacientes revisados en UDR que ingresan a mitad de proceso diagnóstico

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Base de datos y HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.20

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.30

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.05

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.15

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#57

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE LA VÍA CLÍNICA DE LA UNIDAD DE DIAGNOSTICO RAPIDO DE MEDICINA INTERNA DEL HUMS (SECTOR II)

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#119

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA DERIVACION DE PACIENTES DESDE LA ATENCION PRIMARIA A CONSULTAS EXTERNAS DE MEDICINA INTERNA DEL HUMS, SECTOR II

Fecha de entrada: 14/06/2022

Nº de registro: 2022#119 \*\* Atención a tiempo: interconsulta \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CABRERO PASCUAL LUIS EDUARDO

Título  
MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA DERIVACION DE PACIENTES DESDE LA ATENCION PRIMARIA A CONSULTAS EXTERNAS DE MEDICINA INTERNA DEL HUMS, SECTOR II

Colaboradores/as:  
ESTEBAN CABELLO ELENA ISABEL  
FIGUERAS VILLALBA MARIA-PILAR  
MARCILLA CORDOBA FRANCISCO DE ASIS

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: Atención a tiempo: interconsulta

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

1. Mejorar la adecuación de la revisión de pacientes derivados desde A. Primaria
2. Solucionar problemas clínicos sin la necesidad de citar pacientes en la consulta del Hospital
3. reducir la necesidad de segundas revisiones
4. Controlar semanalmente los tiempos de demora en la búsqueda de cumplir las garantías "tiempo" que establezca el Servicio Aragonés de Salud

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Mejorar la adecuación de la revisión de pacientes derivados desde A. Primaria
2. Solucionar problemas clínicos sin la necesidad de citar pacientes en la consulta del Hospital
3. reducir la necesidad de segundas revisiones

#### ANALISIS DE CAUSAS

Desconocimiento de la cartera de Servicios de Medicina Interna  
Carencia de una información concreta, sistemática  
Falta de pruebas complementarias básicas

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejora en el porcentaje de paciente que cumplen garantías de demora de primeras revisiones; mejorar el ratio sucesivas/primeras; mejoría en la resolución de interconsultas virtuales sin cita

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Análisis de los indicadores de Consultas externas de Medicina Interna

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Pilar Figueras

2. Definir la Cartera de Servicios de Medicina Interna

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Luis Cabrero

3. Establecer los requisitos de derivación, así como las pruebas complementarias básicas de las que se ha de disponer en pa primera visita

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Francisco Marcilla

4. Reuniones con Atención Primaria para consensuar procedimiento

Fecha inicio: 31/12/2022  
Fecha final.: 01/05/2023  
Responsable.: Pilar figueras

5. Analizar resultados del proyecto

Fecha inicio: 01/05/2023  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Elena Esteban

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#119

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA DERIVACION DE PACIENTES DESDE LA ATENCION PRIMARIA A CONSULTAS EXTERNAS DE MEDICINA INTERNA DEL HUMS, SECTOR II

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. 1. Eficiencia en la resolución de ICV

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Interconsultas virtuales resueltas sin cita  
Denominador .....: Interconsultas virtuales respondidas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HIS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.20  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.20

2. 2. Garantía de tiempos 1º revision (media del año)

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes pendientes superan garantía  
Denominador .....: Pacientes pendientes cita  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HIS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.20  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.20

3. 3. Mejora en el Ratio sucesivas/primeras

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Revisiones sucesivas  
Denominador .....: Primeras revisiones  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: HIS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 3.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Enfermedades sistémicas; riesgo cardiovascular; dislipemias; diagnóstico rápido; Medicina Interna General; Enfermedades Minoritarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#128

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE LA NUEVA UNIDAD DE ENFERMEDADES MINORITARIAS DE MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 15/06/2022

Nº de registro: 2022#128 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
HUICI POLO PATXI

Título  
CREACION DE LA NUEVA UNIDAD DE ENFERMEDADES MINORITARIAS DE MEDICINA INTERNA

Colaboradores/as:  
ARANDA ALONSO ANGEL NICOLAS  
CALVO GALINDO ROBERTO  
GARCIA JIMENEZ MARIA CONCEPCION  
ODRIOZOLA GRIJALBA MONICA MARIA  
PEREZ DELGADO RAQUEL  
RODRIGUEZ VALLE ANA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las enfermedades minoritarias son enfermedades de origen genético, de baja incidencia (< 1:2000hab) pero que afectan a un 5% de la población general. Muchos de los pacientes con enfermedades minoritarias de nuestro sector se han de derivar a otros sectores por carecer de éste recurso. Destacamos entre otras: la Esclerosis Tuberosa, Neurofibromatosis, Enfermedades genéticas que deriva pediatría para seguimiento por adulto (Síndrome de Williams, Síndrome de Kabuki , Ehler Danlos, Marfan), Sospecha de enfermedad genética (Pompe, Fabry, Gaucher), etc

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Crear la unidad multidisciplinar de Minoritarias para atender a éstos pacientes. La mayoría, diagnosticados en edad pediátrica y adolecen de seguimiento en edad adulta en nuestro sector.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Ausencia de la unidad

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Crear la unidad asistencial de enfermedades minoritarias
2. Ser referente del manejo y control de éstos pacientes
3. Coordinar las acciones con otras especialidades

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar la memoria del proyecto

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Patxi Huici

2. Creación de protocolos asistenciales

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Patxi Huici

3. Creación de los circuitos asistenciales

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Monica Odriozola

4. Recogida de datos asistenciales

Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Angel Aranda

5. Solicitud de acreditación como unidad asistencial a la SEMI (Sociedad Española de Medicina Interna)

Fecha inicio: 01/07/2023  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Patxi Huici

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#128

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE LA NUEVA UNIDAD DE ENFERMEDADES MINORITARIAS DE MEDICINA INTERNA

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Memoria del proyecto: recursos , ambito de influencia y volumen de actividad, organización, protocolo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Objetivos pendientes de cumplir

Denominador .....: Objetivos cumplidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.20

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.30

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.20

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.30

2. Protocolos asistenciales

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Protocolos asistenciales pendientes de crear

Denominador .....: Protocolos asistenciales creados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.20

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.30

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.20

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.30

3. Volumen de actividad: mas de 5 casos por enfermedad minoritaria/año

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Enfermedades minoritarias seleccionadas con < 5 casos en seguimiento a final 2023

Denominador .....: Enfermedades minoritarias seleccionadas con 5 o mas casos en seguimiento a final 2023

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos y HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.20

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.30

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.20

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.30

4. Conseguir la acreditación asistencial

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: acreditación asistencial conseguida

Denominador .....: acreditación asistencial no conseguida

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Informe de la Sociedad española de Medicina Interna

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Enfermedades Minoritarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#470

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LA VÍA DE ADMINISTRACION DE LOS TRATAMIENTOS A LAS CARACTERÍSTICAS Y PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 05/07/2022

Nº de registro: 2022#470 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MOLINERO GONZALEZ BEATRIZ

Título  
ADECUACION DE LA VÍA DE ADMINISTRACION DE LOS TRATAMIENTOS A LAS CARACTERÍSTICAS Y PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Colaboradores/as:  
AGUILAR CORTES DEL VALLE MARIA EUGENIA  
ALDEA CUENCA ELENA  
CABALLERO ASENSIO RUTH  
CASAJUS LAGRANJA MARIA PILAR  
CADEVILLA MARTINEZ MARIA ARANZAZU  
GUARIN DUQUE HERNANDO ANTONIO  
SERRANO DEL RIO ANA CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La terapia parenteral intermitente o continua es uno de los criterios contemplados en el Appropriateness Evaluation Protocol o Protocolo de Evaluación de la Adecuación (AEP) para determinar que un ingreso hospitalario es adecuado. Sin embargo, mejorar la calidad en la atención de los pacientes ingresados y que cumplan este criterio, supone considerar la efectividad clínica (resultado) y eficiencia (uso óptimo de los recursos), tanto en la elección de la vía de administración del tratamiento como en la prestación de los cuidados para su mantenimiento. Esto puede traducirse en una adecuación de los tiempos de estancia hospitalaria a la necesidad del paciente. En el contexto actual, se hace necesario contemplar alternativas y uso de otros dispositivos adaptados a las características y preferencias del paciente, así como adecuarlos a la última evidencia recogida en las Guías de Práctica Clínica (GPC) de referencia en este área. Contemplar la utilización de la vía subcutánea, como alternativa terapéutica eficaz en la hidratación, sedación y control de algunos síntomas, así como las vías medias, como alternativa en algunos casos a la vía periférica y central (de acceso central o periférico), pueden representar mejoras en las dimensiones de la calidad científico técnica, efectividad, eficiencia, adecuación, participación y seguridad del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

La duración del ingreso hospitalario está relacionada directamente:

- Seguridad del paciente: A mayor número de días de ingreso, mayor riesgo de que el paciente sufra un evento adverso.
- Vulnerabilidad del paciente: A mayor vulnerabilidad mayor riesgo.

Ambos factores están presentes en la población diana sobre la que se pretende obtener una mejora.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Se estima que más del 70% de los pacientes hospitalizados han llevado en algún momento un catéter intravascular, periférico o central durante su ingreso, y aunque la incidencia de infecciones locales o sistémicas asociadas a su utilización es habitualmente baja, ocasionan morbilidad por la frecuencia con la que se usan. La flebitis es, sin duda, la complicación más frecuente de los mismos.
- Otros eventos adversos relacionados con los cuidados y que pueden repercutir en la prolongación innecesaria de las estancias hospitalarias, se mencionan en el Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación número 50 de febrero de 2021 del ISMP 2021, donde aparecen los 10 errores de mayor riesgo detectados en 2020.
- Los retrasos u omisión en la administración de medicamentos pueden presentarse como consecuencia de un manejo no adecuado de la vía venosa.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Adecuar la vía de administración de tratamiento al fármaco pautado a las alternativas que ofrece la evidencia actual:

- Priorizar la vía oral sobre la vía parenteral, siempre que sea posible
- Identificar los pacientes en los que, por el tratamiento prescrito o por las características y preferencias del paciente, estaría indicada una vía de administración distinta a la utilizada•Reducir los eventos adversos relacionados con el manejo de la vía periférica
- Valorar el grado de implementación de los protocolos de cuidados del sector.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#470

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LA VÍA DE ADMINISTRACION DE LOS TRATAMIENTOS A LAS CARACTERÍSTICAS Y PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

1. CONSTITUCIÓN DEL GRUPO DEL PROYECTO E IDENTIFICAR EL RESPONSABLE DEL MISMO

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: BEATRIZ MOLINERO GONZÁLEZ

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA E IDENTIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> ARANZAZU CAUDEVILLA MARTÍNEZ

3. ELABORACIÓN DEL EXCEL PARA LA RECOGIDA DE DATOS

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: RUTH CABALLERO ASENSIO

4. RECOGIDA DE DATOS DE HCE

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: HERNANDO ANTONIO GUARIN DUQUE

5. ANÁLISIS DE DATOS

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: CRISTINA SERRANO DEL RÍO

6. PLANIFICACIÓN DE ACCIONES OPORTUNAS(CRITERIOS E INDICADORES)

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: MARÍA EUGENIA AGUILAR CORTES DEL VALLE

7. IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.:

Responsable.: ELENA ALDEA CUENCA

8. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Fecha inicio: 01/12/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: BEATRIZ MOLINERO GONZÁLEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

No descartamos la elaboración de un cuestionario a paciente y familia, en función de los resultados iniciales obtenidos

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº profesionales formados de enfermería

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº profesionales de Enfermería que reciben la formación

Denominador .....: nº de profesionales de Enfermería del Servicio de Medicina Interna

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de firmas de personal formado

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Nº profesionales formados médicos

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: nº profesionales de Medicina que reciben la formación

Denominador .....: nº de profesionales de Medicina del Servicio de Medicina Interna

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de firmas de personal formado

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Indicador de complicaciones vías periféricas retiradas por aparición de evento adverso

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#470

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LA VÍA DE ADMINISTRACION DE LOS TRATAMIENTOS A LAS CARACTERÍSTICAS Y PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de vías periféricas retiradas por complicaciones(extravasación/flebitis/bacteriemia)  
Denominador .....: nº de pacientes portadores de vía intravenosa periférica  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

#### 4. Adecuación de la vía de administración después de la formación

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº pacientes con vía periférica que toleran dieta oral y cuyas pautas de tratamiento no requieren mantener vía  
Denominador .....: nº de pacientes con vía periférica  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

#### 5. Adecuación de la vía de administración después de la formación

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº pacientes con vía subcutánea estando indicada  
Denominador .....: nº pacientes con cualquier tipo de vía parenteral (periférica, central, SC) aún estando indicada la SC  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes Crónicos Complejos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#773

### 1. TÍTULO

#### DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD EN EL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#773 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ANTOLIN ASENSIO ISABEL

Título  
DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD EN EL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA

Colaboradores/as:  
ALCOLEA HERRERO BEATRIZ  
GARCIA NAVALON PILAR  
GARGALLO IRANZO LAURA  
MOYA LANDA MARIA  
NUÑO LANGA OLGA  
RODRIGUEZ LAPLANA ANA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la unidad de Medicina Interna hemos observado que un número importante de los pacientes que ingresan lo hacen con problemas de alimentación bien sea por pérdida apetito, dificultad en la ingesta (por problemas de masticación, deglución...), sensación nauseosa... lo que se traduce en una nutrición deficiente.

La Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE) se origina por una ingesta de nutrientes, energía y proteína inadecuados o insuficientes con respecto a los requerimientos del paciente. Esta situación en su estado nutricional nos aboca irremediablemente a otros problemas como son:

- Peor evolución y complicación del proceso del paciente.
- Incremento de la estancia hospitalaria y un coste extra sanitario.
- Riesgo de lesiones en la piel y dificultad para la cicatrización de las mismas así como edemas.
- Debilidad que les dificulta la realización de las actividades de la vida diaria y que puede llevar al paciente al abandono de estas con la consiguiente pérdida de autonomía así como, incluso, de masa muscular.
- Etc.

Por todo esto, consideramos que es muy importante realizar un cribado de todos los pacientes que ingresen en nuestra unidad con el fin de identificar el porcentaje de población que llega con desnutrición o en riesgo de padecerla.

La correcta valoración del paciente a su ingreso y después de manera periódica a lo largo de su hospitalización mediante el uso de la escala MNA (pacientes mayores de 65 años) y la MUST (menores de 65) nos aportarán la información necesaria para, por un lado, conocer la situación de nuestros usuarios y por otro, poder abordar casa situación según su estado de la forma más adecuada según su estado.

#### ÁREAS DE MEJORA

Cribado nutricional del paciente al ingreso en medicina interna. Adecuación de la dieta y/o soportes nutricionales en función del estado del paciente.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La desnutrición en el paciente de medicina interna entorpece la buena evolución del mismo incluso con un tratamiento adecuado respecto a los pacientes bien nutridos y alarga la estancia hospitalaria.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### OBJETIVO GENERAL:

- Conocer el estado nutricional de todos los pacientes que ingresen en medicina interna.
- Establecer una línea de trabajo a seguir según el estado de cada paciente.

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar la escala MNA o MUST a todos los pacientes que ingresen en medicina interna.
- Identificar la proporción de pacientes afectados o en riesgo de DRE al ingreso en Medicina Interna.
- Implementar el plan de cuidados nutricionales según el estado en que se encuentre el paciente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1- Creación del grupo de trabajo.  
Fecha inicio: 06/06/2022  
Fecha final.: 31/07/2022  
Responsable.: Isabel Antolín

2. 2- Revisión bibliográfica.  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 15/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#773

### 1. TÍTULO

#### DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD EN EL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA

Responsable.: Grupo de trabajo

3. 3- Desarrollar el plan de cuidados nutricionales según el estado de cada paciente.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Grupo de trabajo

4. 4- Formar a los profesionales sanitarios de medicina interna para la realización de la valoración del estado nutricional del paciente.

5- Desarrollar un folleto informativo.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Grupo de trabajo

5. 6- Valoración y registro en HCE de la escala MNA/MUST.

7- Registro de las ingestas por cuartiles así como de los suplementos de proteínas.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Enfermería y TACE

6. 8- Instauración del plan de cuidados nutricionales en los pacientes que lo requieran y seguimiento para realizar modificaciones si fuese preciso.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Enfermería

7. 9- Estructurar la información del plan de cuidados nutricionales: tipo de dieta, texturas, suplementos y horarios... en el informe de continuidad de cuidados

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Enfermería

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Porcentaje Cribado

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N.º de pacientes cribados en Med. Int.

Denominador .....: N.º de ingresos en Med. Int.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, CUADRO DE MANDOS

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 2. Porcentaje desnutrido de los ingresos cribados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N.º de pacientes cribados con resultado de desnutrición en M. Int.

Denominador .....: N.º de pacientes cribados en M. Int

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, CUADRO DE MANDOS

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 3. Porcentaje con riesgo de los ingresos cribados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N.º de pacientes cribados con riesgo de desnutrición en M. Int

Denominador .....: N.º de pacientes cribados en M. Int

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, CUADRO DE MANDOS

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 4. Porcentaje atendido con los estandares

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#773

### 1. TÍTULO

#### DESNUTRICION RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD EN EL PACIENTE DE MEDICINA INTERNA

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes ingresados en Med. Int. a los que se les atiende con las acciones estandarizadas  
Denominador .....: N° pacientes ingresados en Med. Int  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, CUADRO DE MANDOS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Medicina Interna

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#521

### 1. TÍTULO

#### NUEVOS RETOS EN DIAGNOSTICO POR IMAGEN. PROYECTO COLABORATIVO DE ADQUISICION DE COMPETENCIAS EN PET/TC EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR DE ARAGON

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#521 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FALGAS LACUEVA MARINA

Título  
NUEVOS RETOS EN DIAGNOSTICO POR IMAGEN. PROYECTO COLABORATIVO DE ADQUISICION DE COMPETENCIAS EN PET/TC EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR DE ARAGON

Colaboradores/as:  
ARRANZ SOLER M. PURIFICACION  
BERGES HERRANZ LAURA  
BERMUDO GARCIA EVA MARIA  
DIAZ DORMIDO ARTURO  
FERNANDEZ MARCO MARIA ARANZAZU  
TOLOSANA BIEZMA PATRICIA  
VICENTE REDONDO SONIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA NUCLEAR

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA \*MEDICINA NUCLEAR\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el segundo semestre de 2023 entrará en funcionamiento un nuevo equipo PET/TC en SALUD adquirido con los fondos Next Generation EU. Se instalará en el HUMS y dará servicio a los pacientes de la Unidad multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón (UCMHMNA). Para entonces es necesario que el personal sanitario no facultativo adscrito al HUMS adquiera competencias en el manejo de radiofármacos y pacientes PET/TC. Este proceso puede llevarse a cabo mediante un programa colaborativo horizontal, con el apoyo del personal sanitario no facultativo adscrito al HCU que sí posee las competencias necesarias.

#### ÁREAS DE MEJORA

Enfermería y Técnicos de la UCMHMNA están adscritos orgánica y funcionalmente al Hospital en el que trabajan; SALUD no ha dispuesto estrategias para su movilidad. El personal en el HUMS no ha podido adquirir competencias en PET/TC en los tres años desde la instalación del primer PET/TC en el HCU.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Retraso en la incorporación de Tecnología en SALUD.  
Falta de adecuación de la gestión de recursos humanos de SALUD a la estructura de Unidad Multihospitalaria.  
Falta de perfil específico de Enfermera de Medicina Nuclear.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Enfermería y Técnicos adquirirán competencias necesarias para atención a pacientes, circuito de paciente, adquisición de estudios, resolución de problemas, protección radiológica y control de equipamiento PET/TC.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión de constitución y puesta en marcha del equipo  
Establecimiento de un plan de trabajo. Análisis de necesidades, análisis de los protocolos actuales, diseño de acciones formativas

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 15/11/2022

Responsable.: DRA FALGAS, SUPERVISIÓN ENFERMERIA, DRA DE LA CUEVA

2. Acciones formativas en el HUMS

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: DRA FALGAS, SUPERVISIÓN ENFERMERIA, DRA DE LA CUEVA

3. Formación práctica de los componentes del equipo del HUMS en Medicina Nuclear HCU

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: DRA FALGAS, SUPERVISIÓN ENFERMERIA, DRA DE LA CUEVA

4. Formación práctica del personal HUMS en Medicina Nuclear HCU

Puesta en marcha del PET/TC en HUMS

Sesiones tras puesta: incidencias y déficits



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#521

### 1. TÍTULO

#### NUEVOS RETOS EN DIAGNOSTICO POR IMAGEN. PROYECTO COLABORATIVO DE ADQUISICION DE COMPETENCIAS EN PET/TC EN LA UNIDAD MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR DE ARAGON

Acciones de mejora  
Fecha inicio: 01/01/23  
Fecha final.: 01/01/24  
Responsable.: DRA FALGAS, SUPERVISIÓN ENFERMERIA, DRA DE LA CUEVA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cumplimiento del programa teórico  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Personal formado  
Denominador .....: Total personal  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro asistencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Cumplimiento del programa práctico  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Personal con práctica realizada  
Denominador .....: Total personal programado  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de asistencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Registro de incidencias y análisis  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: incidencias analizadas  
Denominador .....: incidencias registradas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro incidencias  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 97.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1034

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION EN LA VIGILANCIA, PREVENCION Y CONTROL DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN EL HUMS

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1034 \*\* IRAS PROA \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
LAPRESTA MOROS CARLOS

Título  
ACTUALIZACION EN LA VIGILANCIA, PREVENCION Y CONTROL DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN EL HUMS

Colaboradores/as:  
CARRILLO TORRIJO MARIA BELEN  
CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL  
CORTES RAMAS ANA MARIA  
ESTUPIÑAN VALIDO ESTEBAN  
FORTUÑO CEBAMANOS BLANCA MARIA  
GIMENEZ JULVEZ TERESA  
HERNANDEZ NAVARRETE MARIA JESUS

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA PREVENTIVA

Línea estratégica: IRAS PROA

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los microorganismos multirresistentes son aquellos que presentan un nivel de resistencia anormalmente alto a diferentes grupos de antimicrobianos no relacionados, utilizados de forma habitual en su tratamiento. Las infecciones que producen aumentan la morbilidad y la mortalidad de los pacientes, incrementan los costes de los tratamientos y el consumo de recursos, y alargan la duración de las estancias.

En los últimos años a diferentes niveles (europeo, nacional, regional...) se han diseñado y puesto en marcha varios programas encaminados a la prevención y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) y a la prevención y control de los microorganismos multirresistentes (MMR).

En este contexto, se crea a nivel nacional el Programa de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a los Cuidados Sanitarios (IRAS), implementado en Aragón desde el Departamento de Sanidad a través de la Estrategia IRAS-PROA, y desarrollado a nivel de la comunidad a través del Grupo IRAS Comunitario y en el Hospital Universitario Miguel Servet en forma del Grupo IRAS-HUMS.

#### ÁREAS DE MEJORA

Necesidad de revisar la evidencia científica disponible sobre la prevención y control de los MMR.

Necesidad de analizar del contexto epidemiológico concreto de las resistencias antimicrobianas del HUMS en particular y de la comunidad.

Necesidad de desarrollar e implantar un sistema de vigilancia de gérmenes multirresistentes que permita la identificación rápida de cualquier paciente colonizado/infectado por un MMR independientemente del hospital o ámbito asistencial en que haya sido identificado.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Los cambios en la epidemiología de las resistencias a antimicrobianos de los últimos años, con el paso de los microorganismos tradicionalmente hospitalarios a otros ámbitos como el socio sanitario, o su aparición a nivel comunitario, justifican la necesidad de una vigilancia epidemiológica estrecha que permita identificar precozmente a los pacientes infectados o colonizados por MMR, para así limitar su transmisión y optimizar su tratamiento. No existe una comunicación eficaz entre los diferentes ámbitos asistenciales, o entre los diferentes hospitales, que permitan conocer en profundidad la epidemiología y transmisión de gérmenes multirresistentes fuera de cada hospital.

Hay que aprovechar la creación de grupos específicos tanto a nivel comunitario como a nivel hospitalario (Grupo IRAS Aragón y grupo IRAS HUMS) para trabajar de la forma más coordinada posible. Además hay que aprovechar las posibilidades que una herramienta como la HCE brinda para realizar la vigilancia epidemiológica de los MMR (como se ha puesto de manifiesto con la pandemia COVID).

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Como parte de las actividades realizadas por el Grupo IRAS-HUMS se revisará la evidencia científica disponible sobre la prevención y control de los MMR, y junto con el análisis del contexto epidemiológico concreto de las resistencias antimicrobianas del HUMS, se elaborarán y actualizarán protocolos.

Se coordinará el desarrollo de una herramienta de vigilancia de MMR a partir del diseño de formularios integrados en la HCE.

Se implantará en el HUMS la nueva herramienta de vigilancia de MMR en HCE.

A partir de los resultados obtenidos de esta vigilancia se explotarán los datos para obtener informes sobre MMR que permitan la adopción de las medidas de prevención y control más apropiadas y ajustadas a la realidad del HUMS.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1034

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION EN LA VIGILANCIA, PREVENCION Y CONTROL DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN EL HUMS

1. Revisión del protocolo de MMR del HUMS

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Carlos Lapresta Moros, Esteban Estupiñán Valido

2. Aprobación y difusión del protocolo de MMR del HUMS

Fecha inicio: 1/8/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Esteban Estupiñán Valido, M<sup>a</sup> Jesús Hernández Navarrete

3. Formación al personal del contenido del nuevo protocolo. Se impartirán charlas, tanto a nivel interno del Servicio de Medicina Preventiva como a diferentes servicios con especial implicación.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Carlos Lapresta Moros, Teresa Giménez Júlvez, Ana María Cortés Ramas, José Miguel Celorrio Pascual

4. Coordinación del desarrollo de una herramienta de vigilancia de MMR a partir del diseño de formularios integrados en la HCE

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: María Jesús Hernández Navarrete, Carlos Lapresta Moros

5. Implantación en el HUMS la nueva herramienta de vigilancia de MMR en HCE

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Carlos Lapresta Moros, Belén Carrillo Torrijo

6. Explotación de la información y elaboración de informes con los resultados de la vigilancia de MMR

Fecha inicio: 01/01/2024

Fecha final.: 31/03/2024

Responsable.: Carlos Lapresta Moros, Cristian Giadach Vargas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Aprobación de la actualización del protocolo de MMR del HUMS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de protocolos de MMR actualizados en el HUMS

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Intranet, apartado de protocolos clínicos

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Proporción de pacientes con identificación de un nuevo MMR en el HUMS registrados en HCE

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de formularios de MMR registrados en HCE

Denominador .....: Nº de pacientes con identificación de un nuevo MMR en el HUMS

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: HCE (exportación de formularios de MMR) y datos proporcionados por el Servicio de microbiología

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Número de unidades formadas en la prevención y control de MMR

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de sesiones impartidas en unidades sobre la prevención y control de MMR.

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Registros de actividades formativas impartidas del Sistema de Gestión de Calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 7.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1034

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION EN LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN EL HUMANO

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1205

### 1. TÍTULO

#### REDISEÑO DEL PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE IRAS-UCIS EN HUMS

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1205 \*\* IRAS PROA \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CELORRIO PASCUAL JOSE MIGUEL

Título  
REDISEÑO DEL PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE IRAS-UCIS EN HUMS

Colaboradores/as:  
GIADACH VARGAS CRISTIAN ANDRES  
BERROZPE VILLABONA CLARA  
CORTES RAMAS ANA MARIA  
GALLEGO ROYO ALBA  
GIMENEZ JULVEZ TERESA  
LAPRESTA MOROS CARLOS

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA PREVENTIVA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: IRAS PROA

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los pacientes ingresados en las Unidades de cuidados intensivos (UCIs) tienen un alto riesgo de adquirir infecciones debido a sus enfermedades de base y a la frecuente exposición a dispositivos invasivos. Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) constituyen uno de los problemas más importantes que pueden darse en las UCIs, conllevando una mayor mortalidad y unos costes sanitarios más elevados. Los últimos resultados publicados por ENVINHELICS (Estudio nacional de vigilancia de la infección nosocomial en servicios de medicina intensiva) revelan que globalmente, el porcentaje de pacientes que adquirieron alguna infección en UCI en el 2021 fue del 10,20%. Los Servicios de UCI, Medicina Preventiva, Microbiología y Farmacia del HUMS trabajamos desde hace más de 10 años de forma organizada y coordinada para reducir las IRAS y mejorar el uso adecuado de antibióticos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Rediseñar el sistema de vigilancia de IRAS en UCI según los criterios nacionales y autonómicos. Simplificar el sistema de vigilancia aprovechando la información ya recogida en HCE de UCI y eliminando todos los pasos del proceso que no aportan valor, reduciendo la probabilidad de errores en la recogida de datos, mejorando la calidad de los registros y la eficiencia y efectividad en la vigilancia de IRAS en UCIs. Automatizar la integración de las bases de datos de IRAS con la HCE de UCI y la extracción de indicadores para disponer de información más fiable en menor tiempo, identificar antes desviaciones y áreas de mejora e implantar medidas de prevención y control de una forma más precisa, rápida y coordinada.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El sistema de vigilancia de IRAS en UCI ha quedado obsoleto y no está totalmente adecuado a los protocolos actuales de la RENAVE y del proyecto IRAS-PROA de Aragón. Actualmente los sistemas de vigilancia de IRAS-UCI que tenemos implantados requieren el registro de información en un sistema específico, suponen una gran carga de trabajo para la recogida y mecanización manual de datos disponibles en HCE (con la consiguiente carga de trabajo y posible riesgo de errores), requieren la depuración exhaustiva de las bases de datos. El cálculo manual de indicadores a partir de los registros del sistema de vigilancia específicos enlentece la toma de decisiones para la prevención y control de las IRAS.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Principal

- Mejorar la vigilancia, prevención y control de IRAS en las UCIS de adultos del HUMS, adecuándolo al protocolo de la RENAVE, haciéndolo más eficiente, más efectivo y más seguro.

##### Específicos

- Adecuar el sistema de vigilancia al protocolo de la RENAVE y a las recomendaciones de IRAS-PROA.
- Simplificar el sistema de vigilancia IRAS-UCI, integrándolo en el programa de HCE de las UCIs, para hacerlo más eficiente y más ágil.
- Automatizar la extracción de indicadores de IRAS-UCI para reducir el tiempo en que se dispone de información depurada y precisa.
- Sistematizar el proceso de mejora continua de vigilancia de IRAS en UCI para aplicar las medidas de prevención y control a partir de los datos de vigilancia de forma más precoz

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Rediseño del proceso de vigilancia en UCIS-adultos del HUMS del sistema de vigilancia de IRAS conforme al

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1205

### 1. TÍTULO

#### REDISEÑO DEL PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE IRAS-UCIS EN HUMS

Protocolo Nacional.

Fecha inicio: 02/05/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: JCP-CLM

2. Elaboración de la sistemática para la vigilancia de IRAS en UCIs de adultos

Fecha inicio: 02/05/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: JCP

3. Registro de la información de vigilancia en sistema de información de UCI Clinisoft

Fecha inicio: 2/5/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: ACR-TGJ-JCP

4. Elaborar e implantar la sistemática para la exportación de datos y cálculo semiautomatizado de indicadores que cumpla los criterios de la RENAVE

Fecha inicio: 30/6/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: CLM-CBV-ACL-JCP

5. Elaboración del panel de indicadores

Fecha inicio: 1/9/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: CLM-CBV

6. Emisión y difusión de informes de resultados

Fecha inicio: 1/1/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: CLM-ACR-TGJ-JCP

7. Sistematizar el proceso de mejora continua para prevención y control de IRAS en UCI

Fecha inicio: 1/9/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: ACL-JCP-ACR-TGJ-CLM-MHN-BCT

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes ingresados en UCI más de 48h incluidos en la vigilancia de IRAS-UCI en el periodo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de pacientes con estancia en UCI de adultos de >48h incluidos en el sistema de vigilancia en el periodo

Denominador .....: Total de pacientes ingresados en UCI de adultos >48h en el periodo

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: HCE UCI adultos

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Informes de IRAS UCI evaluados que incluyan acciones de mejora

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de informes de IRAS UCI realizados en el periodo con análisis de resultados y propuesta de acciones de mejora

Denominador .....: 1 año

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Registro informes

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1205

### 1. TÍTULO

#### REDISEÑO DEL PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE IRAS-UCIS EN HUMS

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1251

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ELIMINACION DE VELLO QUIRURGICO

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1251 \*\* IRAS PROA \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CARRILLO TORRIJO MARIA BELEN

Título  
PROTOCOLO DE ELIMINACION DE VELLO QUIRURGICO

Colaboradores/as:  
ESTEBAN SOMOLINOS LAURA  
MILIAN PEREZ MARGARITA  
MONGE VAZQUEZ ALEJANDRA  
NAVARRO INUÑEZ M. LUZ  
PEREZ VALENZUELA ANA ROSA  
RUBIO SANCHO MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA PREVENTIVA

Línea estratégica: IRAS PROA

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) son un problema de Salud Pública prioritario, tanto por la elevada morbilidad y mortalidad que ocasiona como por el coste económico que representa. Los últimos datos del estudio EPINE (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España), del año 2021, estimó que el 7,81% de los pacientes hospitalizados presentaron alguna infección nosocomial (IN) y un 20,86% fueron infecciones de localización quirúrgica (ILQ). Las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) son un problema de Salud Pública prioritario, tanto por la elevada morbilidad y mortalidad que ocasiona como por el coste económico que representa. Los últimos datos del estudio EPINE (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España), del año 2021, estimó que el 7,81% de los pacientes hospitalizados presentaron alguna infección nosocomial (IN), siendo las infecciones de localización quirúrgica (ILQ) las más frecuentes (20,86% de las IN). La Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 del Sistema Nacional de Salud. (SNS), señala el objetivo específico de "Impulsar un programa para la prevención y el control de las ILQ a nivel SNS". Para ello se impulsó el proyecto Infección Quirúrgica Zero con la propuesta de implantar y auditar el cumplimiento de medidas preventivas con evidencia científica de su eficiencia. Entre todas medidas las 3 básicas son: Adecuación de la profilaxis antibiótica; Pincelado con clorhexidina alcohólica al 2% y Eliminación correcta del vello (EV). La evidencia evalúa, de modo consistente, la efectividad preventiva (respecto al rasurado) en cifras de: 45% (uso de cortadoras de pelo), 40% (depilación a la cera) y 44% (no eliminar el vello). Es una medida de bajo coste y sin riesgos para el paciente, que está íntimamente relacionada con la higiene pre-quirúrgica del paciente que supervisan normalmente los profesionales de enfermería. Hay por tanto unanimidad en no recomendar la EV o hacerlo con cortadoras o depilación química en vez de hacerlo con rasuradora y hacerlo, si procede, el mismo día de la cirugía. La Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 del Sistema Nacional de Salud. (SNS) en su Objetivo General 2.2, consistente en "Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria", se señala el objetivo específico de "Impulsar un programa para la prevención y el control de las ILQ a nivel SNS". Para ello se impulsó el proyecto Infección Quirúrgica Zero con la propuesta de implantar y auditar el cumplimiento de medidas preventivas con evidencia científica de su eficiencia. Entre todas medidas las 3 básicas son: Adecuación de la profilaxis antibiótica; Pincelado con clorhexidina alcohólica al 2% y Eliminación correcta del vello (EV). La evidencia evalúa, de modo consistente, la efectividad preventiva (respecto al rasurado) en cifras de: 45% (uso de cortadoras de pelo), 40% (depilación a la cera) y 44% (no eliminar el vello). Es una medida de bajo coste y sin riesgos para el paciente, que está íntimamente relacionada con la higiene pre-quirúrgica del paciente que supervisan normalmente los profesionales de enfermería. Hay por tanto unanimidad en no recomendar la EV o hacerlo con cortadoras o depilación química en vez de hacerlo con rasuradora y hacerlo, si procede, el mismo día de la cirugía.

#### ÁREAS DE MEJORA

Incrementar cultura de seguridad en el área quirúrgica.  
Protocolizar de forma detallada las indicaciones de correcta EV por procedimientos.  
Implementar un ciclo de mejora continua en medidas de prevención de ILQ en quirófano.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Los avances quirúrgicos han derivado en un incremento cuantitativo y cualitativo de los procedimientos quirúrgicos que han ido adaptando las medidas de una forma individualizada y poco coordinada. La diversidad de especialidades quirúrgicas complica la coordinación.  
La introducción de medidas preventivas y conceptos como seguridad, cirugía segura, en la mayoría de las ocasiones solo han conseguido un incremento del número de registros dudosamente eficaces para un objetivo de mejora continua en la prevención de ILQ.  
A pesar de la evidencia, se siguen observando eventos adversos (rasguños, abrasiones, heridas) por praxis no adecuadas en la EV.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1251

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ELIMINACION DE VELLO QUIRURGICO

General:

- Minimizar la incidencia de ILQ

Específicos:

- Desarrollo de protocolo de eliminación vello de la zona quirúrgica por procedimientos

- Disminuir los eventos adversos en la EV

- Implantar un modelo de mejora continua respecto a medidas de prevención de ILQ

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización del Protocolo de eliminación del vello quirúrgico

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Belén Carrillo Torrijo

2. Difusión y formación al personal de las Unidades de Cuidados de enfermería de las plantas Quirúrgicas

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/03/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Belén Carrillo Torrijo y colaboradores

3. Revisión y adecuación del material necesario para la eliminación del vello.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Belén Carrillo Torrijo y TCAEs de las Unidades.

4. Revisión de pacientes en Acogida del bloque quirúrgico.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Responsables de acogida quirúrgica

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Aprobación del protocolo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de protocolos de eliminación del vello quirúrgico aprobados en HUMS

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Intranet, apartado de protocolos clínicos.

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Comprobación de la eliminación del vello

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes a los que se les ha eliminado el vello siguiendo las indicaciones del protocolo

Denominador .....: Total de pacientes que precisan la eliminación del vello como preparación antes de una

intervención quirúrgica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Audit de medicina Preventiva en Acogida del bloque quirúrgico

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Formación del personal de enfermería

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de sesiones realizadas

Denominador .....: Total de sesiones programadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de actividades formativas impartidas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1251

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ELIMINACION DE VELLO QUIRURGICO

---

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1035

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION PARA LA OPTIMIZACION EN EL DIAGNOSTICO DE TRICHOMONAS VAGINALES Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN MUESTRAS DE SEDIMENTO DE ORINA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1035 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA

Título  
COORDINACION PARA LA OPTIMIZACION EN EL DIAGNOSTICO DE TRICHOMONAS VAGINALES Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN MUESTRAS DE SEDIMENTO DE ORINA

Colaboradores/as:  
BANCALERO FLORES JOSE LUIS  
FRANCO FOBE LAURA EVA  
FRUTOS MILLAN VIOLETA  
MENDOZA LOPEZ CLAUDIA  
PADILLA APUNTATE NURIA  
PUERTO CABEZA CARMEN GRACIA  
SANTAMARIA GONZALEZ MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Trichomonas vaginalis es el agente etiológico de la tricomoniasis, la infección de transmisión sexual (ITS) no viral más prevalente en todo el mundo y un problema de salud mundial generalizado. Los síntomas pueden ser relativamente leves, y la falta de evidencia de cualquier secuela grave han llevado históricamente a que esta enfermedad esté poco diagnosticada y poco investigada. La infección por T. vaginalis es asintomática en al menos el 50% de las mujeres y el 80% de los hombres, su transmisión es casi exclusivamente sexual. La creciente evidencia de que la infección por T. vaginalis está asociada con otras infecciones con alta morbilidad tanto en hombres como en mujeres ha aumentado los esfuerzos para diagnosticar y tratar a los pacientes infectados por este parásito. Está descrita su asociación con cuadros de vaginosis bacteriana, infecciones por Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, VHS, sífilis y VIH, del que facilita su transmisibilidad y adquisición. La patología de la tricomoniasis es el resultado del daño al epitelio del huésped, causado por una variedad de procesos durante la infección. Trabajos recientes han puesto de relieve las complejas interacciones entre el parásito y el huésped. Clásicamente el diagnóstico de T. vaginalis se realiza por la visualización en fresco gracias a su característico flagelo y motilidad. Las pruebas de detección de ácidos nucleicos (TAAN) actualmente son la técnica de elección, permitiendo además detectar otras ITS asociadas. El tratamiento de la tricomoniasis está recomendado tanto en los pacientes sintomáticos como asintomáticos, y en sus parejas sexuales, aconsejándose realizar un cribado que descarte la coexistencia de otras ITS. El régimen de tratamiento recomendado actualmente es Metronidazol o Tinidazol 2 g. vo en pacientes seronegativos a VIH, Metronidazol 2 g. vo en gestantes y pautas más prolongadas (Metronidazol 500 mg lcomp/12h vo 7 días) en pacientes seropositivos y ante fallos de tratamiento, cuya causa principal será la reinfección y la falta de adherencia al tratamiento. Se aconseja la abstinencia sexual hasta 7 días tras la toma antibiótica. Se recomienda realizar un test de control a los 3 meses a los infectados por alta probabilidad de reinfección. Este test estará claramente indicado en pacientes VIH y ante recurrencia o no resolución de los síntomas.

#### ÁREAS DE MEJORA

El Servicio de Bioquímica Clínica realiza el análisis de las muestras de orina recibidas. Si se observan al microscopio óptico T. vaginalis se informan con el resto de resultados del sedimento urinario y, en algunos casos se ha detectado que los pacientes no son tratados y/o seguidos según las guías de práctica clínica, ni se les realizan pruebas complementarias para descartar otras ITS. Por esto el Servicio de Microbiología y Servicio de Bioquímica Clínica, proponen el siguiente proyecto para la mejora en la detección, control y tratamiento de esta ITS, e identificación de otras posibles asociadas. La propuesta de este proyecto consiste en realizar una prueba de TAAN en esas mismas muestras para diagnosticar en un solo paso otras posibles ITS acompañantes. La sistemática sería la siguiente: el Servicio de Bioquímica deriva la muestra al Servicio de Microbiología para que puedan realizarse el resto de los estudios de ITS, y envía una notificación al médico solicitante. Tras la confirmación por el Servicio de Microbiología se emite una alerta al médico solicitante para interrumpir sin demoras la cadena epidemiológica de transmisión y evitar nuevos contagios, se le aconseja realizar serología de Virus de hepatitis B y C, VIH y sífilis, pruebas en sus contactos y toma de nuevas muestras si lo considera pertinente.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Se desconoce la causa por la que algunos pacientes no son tratados y/o seguidos según las guías de práctica clínica, ni se les realizan pruebas complementarias para descartar otras ITS cuando el diagnóstico se realiza en el sedimento urinario, Posiblemente sea porque no es una prueba que se haya solicitado o inesperada. Al verse reflejada en un resultado de Microbiología y crear la alerta esperamos que esta situación cambie

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1035

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION PARA LA OPTIMIZACION EN EL DIAGNOSTICO DE TRICHOMONAS VAGINALES Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN MUESTRAS DE SEDIMENTO DE URINA

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Notificar al médico de atención primaria la presencia de Trichomonas vaginalis.  
Confirmar el diagnóstico de Trichomonas vaginalis visionadas en sedimento de orina.  
Identificar otras posibles ITS en esa misma muestra.  
Alertar a solicitantes la necesidad de tratamiento.  
Control de erradicación tras el tratamiento.  
Identificación de otras ITS por serología u otras muestras.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Notificación de la posible presencia de T. vaginalis al solicitante  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 01/07/2023  
Responsable.: M. Santamaría y J.L. Bancalero
2. Creación de la petición y envío de la muestra al Servicio de Microbiología, tras la visión en fresco de Trichomonas spp en el sedimento urinario desde el Servicio de Bioquímica Clínica.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 01/07/2023  
Responsable.: M. Santamaría y J.L. Bancalero
3. Realización y validación de PCR de ITS en muestras de orina sospechosas de Trichomonas spp.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 01/07/2023  
Responsable.: A. Milagro y C. Mendoza
4. En caso de positividad envío de alerta a su Centro Atención Primaria de procedencia.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 01/07/2023  
Responsable.: A. Milagro y C. Mendoza
5. Revisión en la HCE de la instauración del tratamiento y registro en formato Excel  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: L. Franco y V. Frutos
6. Revisión en la HCE de la instauración del tratamiento y registro en formato Excel  
Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 01/07/2023  
Responsable.: C. Gracia y N Padilla
7. Seguimiento del paciente durante los 3 meses siguientes para registro de envío de otras muestras por detección de ITS.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: L. Franco y V. Frutos
8. Seguimiento del paciente durante los 3 meses siguientes para registro de envío de otras muestras por detección de ITS.  
Fecha inicio: 31/12/2022  
Fecha final.: 01/07/2023  
Responsable.: C. Gracia y N Padilla

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Evaluación y seguimiento de indicadores. Todo el grupo Trimestral durante todo el periodo.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Muestras que se derivan a Microbiología  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de muestras informadas por Bioquímica con presencia de Trichomonas spp. en el sedimento  
Denominador .....: Número de muestras a las que se amplía el estudio para PCR de ITS en Microbiología  
x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1035

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION PARA LA OPTIMIZACION EN EL DIAGNOSTICO DE TRICHOMONAS VAGINALES Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN MUESTRAS DE SEDIMENTO DE URINA

Fuentes de datos.: Sistema informatico de los laboratorios

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Número de muestras en las que se realiza el estudio

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de orinas derivadas por Bioquímica recibidas en Microbiología

Denominador .....: Número de orinas recibidas en Microbiología en las que se realiza PCR de ITS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Sistema informatico de los laboratorios

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. 00

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes que reciben tratamiento tras la detección

Denominador .....: Número de pacientes que no reciben tratamiento tras la detección

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Revisión de Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Número de pacientes en los que se realiza cribaje de ITS en otras muestras

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes en los que se realiza estudio de ITS en otras muestras diferentes a la enviada al Servicio de Bioquímica. (Serología y otras muestras.)

Denominador .....: Número de pacientes en los que no se realiza estudio de ITS en otras muestras diferentes a la enviada al Servicio de Bioquímica. (Serología y otras muestras.)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Sistema informatico de los laboratorios

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

5. Número de pacientes en los que se realiza el seguimiento

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes en los que se realiza el seguimiento para confirmar la erradicación de la infección

Denominador .....: Número de pacientes en los que No se realiza el seguimiento para confirmar la erradicación de la infección

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Sistema informatico de los laboratorios

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Los indicadores se medirán en todas las muestras donde se haya observado en el sedimento urinario formas compatibles con T. vaginalis, en los pacientes de todas las procedencias

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1223

### 1. TÍTULO

#### AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA UNE EN ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1223 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
EGIDO LIZAN M. PILAR

Título  
AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA UNE EN ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Colaboradores/as:  
VIÑETA VALDEVIRA VICTOR  
ARIZA SAMPER MONICA PILAR  
FORTUÑO CEBAMANOS BLANCA MARIA  
LAVILLA FERNANDEZ M.JOSE  
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION  
PALACIOS MIGUEL YOLANDA  
VIÑUELAS BAYON JESUS MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
El Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet está acreditado según norma UNE EN ISO15189 en diferentes áreas desde el año 2009.

La acreditación de sus técnicas repercute directamente en la seguridad del paciente, garantizando a los clínicos que toman decisiones y sobre todo para el paciente, que es el último beneficiado, que toda la información que aparece en su informe que estos resultados son fiables y técnicamente competente, ya que han pasado un proceso riguroso de evaluación a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.  
En la actualidad se está trabajando para conseguir una progresiva ampliación del alcance de acreditación en las diferentes áreas, entre ellas la Sección de Micobacterias hasta conseguir la acreditación total del Laboratorio

#### ÁREAS DE MEJORA

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido la mejora continua y una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar al mayor número de técnicas y secciones, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en todo el Laboratorio

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Principalmente la falta de tiempo es la que no permite ampliar la acreditación a mayor número de técnicas

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El Servicio de Microbiología inició la acreditación en la NORMA UNE EN ISO 15189 el año 2009. Desde entonces y gracias a la colaboración y esfuerzo de todo el personal del Servicio, el objetivo que se propone es mantener las técnicas ya acreditadas, actualizar los documentos necesarios y ampliar al alcance la de la acreditación

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión del PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS Detección de Virus Gastrointestinales (Adenovirus, Astrovirus, Norovirus, Rotavirus)  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 01/07/2023  
Responsable.: P. Egido

2. Ampliación del alcance de acreditación con la técnica : Interferón gamma (IGRA) en tuberculosis  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 01/12/2022  
Responsable.: J. Viñuelas

3. Revisión del PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS:DETECCIÓN DE Staphylococcus aureus RESISTENTE A METICILINA POR CULTIVO EN MUESTRAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 01/07/2023  
Responsable.: B. Fortuño

4. Revisión del PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS: DETECCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE HONGOS DERMATOFITOS EN PIEL, PELO O

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1223

### 1. TÍTULO

#### AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA UNE EN ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

UÑAS

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: C. López

5. Revisión del PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS: DIAGNOSTICO MICROBIOLÓGICO (CULTIVO) DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: M.J. Lavilla

6. Ayuda a las revisiones de los procedimientos anteriormente indicados y cumplimentación adecuada de los formatos de calidad

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: MP Ariza y V. Viñeta

7. Control de Cualificación del personal técnico implicado

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: Y. Palacios

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Redacción de nuevos Procedimientos Técnicos de Análisis para la ampliación del alcance

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: NA

Denominador .....: NA

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Informe de Auditoria

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Revisión y actualización de Procedimientos Técnicos de Análisis para la mantenimiento del alcance

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de Procedimientos Técnicos revisados

Denominador .....: Número de Procedimientos Técnicos no revisados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documentación de calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

3. Registros actualizados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de registros actualizados

Denominador .....: Número de registros no actualizados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documentación de calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 6.00

4. Ficha de Cualificación del personal técnico implicado

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Numero de personal técnico con fichas de de Cualificación

Denominador .....: Numero de personal técnico con fichas de de Cualificación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documentación de calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1223

### 1. TÍTULO

**AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE ACREDITACION ENAC SEGUN NORMA UNE EN ISO 15189 EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1253

### 1. TÍTULO

#### AVANZANDO HACIA EL PETITORIO ELECTRONICO: COLABORACION CON CENTRO DE GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATIVOS (CGIPC)

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1253 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
REZUSTA LOPEZ ANTONIO

Título  
AVANZANDO HACIA EL PETITORIO ELECTRONICO: COLABORACION CON CENTRO DE GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATIVOS (CGIPC)

Colaboradores/as:  
ASPIROZ SANCHO MARIA CARMEN  
BURILLO NAVARRETE NATALIA  
GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL  
LOPEZ CALLEJA ANA ISABEL  
MARTON AGUIRRE FRANCISCO JAVIER  
MILAGRO BEAMONTE ANA MARIA  
TORRES SOPENA LUIS

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las solicitudes de pruebas a Microbiología presentan dificultades para ser correctamente cumplimentadas, por un lado, el formato actual no es adecuado, ya que no se encuentran las pruebas para realizar las solicitudes de forma fácil, lo que supone un mayor gasto de tiempo, y adicionalmente no están reflejadas todas las pruebas ya que existen dificultades para actualizarlo al no depender de Microbiología. Todo ello puede retrasar el procesamiento de algunas muestras y además, esta situación supone contactar con los facultativos o enfermería para las comprobaciones necesarias, provocando pérdida de eficacia, eficiencia y efectividad.

En ocasiones, esta situación obliga a que en los Servicios de Microbiología se tengan que adaptar peticiones de forma manual, lo que dificulta seriamente la posibilidad de recepción automática de las muestras, aumentando de esta manera la necesidad de personal en preanalítica

La posibilidad de la automatización total de los cultivos, hará que no sea posible la recepción automática de muchas de las muestras microbiológicas, si la petición está incorrectamente realizada puede ocasionar que las muestras se procesen de forma inadecuada y, como consecuencia, se tengan que reprocesar, con el consiguiente retraso y disminución de la seguridad del paciente.

En la última reunión de IRASPROA, desde el servicio de Microbiología, se propuso que se creara un petitorio para Aragón que facilitase el seguimiento de los pacientes en la historia Clínica. Este aspecto se ha mejorado muchísimo en la gestión COVID, ya que había una petición única integrando de esa forma los resultados para toda la comunidad de Aragón.

En varios Servicios y Unidades de Microbiología cuentan con el sistema informático del laboratorio (SIL) de HORUS, responsable del programa informático SIGLO y MILENIO, con el que se está trabajando para integrarse en la historia clínica electrónica, debiendo adaptarse para todos los laboratorios de Microbiología, al menos los que tienen SIL de HORUS, así como a las necesidades de los diferentes facultativos responsables de realizar peticiones.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora del formato de solicitud de pruebas Microbiológicas

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Formato inadecuado, tanto en facilidad de uso como la dificultad de modificación para añadir/ adecuar las pruebas

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

? Planificar reuniones con IRASPROA, Microbiología y Horus para plantear la implantación de la petición unificada para Aragón,

? Plantear reuniones con responsables de historia clínica, Horus y Microbiología para buscar la adaptación de ambos sistemas

? Establecer contactos con Historia Clínica para adaptarlo a sus características

? Contactar con facultativos para evaluar la pertinencia de lo diseñado

? Planificar reuniones con Horus y Microbiología

? Informar a la dirección de los avances mensualmente

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Desarrollo de prototipo de la petición y envío de las muestras al Servicio de Microbiología

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1253

### 1. TÍTULO

#### AVANZANDO HACIA EL PETITORIO ELECTRONICO: COLABORACION CON CENTRO DE GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATIVOS (CGIPC)

Responsable.: Ana Isabel López Calleja, Ana Milagro. Natalia Burillo

#### 2. Colaboración historia clínica

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Juan Manuel García Lechuz Moya

#### 3. Contactar con los solicitantes

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Luis Torres Sopena, Antonio Rezusta, Carmen Aspiroz

#### 4. Colaborar con IRASPROA

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Ana Isabel López Calleja, Antonio Rezusta, Ana Milagro

#### 5. Relación CGIPC

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Ana María Milagro Beamonte, Juan Manuel García Lechuz Moya

#### 6. Integración multidisciplinar

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Francisco Javier Martón, Antonio Rezusta, Carmen Aspiroz, Luis Torres Sopena,

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Desarrollo de prototipo de la petición y envío de las muestras al Servicio de Microbiología

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Existencia prototipo

Denominador .....: No existencia prototipo

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Documento del prototipo

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

#### 2. Colaboración con responsables de historia clínica

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de reuniones mantenidas con responsables de historia clínica

Denominador .....: Número de reuniones programadas con responsables de historia clínica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Actas de reunión

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 3. Contactar con los solicitantes

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de reuniones mantenidas con solicitantes

Denominador .....: Número de reuniones programadas con solicitantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Actas de reunión

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 4. Colaborar con IRASPROA

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de reuniones mantenidas con IRASPROA

Denominador .....: Número de reuniones programadas con IRASPROA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Actas de reunión

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1253

### 1. TÍTULO

#### AVANZANDO HACIA EL PETITORIO ELECTRONICO: COLABORACION CON CENTRO DE GESTION INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATIVOS (CGIPC)

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 5. Relación CGIPC

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de reuniones mantenidas con CGIPC  
Denominador .....: Número de reuniones programadas con CGIPC  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Actas de reunión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1257

### 1. TÍTULO

#### REUNIONES PERIODICAS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA CON UCIS Y HEMATOLOGÍA DESDE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR PARA EVALUACION Y MEJORA DEL VALOR DEL DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1257 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION

Título  
REUNIONES PERIODICAS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA CON UCIS Y HEMATOLOGÍA DESDE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR PARA EVALUACION Y MEJORA DEL VALOR DEL DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO

Colaboradores/as:  
NICOLAU CANO CRISTINA  
VIÑETA VALDEVIRA VICTOR  
ARIZA SAMPER MONICA PILAR  
GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL  
LAVILLA FERNANDEZ M.JOSE  
PALACIOS MIGUEL YOLANDA  
SANZ SANZ SARA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una de las actividades que se ofrece a los servicios como actividad interdisciplinaria son las reuniones con otras unidades o servicios, estas son habituales con unidades de UCI de adultos y niños, así como hematología. Dependiendo de la unidad son una vez a la semana, o una vez al mes (UCI pediátrica), en estas reuniones se analizan todos los aspectos relacionados con las infecciones en base a los resultados microbiológicos, con especial énfasis en la seguridad del paciente, el uso adecuado de antimicrobianos, y la vigilancia y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria y los gérmenes multirresistentes, en el contexto del funcionamiento de los grupos IRAS-PROA. Todos los facultativos de los servicios implicados, residentes y estudiantes, enfermería y miembros de la dirección del hospital, en función de los temas tratados, tienen acceso a las mismas. Microbiología, Medicina Preventiva y Farmacia son miembros permanentes. Los cambios que se han producido y que se van a producir en el procesamiento de las muestras en Microbiología van a permitir adelantar las decisiones clínicas o epidemiológicas que tengan que ver con el diagnóstico microbiológico. Este enfoque favorece el trabajo en "una salud", ya que se incluyen aspectos no sólo de paciente, sino también epidemiológicos, estructurales y ambientales

#### ÁREAS DE MEJORA

Registro y análisis de las actividades realizadas para optimizar el manejo de pacientes infecciosos en áreas críticas  
Facilitar la comunicación de resultados microbiológicos en dichas áreas críticas

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En algunas ocasiones se ha observado la existencia de dificultades de interpretación y /o demora de algunos resultados microbiológicos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Lean: Promover que se registre en el frasco de hemocultivo la hora de recogida y tiempo de registro en el laboratorio  
Formación en los requisitos de la norma ISO 15189, en relación a tomas de muestra microbiológicas  
Propuestas de mejora en el diagnóstico microbiológico, implementación de petición, valorar si alguna determinación no aporta valor, No hacer  
Evaluar la posibilidad de envío del hemocultivo el por tubo neumático, ya que el celador puede tener que hacer otras funciones que impidan su transporte sin demora  
Registro de propuesta de medidas epidemiológicas en función de los resultados microbiológicos en las reuniones  
Registro del valor de la solicitud de pruebas rápidas en la modificación de la actuación sobre la seguridad del paciente.  
Registro del valor de las llamadas y comunicaciones de microbiología medido por la intención de tratar y posteriormente muestras seleccionadas para comprobar que la intención de tratar se ha aplicado  
Medida aleatoria del valor del cambio en la seguridad del paciente a raíz de las llamadas  
Evaluación mensual del valor de las llamadas realizadas  
Evaluación trimestral de las incidencias en las muestras de estos servicios y traslado a los mismos, ya que afecta a la seguridad del paciente  
Evaluación brotes y pseudobrotes, y necesidad de implementar

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1257

### 1. TÍTULO

#### REUNIONES PERIODICAS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA CON UCIS Y HEMATOLOGÍA DESDE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR PARA EVALUACION Y MEJORA DEL VALOR DEL DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO

1. Lean: Promover el registro de la hora de recogida en los frascos de hemocultivo, midiendo los retrasos y en función de los mismo valorar la posibilidad de remitirlos por tubo neumático

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> José Lavilla

2. Formación en los criterios de la norma ISO 15189 para la recogida y transporte de muestras de Microbiología

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Yolanda Palacios

3. Evaluar la posibilidad de envío del hemocultivo el por tubo neumático, para ello se hará Lean y si hay demoras que superan la hora, se probará el envío por tubo neumático

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Yolanda Palacios, M<sup>a</sup> José Lavilla

4. Evaluar el número de posibles brotes y pseudobrotes

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Concepción Lopez

5. Reuniones con UCI y Hematología

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Todo el grupo

6. Detectar las determinaciones rápidas que aportan valor

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Concepción Lopez y JM Garcia Lechuz

7. Registro de propuesta de medidas epidemiológicas en función de los resultados microbiológicos

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Todo el grupo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Promover el registrar la hora de recogida en los frascos de hemocultivo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de hemocultivos recibidos con registro de hora de la toma

Denominador .....: Numero total de hemocultivos recibidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro en SIL (Sistema informático del laboratorio)

Hoja excel

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

2. Formación en los criterios de la norma ISO 15189 para la recogida y transporte de muestras

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de acciones formativas realizadas

Denominador .....: Número de acciones formativas programadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Actas de reunión

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

3. Evaluar el número de posibles brotes y pseudobrotes

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de posibles brotes y pseudobrotes evaluados

Denominador .....: número de posibles brotes y pseudobrotes

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1257

### 1. TÍTULO

#### REUNIONES PERIODICAS DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA CON UCIS Y HEMATOLOGÍA DESDE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR PARA EVALUACION Y MEJORA DEL VALOR DEL DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Actas de reunión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

4. Reuniones con UCI y Hematología  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de reuniones realizadas  
Denominador .....: Número de reuniones programadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Actas de reunión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#206

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION DEL PROCESO DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

Fecha de entrada: 21/06/2022

Nº de registro: 2022#206 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
LOU ARNAL LUIS MIGUEL

Título  
INFORMATIZACION DEL PROCESO DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

Colaboradores/as:  
ALADREN GONZALVO DANIEL JOAQUIN  
ALADREN REGIDOR MARIA JOSEFA  
GOMEZ BAILO SHEILA  
GUTIERREZ DALMAU ALEX  
MORA LOPEZ PAULA  
PAUL RAMOS FRANCISCO JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEFROLOGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Este proyecto de calidad pretende informatizar la gestión de Lista de Espera de Trasplante Renal de nuestra Comunidad Autónoma. Actualmente los documentos necesarios para la valoración e inclusión en Lista de Espera de Trasplante Renal de Aragón por parte de los Servicios de Nefrología, Urología, Inmunología y Anestesia se remiten por distintas vías: en parte enviado a secretaría, en papel archivados en Historia Clínica Hospitalaria, por correo electrónico, informes en intranet, etc. Por otra parte no es viable un feed-back que permita un contacto fluido entre el equipo multidisciplinar implicado en el estudio del paciente candidato a trasplante renal

#### ÁREAS DE MEJORA

Inclusión en Lista de Espera Autonómica de Trasplante Renal de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica de Aragón

#### ANALISIS DE CAUSAS

Mejora de la Coordinación entre los distintos Servicios de Nefrología de la Comunidad Autónoma y de los Servicios del Hospital Universitario Miguel Servet Miguel Servet que participan en el Programa de Trasplante renal Autonómico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Pretendemos informatizar la gestión de Lista de Espera de Trasplante Renal Autonómica con dos objetivos:

- Facilitar el envío de los distintos informes clínicos para valoración del paciente, garantizando una protocolización del proceso y su recepción en la Consulta de Lista de Espera renal.
- Facilitar la comunicación entre el equipo multidisciplinar implicado en el estudio del paciente candidato a trasplante renal que permita:
  - o Reevaluar de forma conjunta pacientes complejos
  - o Revisar la situación clínica de los pacientes periódicamente
  - o Mantener una información fluida sobre la situación del paciente en lista de espera: incluido en estudio, exclusión temporal, exclusión definitiva, trasplante realizado y éxitus.
  - o Retirar papel en la gestión de la lista de espera
  - o Evitar errores en la transmisión de información

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Definición del proceso de inclusión en Lista de Espera de Trasplante Renal: Protocolo de inclusión en lista de espera conjunta

Fecha inicio: 20/06/2022  
Fecha final.: 20/06/2023  
Responsable.: Luis Miguel Lou Arnal

3. Protocolización del envío de los datos clínicos y pruebas complementarias a través de la Historia Electrónica

Fecha inicio: 22/06/2022  
Fecha final.: 20/06/2023  
Responsable.: Alex Gutiérrez Dalmau

4. Protocolización del envío de información entre los componentes del equipo multidisciplinar

Fecha inicio: 22/06/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#206

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION DEL PROCESO DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

Fecha final.: 20/06/2023

Responsable.: Alex Gutiérrez Dalmau

5. Envío de listados para que cada servicio de Nefrología conozca la situación de sus pacientes en Lista de Espera

Fecha inicio: 22/06/2022

Fecha final.: 20/06/2023

Responsable.: Alex Gutiérrez Dalmau

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. Pacientes incluidos en Lista de Espera de Trasplante Renal a través de HCE

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº pac. incluidos en LE de Trasplante renal a través de HCE

Denominador .....: Nº pac. incluidos en LE de Trasplante renal

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Existencia de protocolo de inclusión en lista de espera de trasplante renal

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Existencia de protocolo

Denominador .....: Existencia de protocolo

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro de protocolos intranet

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1025

### 1. TÍTULO

#### GUÍA DE INDICACIONES EN EL TRASPLANTE RENAL. INFORMACION PRACTICA DESPUES DEL TRASPLANTE RENAL

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1025 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
FERNANDEZ NUÑEZ MANUEL

Título  
GUÍA DE INDICACIONES EN EL TRASPLANTE RENAL. INFORMACION PRACTICA DESPUES DEL TRASPLANTE RENAL

Colaboradores/as:  
FERRER LOPEZ EMILIA  
GOMEZ BAILO SHEILA  
GOMEZ RAMIREZ ALFONSO  
GRACIA GARCIA OLGA  
GUTIERREZ DALMAU ALEX  
PERALTA ROYO M. CARMEN  
USIETO ALLUE ROSA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEFROLOGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La realización de un trasplante renal modifica aspectos fundamentales de la vida del paciente: cuidados, dieta, ejercicio, revisiones, medicación, etc. La atención integral al paciente trasplantado implica una adecuada formación en estos aspectos, que van a permitir un mejor autocuidado y una mejor evolución del trasplante.

#### ÁREAS DE MEJORA

Información autocuidados trasplante renal al alta hospitalaria

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Complejidad en autocuidados y cambios en estilo de vida tras el trasplante renal

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Realizar una Guía de indicaciones en el trasplante renal.
- Revisar estas recomendaciones al alta hospitalaria.
- Resolver dudas y reforzar autocuidados en las revisiones del paciente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Durante la estancia hospitalaria del paciente tras la realización de un trasplante renal se revisarán la información y recomendaciones establecidas en la Guía de indicaciones en el trasplante renal.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Rosa María Usieto Asue

2. Estas recomendaciones y las dudas que surjan se revisarán al alta hospitalaria y en las revisiones en la consulta de trasplante renal.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Sheila Gómez Bailo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Información completada a > 80 % de los pacientes.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes trasplantados con información completada

Denominador .....: Total de pacientes trasplantados

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro interno

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1025

### 1. TÍTULO

#### GUÍA DE INDICACIONES EN EL TRASPLANTE RENAL. INFORMACION PRACTICA DESPUES DEL TRASPLANTE RENAL

2. Detección cualitativa por parte de enfermería en hospital y consulta de dudas más habituales

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes trasplantados con información completada

Denominador .....: Total de pacientes trasplantados

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro interno

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 94.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1028

### 1. TÍTULO

#### ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA TRAS LA REALIZACION DE UN TRASPLANTE RENAL

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1028 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
USIETO ALLUE ROSA MARIA

Título  
ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA TRAS LA REALIZACION DE UN TRASPLANTE RENAL

Colaboradores/as:  
CID ANTORAN LUNA  
GRACIA GARCIA OLGA  
MARTIN PEREZ MARIA  
MAYORAL LACOMA ALICIA  
PARRA MONCASI EDUARDO  
RAMIREZ SANCHEZ MARIA CRUZ  
RUBIO PINILLA RAQUEL

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEFROLOGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
La atención integral al paciente trasplantado implica una valoración por parte del mismo de los cuidados recibidos durante el proceso de trasplante renal.

ÁREAS DE MEJORA  
Proceso de alarma y realización de trasplante renal

ANALISIS DE CAUSAS  
Complejidad de procesos

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
- Valorar la experiencia del paciente sobre la asistencia sanitaria recibida durante el ingreso.  
- Detectar oportunidades de mejora para establecer cambios en el proceso de trasplante renal.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. En una encuesta individual anónima y voluntaria se recogen:  
1.- Datos del proceso y datos demográficos:  
2.- Encuesta con 12 ítems que valora calidad atención recibida durante su estancia en Hospital  
Fecha inicio: 22/06/2022  
Fecha final: 22/06/2023  
Responsable.: Rosa Usieto Allué

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
1.- Datos del proceso y datos demográficos:  
- Fecha de trasplante renal y de alta hospitalaria  
- Tipo de trasplante renal  
- Grupo de edad y sexo  
- Residencia habitual, formación y ocupación  
2.- Encuesta con 12 ítems que valora la calidad de la atención recibida durante su estancia en el hospital. Cada ítem se puntúa por el paciente entre 1 (menor grado de satisfacción) y 5 (mayor grado de satisfacción)

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Encuesta completada por > 80 % de los pacientes  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Paciente que completa encuesta  
Denominador .....: Total pacientes trasplantados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro interno  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Encuesta completada por > 80 % de los pacientes

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1028

### 1. TÍTULO

#### ENCUESTA DE SATISFACCION DEL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA TRAS LA REALIZACION DE UN TRASPLANTE RENAL

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Paciente que completa encuesta  
Denominador .....: Total pacientes trasplantados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro interno  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#333

### 1. TÍTULO

#### **PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE DERIVACION DE PACIENTES ASMATICOS ENTRE ATENCION PRIMARIA (AP) Y ATENCION ESPECIALIZADA (AE) . SECTOR II**

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#333 \*\* Continuidad asistencial: interconsulta virtual \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VERA SOLSONA ELISABET

Título  
PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE DERIVACION DE PACIENTES ASMATICOS ENTRE ATENCION PRIMARIA (AP) Y ATENCION ESPECIALIZADA (AE) . SECTOR II

Colaboradores/as:  
DE DIEGO RAMOS CRISTINA  
GOMARA DE LA CAL SARA  
ORELLANA MELGAR CARLOS EDGARDO  
PINEDA CORONEL RAHALF MARTIN  
RODRIGUEZ SANZ JORGE  
TORRALBA GARCIA LAURA  
VIÑUALES ARANDA MANUEL DAVID

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: Continuidad asistencial: interconsulta virtual

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El asma bronquial es una enfermedad crónica con elevada prevalencia. A pesar de que existen protocolos y guías de practica clínica para mejorar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con asma , todavía existe pacientes con un mal control de la enfermedad debido al infra diagnóstico de la enfermedad y la falta de adhesión al tratamiento básico con corticoides inhalados. La realización de programas formativos en los distintos ámbitos de asistencia de estos pacientes como es el ámbito de primaria mejorará el control de estos pacientes disminuyendo el uso de recursos sanitarios así como una reducción en los gastos sanitarios directos e indirectos asociados a la gravedad de la patología .

#### ÁREAS DE MEJORA

Realización de un mejor abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente con asma

#### ANALISIS DE CAUSAS

Existen dudas en el proceso diagnóstico que conlleva a realizar errores en el tratamiento básico del paciente con asma , no iniciando tratamiento con corticoide inhalado.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Se analizarán los pacientes con sospecha de asma y/o asma no controlada derivados al Servicio de Neumología del Hospital Universitario Miguel Servet mediante la realización de interconsulta virtual ( ITV ) procedente de Atención Primaria. Los objetivos a analizar son:

- Valoración del diagnóstico de pacientes con asma : interpretación de espirometría , necesidad de pruebas complementarias
- Estudio alergológico sobre los factores desencadenantes del mal control del asma
- Valoración de adhesión y ajuste de tratamiento para el mejor control del paciente
- Derivación a Unidad de Asma grave y fenotipado de los mismos para inicio de terapias biológicas si procede.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Recogida de base de datos

Fecha inicio: 04/07/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Cristina De Diego Ramos

#### 2. Sesión formativa en 2 centros de Salud de Sector II

Fecha inicio: 21/09/2022

Fecha final.: 27/10/2022

Responsable.: Elisabet Vera Solsona

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Implantación del programa formativo en 2 centros

Tipo de indicador: Alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#333

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE DERIVACION DE PACIENTES ASMATICOS ENTRE ATENCION PRIMARIA (AP) Y ATENCION ESPECIALIZADA (AE) . SECTOR II

Numerador .....: N° de centros seleccionados  
Denominador .....: N° de centros en los que se implanta el programa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Memoria del Proyecto  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de pacientes derivados por asma según protocolo  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes derivados según protocolo  
Denominador .....: Total de pacientes asmáticos derivados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#337

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE HUMANIZACION DE LA INFORMACION TRANSMITIDA A PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE DE PULMON

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#337 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
DOMINGO MORERA JUAN ANTONIO

Título  
PROYECTO DE HUMANIZACION DE LA INFORMACION TRANSMITIDA A PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE DE PULMON

Colaboradores/as:  
CABRERA PIMENTEL LUISA MARGARITA  
DE DIEGO RAMOS CRISTINA  
GOMARA DE LA CAL SARA  
LOPEZ VERGARA LUCIA  
PINEDA CORONEL RAHALF MARTIN  
RODRIGUEZ SANZ JORGE  
VIÑUALES ARANDA MANUEL DAVID

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El trasplante de pulmón es una técnica de plena vigencia en nuestro país con un número creciente de indicaciones y de trasplantes realizados. Al no disponer de la técnica en nuestra Comunidad, los pacientes han de ser derivados a centros de referencia. Por la trascendencia de la decisión sobre la indicación, expectativas y riesgos, es necesario que los pacientes dispongan de información de calidad, escrita y que tengan tiempo para comprenderla, reflexionar y realizar preguntas que permitan tomar la decisión de la forma más serena y comprendiendo bien ventajas y riesgos

#### ÁREAS DE MEJORA

Información para toma de decisión sobre el inicio del proceso de trasplante de pulmón

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de información de forma estructurada y en formato que permita reflexión del paciente en su entorno socio-familiar

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la calidad de la información que recibe el paciente. Prevenir la búsqueda de la misma en entornos no especializados. Progresar en la percepción del paciente de que recibe una información en términos comprensible y sin que queden áreas de duda al inicio del proceso de trasplante pulmonar

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Detectar áreas de mejora en la información mediante entrevista con pacientes ya trasplantados y elaborar encuesta para los pacientes sobre información recibida  
Fecha inicio: 04/07/2022  
Fecha final: 31/07/2022  
Responsable.: Cristina de Diego Ramos

2. Elaborar folleto informativo sobre el trasplante pulmonar cubriendo especialmente las áreas detectadas como más necesitadas de mejora  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final: 30/09/2022  
Responsable.: Sara Gomara de la Cal

3. Proporcionar folleto informativo a los pacientes vistos en consulta de Trasplante Pulmonar  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final: 30/11/2022  
Responsable.: Juan Antonio Domingo Morera

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración de un folleto consensuado con centro de referencia  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: REDACCION DE FOLLETO INFORMATIVO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#337

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE HUMANIZACION DE LA INFORMACION TRANSMITIDA A PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE DE PULMON

Denominador .....: FOLLETO CON FORMATO DEFINITIVO ALCANZADO  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: MEMORIA DEL PROYECTO  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de pacientes candidatos a trasplante pulmonar que reciben folleto informativo  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes que reciben folleto  
Denominador .....: N° de pacientes candidatos vistos en consulta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clinica electronica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#786

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECÍFICOS DE PATOLOGÍA NEUROVASCULAR MALFORMATIVA

Fecha de entrada: 24/07/2022

Nº de registro: 2022#786 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOPEZ LOPEZ LAURA BEATRIZ

Título  
REALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECÍFICOS DE PATOLOGÍA NEUROVASCULAR MALFORMATIVA

Colaboradores/as:  
ESTEBAN GARCIA JESUS MANUEL  
AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA  
CASADO PELLEJERO JUAN  
GONZALEZ MARTINEZ LUIS MANUEL  
MOLES HERBERA JESUS ADRIAN  
VAN POPTA JOUKE SIEDS

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEUROCIRUGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Actualmente, se llevan a cabo entorno a unas 50-55 cirugías anuales de estas afecciones de forma programada y unas 15-20 de urgencia.

Los aneurismas cerebrales son lesiones vasculares adquiridas que se forman en la pared de una arteria debilitándola, existiendo el riesgo de ruptura del mismo. La prevalencia en la población general se encuentra entorno al 3.2%. Como consecuencia de la ruptura de los aneurismas principalmente se produce la hemorragia subaracnoidea (HSA). La incidencia oscila entre 2-16/100.000 habitantes. Representa el 5% de los ictus pero produce mayor morbimortalidad. Durante el 2021 recibimos 79 casos en nuestro centro.

Los cavernomas son lesiones vasculares bien delimitadas con vasos finos y dilatados revestidos de células endoteliales y carente de las capas de soporte vascular. Entre sus presentaciones clínicas destacan las crisis epilépticas y el sangrado lesional. Representan el 10-15% de todas las malformaciones vasculares. Su incidencia es del 0.02-0.9%. La mayoría (67%) son cavernomas supratentoriales.

Una MAV es un trastorno de los vasos sanguíneos cerebrales en el que existe una conexión anormal entre las arterias y las venas sin la presencia de capilares o parénquima cerebral de naturaleza congénita. 1-2/100.000 habitantes años presenta una MAV con un 1% de riesgo anual de sangrado. Las FAV derales presentan una comunicación anómala entre las arterias derales y senos venosos derales, venas meníngeas o venas corticales. Suponen el 10-15% de las malformaciones arteriovenosas intracraneales.

La Enfermedad de Moya-Moya consiste en la estenosis u oclusión crónica progresiva de la porción supraclinoidea de la arteria carótida interna y/o arteria cerebral media/anterior de forma bilateral. Se trata de una enfermedad con poca incidencia en nuestro medio, es más frecuente en la población asiática con una incidencia en Japón de 10/100.000 habitantes.

Con esta incorporación de nuevos consentimientos informados quirúrgicos pretendemos mejorar la calidad de la información prestada a los pacientes y así su calidad asistencial.

#### ÁREAS DE MEJORA

Progresivamente durante los últimos años se han ido incorporando nuevas técnicas quirúrgicas, instrumentos, nuevas tecnologías e indicaciones al armamentarium de la microcirugía vascular malformativa.

Creemos imprescindible la ampliación de la cantidad de consentimientos informados quirúrgicos referentes a este tipo de patologías, ya sea por la especificidad intrínseca de la enfermedad y potenciales complicaciones, como por el avance microquirúrgico en las últimas décadas y la necesidad de una correcta y rigurosa información al paciente.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Contemplaremos la realización de consentimientos específicos para aneurismas cerebrales, malformaciones arteriovenosas (MAV) cerebrales y espinales, fístulas arteriovenosas (FAV) cerebrales y espinales, cavernomas cerebrales, troncoencefálicos y espinales, así como, enfermedades que precisen revascularización cerebral como la Enfermedad de Moya-Moya.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Generales

- Mejorar la calidad y precisión de la información que se aporta a los pacientes y sus familiares.
- Distinguir las peculiaridades, abordajes y complicaciones posibles de cada tipo de patología vascular que se interviene en nuestro servicio.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#786

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECÍFICOS DE PATOLOGÍA NEUROVASCULAR MALFORMATIVA

##### Específicos

- Realizar consentimientos informados quirúrgicos específicos por patología vascular malformativa
- o Aneurisma cerebral
- o Malformación arteriovenosa/Fístula dural arteriovenosa cerebral
- o Cavernoma cerebral
- o Cavernoma troncoencefálico
- o Malformación arteriovenosa/Fístula dural/Cavernoma espinal
- o Cirugía de revascularización cerebral/Enfermedad Moya-Moya

##### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. • Elaboración de consentimiento informado quirúrgico: Aneurisma cerebral.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 15/09/2022

Responsable.: Laura Beatriz López López

2. • Elaboración de consentimiento informado quirúrgico: Malformación arteriovenosa/Fístula dural arteriovenosa cerebral.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 15/09/2022

Responsable.: Jouke Sieds Van Popta

3. • Elaboración de consentimiento informado quirúrgico: Cavernoma cerebral.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 15/09/2022

Responsable.: Amanda Avedillo Ruidiaz

4. • Elaboración de consentimiento informado quirúrgico: Cavernoma troncoencefálico.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 15/09/2022

Responsable.: Jesús Adrian Moles Herbera

5. • Elaboración de consentimiento informado quirúrgico: Malformación arteriovenosa/Fístula dural/Cavernoma espinal.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 15/09/2022

Responsable.: Jesus Manuel Esteban Garcia

6. • Elaboración de consentimiento informado quirúrgico: Cirugía de revascularización cerebral.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 15/09/2022

Responsable.: Juan Casado Pellejero

##### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Elaboración de los distintos consentimientos informados de patología vascular malformativa.
- Revisión y comparación de los consentimientos sugeridos por la Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC).

- Aprobación de los nuevos consentimientos por la Unidad de Calidad Asistencial del hospital y puesta en marcha de los mismos.

##### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Empleo de los nuevos CI

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº pacientes intervenidos con los nuevos CI

Denominador .....: Nº total pacientes intervenidos patología neurovascular malformativa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos del servicio

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. Falta información a los pacientes

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes que refieren falta de información sobre la cirugía

Denominador .....: Nº total de pacientes intervenidos de patología neurovascular malformativa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Entrevista en consultas

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#786

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS ESPECÍFICOS DE PATOLOGÍA NEUROVASCULAR MALFORMATIVA

##### 3. Difusión dentro del servicio

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de médicos de la unidad que conocen los nuevos CI

Denominador .....: Total de médicos en plantilla de Neurocirugía

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Revisión en sesión clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

La aplicación de estos consentimientos se realizará a los pacientes que sean intervenidos de patología neurovascular malformativa. La información de los indicadores se recogerá durante entrevista ya sea en el ingreso o en consultas.

También será preciso la aprobación de los consentimientos por la Unidad de Calidad Asistencial del centro para su aplicación.

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#835

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD MEDICO-QUIRURGICA DE EPILEPSIA REFRACTARIA (UM-QER) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#835 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AVEDILLO RUIDIAZ AMANDA

Título  
UNIDAD MEDICO-QUIRURGICA DE EPILEPSIA REFRACTARIA (UM-QER) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Colaboradores/as:  
ALCAZAR CID PAULA  
BERTOL ALEGRE VICENTE  
DIAZ MOLINA JORGE  
GONZALEZ MARTINEZ LUIS MANUEL  
MOLES HERBERA JESUS ADRIAN  
OSORIO CAICEDO PEDRO GABRIEL  
VAZQUEZ SUFENTES SILVIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEUROCIRUGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Este proyecto tiene como objetivo la consolidación de la Unidad Médico-Quirúrgica de Epilepsia Refractaria (UM-QER), Grupo de Trabajo Multidisciplinar reconocido por la Unidad de Calidad Asistencial como Unidad de referencia de Epilepsia Refractaria de Aragón la adecuada asistencia y estudio de los pacientes con epilepsia refractaria.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la asistencia de los pacientes con epilepsia atendidos en el Hospital Universitario Miguel Servet, identificado a aquellos con epilepsia refractaria y mejorando las técnicas y procedimientos médico-quirúrgicos destinados a identificar y tratar aquellos que se beneficiarían de la cirugía.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La epilepsia constituye una de las enfermedades neurológicas más comunes, afectando aproximadamente al 0'8% de la población mundial (unos 70 millones de personas). De acuerdo con el estudio EPIBERIA realizado en España, la prevalencia de epilepsia activa es de un 5'79 por cada 1.000 habitantes y, la de la epilepsia a lo largo de la vida, de 14'87 por cada 1.000 habitantes.

Aunque los fármacos antiepilépticos (FAEs) constituyen la primera opción terapéutica, hasta un tercio de los pacientes son refractarios al tratamiento con los mismos, clasificándose como epilépticos refractarios.

En los pacientes con epilepsia refractaria existen otras alternativas, como la cirugía o la neuroestimulación, siendo en el caso de la cirugía fundamental una buena selección de los pacientes, ya que las tasas de éxito alcanzan hasta el 60-80% tras la cirugía, quedando el paciente libre de crisis.

A pesar del importante beneficio de la cirugía de la epilepsia, sigue estando infrutilizada, con publicaciones que señalan en nuestro medio que sólo el 8'7% de los pacientes con epilepsia refractaria son sometidos a cirugía.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Generales

- Lograr una mejor asistencia de los pacientes con epilepsia refractaria y sus familiares.

##### Específicos

- Mejorar la dotación de la Unidad:

----- Una habitación habilitada como sala de control y lectura donde ubicar los distintos elementos necesarios.

----- Una habitación habilitada para situar a los pacientes a estudio, con posibilidad de acompañamiento familiar continuo.

----- Un sistema de adquisición de datos con vídeo incorporado para la correcta monitorización de los pacientes.

----- Personal de enfermería suficiente y formado en el manejo de pacientes epilépticos y bajo monitorización, algunos de ellos con monitorización invasiva.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Monitorización continua, invasiva o no, mediante vídeo-EEG de pacientes con epilepsia refractaria

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/05/2023

Responsable.: Vicente Bertol Alegre

2. Interpretación de los resultados mediante un equipo multidisciplinar

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#835

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD MEDICO-QUIRURGICA DE EPILEPSIA REFRACTARIA (UM-QER) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/05/2023  
Responsable.: Vicente Bertol Alegre

#### 3. Selección de pacientes con epilepsia refractaria candidatos a cirugía.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/05/2023  
Responsable.: Jesús Adrián Moles Herbera

#### 4. Intervención quirúrgica de pacientes considerados candidatos.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/05/2023  
Responsable.: Jesús Adrián Moles Herbera

#### 5. Revisión de resultados.

Fecha inicio: 01/05/2023  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Amanda Avedillo Ruidiaz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Pacientes remitidos a la Unidad

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº pacientes con epilepsia refractaria atendidos en la Unidad  
Denominador .....: Nº de pacientes con epilepsia en Aragón  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos de la Unidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

#### 2. Pacientes estudiados

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº pacientes con epilepsia refractaria estudiados  
Denominador .....: Nº pacientes con epilepsia refractaria atendidos en la Unidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos de la Unidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

#### 3. Pacientes operados

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº pacientes con epilepsia refractaria intervenidos quirúrgicamente  
Denominador .....: Nº total de pacientes estudiados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos de la Unidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#915

### 1. TÍTULO

#### CONSOLIDACION DEL GRUPO DE TRABAJO DE PATOLOGÍA NEUROVASCULAR: APORTACIONES DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA EN EL TRATAMIENTO DEL ICTUS

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#915 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VAZQUEZ SUFENTES SILVIA

Título  
CONSOLIDACION DEL GRUPO DE TRABAJO DE PATOLOGÍA NEUROVASCULAR: APORTACIONES DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA EN EL TRATAMIENTO DEL ICTUS

Colaboradores/as:  
CASADO PELLEJERO JUAN  
FUSTERO DE MIGUEL DAVID  
LOPEZ LOPEZ LAURA BEATRIZ  
TEJADA MEZA HERBERT DANIEL  
VAN POPTA JOUKE SIEDS

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEUROCIRUGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El grupo de trabajo de patología neurovascular malformativa toma de decisiones clínicas vinculantes, con el objetivo de ofrecer a los pacientes de toda la comunidad autónoma el tratamiento más apropiado. Las patologías habitualmente comentadas son las malformativas (aneurismas intracraneales, malformaciones vasculares, cavernomas), pero también, y de manera cada vez más frecuente, de patología ictal, ya sean ictus hemorrágicos o isquémicos. El servicio de neurocirugía del HUMS tiene un papel relevante en el tratamiento de la patología cerebrovascular. Analizando los datos de actividad quirúrgica en los años 2014-2021, apreciamos un importante aumento de la actividad de nuestro servicio tanto en el tratamiento programado como de patología urgente. Por otro lado, existe un interés creciente en las técnicas de revascularización (bypass) para patología isquémica que hace necesaria la creación de flujos de trabajo específicos.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Organización interna del servicio.
2. Organización del grupo de trabajo interdisciplinar.
3. Creación de un sistema de guardias específico para la patología cerebrovascular.
4. Creación de circuitos específicos para patología isquémica susceptible de tratamiento quirúrgico.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La actividad quirúrgica para el tratamiento de patología cerebrovascular programada ha aumentado en los últimos años, asumiéndose cada vez mayor número de casos y más complejos. Por otro lado, las guías internacionales han cambiado, promoviendo el tratamiento emergente de patología que hasta ahora se realizaba de manera diferida, recomendándose además la realización de técnicas mínimamente invasivas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Consolidar la actividad realizada por el grupo de trabajo de patología neurovascular mediante la formación de un comité homónimo encargado de la toma de decisiones clínicas.
2. Crear y promocionar una unidad de neurocirugía vascular encargada de valorar y tratar, en caso necesario, toda la patología vascular malformativa de manera programada o urgente. Formar al personal apropiado para dicha tarea.
3. Crear una guardia específica de neurocirugía vascular llevada a cabo por el personal formado específicamente para ello y que haga posible, de manera organizada y remunerada adecuadamente, la actitud actual de intervención temprana (24h) de los aneurismas cerebrales o malformaciones arteriales rotas.
4. Formar de manera práctica a todo el servicio de neurocirugía para la evacuación urgente de hematomas intraparenquimatosos profundos por vía mínimamente invasiva y adaptar así la asistencia ofertada a los pacientes a las recomendaciones internacionales.
5. Crear circuitos de práctica clínica específicos para la patología isquémica inhabitual y definir los criterios quirúrgicos para la revascularización cerebral.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación de comité de patología neurovascular1  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Juan Casado

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#915

### 1. TÍTULO

#### CONSOLIDACION DEL GRUPO DE TRABAJO DE PATOLOGÍA NEUROVASCULAR: APORTACIONES DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA EN EL TRATAMIENTO DEL ICTUS

2. Creación unidad de neurocirugía vascular/formación<sup>2</sup>

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Jouke van Popta

3. Creación de una guardia de neurocirugía vascular<sup>3</sup>

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Juan Casado

4. Formación en evacuación endoscópica<sup>4</sup>

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: David Fustero

5. Creación algoritmos patología isquémica<sup>5</sup>

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Silvia Vázquez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

1. Solicitud formal de creación de un comité interdisciplinar por parte del actual secretario del grupo de trabajo de patología neurovascular (Dr. González).

2. Definición de una unidad de neurocirugía vascular dentro del servicio de neurocirugía (Dr. González). Concluir la formación específica de los miembros del grupo con menos experiencia mediante tutorización intraoperatoria (Dr. van Popta/Dr. Casado). Control de citaciones de los casos comentados en las reuniones interdisciplinarias por parte de los miembros de la unidad (Dr. van Popta). Creación de una lista de espera común ordenada por prioridad, independientemente del cirujano que introduce al paciente en lista de espera (Dr. van Popta).

3. Gestión de una guardia de neurocirugía vascular de forma que se asegure que uno de los miembros de la unidad de neurocirugía vascular esté disponible para cualquier tipo de actuación emergente o urgente los 365 días del año (Dr. González/Dr. Casado).

4. Formación docente del servicio de neurocirugía (adjuntos y residentes) en los nuevos criterios para evacuación de hematomas profundos o intraventriculares según las guías de práctica clínica (Dra. Vázquez). Formación quirúrgica sistematizada del servicio de neurocirugía (especialmente aquellos que realizan guardias) para la evacuación de hematomas mediante endoscopia, adecuando la cartera de servicios a las recomendaciones internacionales (Dr. Fustero/Dr. Casado).

5. Creación de circuitos de actuación en pacientes con patología isquémica que requieren valoración de cirugía de revascularización cerebral (neurología Dr. Tejada/neurocirugía Dra. Vázquez).

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes intervenidos por unidad vascular

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº pacientes con patología vascular intervenidos por la unidad  
Denominador .....: Nº total de pacientes con patología vascular intervenidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros quirúrgicos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Intervenciones urgentes por HSA (<24h)

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nº de pacientes intervenidos <24h  
Denominador .....: Nº total de pacientes intervenidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros quirúrgicos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

3. Intervenciones emergentes por HIP (<6h)

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nº de pacientes intervenidos <6h  
Denominador .....: Nº total de pacientes intervenidos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#915

### 1. TÍTULO

#### CONSOLIDACION DEL GRUPO DE TRABAJO DE PATOLOGÍA NEUROVASCULAR: APORTACIONES DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA EN EL TRATAMIENTO DEL ICTUS

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros quirúrgicos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Cirugía endoscópica en HIP profundos o HIV  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de pacientes con HIP profundos o HIV intervenidos por endoscopia  
Denominador .....: N° total de pacientes intervenidos de HIP profundos o HIV  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros quirúrgicos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos  
Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso  
Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1089

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA CIRUGÍA DE COLUMNA DEL SECTOR I

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1089 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ESTEBAN GARCIA JESUS MANUEL

Título  
OPTIMIZACION DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA CIRUGÍA DE COLUMNA DEL SECTOR I

Colaboradores/as:  
BARREIRA ROJAS MIGUEL DAVID  
ESTEBAN ESTALLO LORETO  
FUENTES ULIAQUE CARLOS ALBERTO  
FUSTERO DE MIGUEL DAVID  
ORDUNA MARTINEZ JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEUROCIRUGIA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Aragón ha sido uno de los epicentros de la pandemia por COVID-19. La enfermedad sobrepasó rápidamente los recursos médicos y humanos de nuestro sistema sanitario, los cuales se dedicaron casi exclusivamente a contener la situación, evitando que los procedimientos quirúrgicos ordinarios se planificasen con normalidad. En lo que a la cirugía raquídea respecta, la mayoría de los casos priorizados consistieron en urgencias, relegando la patología degenerativa a ser irremediablemente demorada.

#### ÁREAS DE MEJORA

La mencionada situación ha ocasionado un incremento en la demora quirúrgica, dejando pacientes que entraron en lista de espera en los años 2019 y 2020 pendientes de intervención a día de hoy. En nuestra Comunidad, uno de los sectores especialmente afectado es el Sector I, que acoge una población aproximada de 190.000 pacientes en lo que a cirugía de columna respecta y donde existen más de 100 en lista de espera quirúrgica. Creemos que dichos casos se beneficiarían de una revaloración clínica y radiológica a fin de actualizar el tratamiento que les corresponde a día de hoy, pudiendo incluso precisar otro tipo de operación o mantener un tratamiento conservador.

En el Hospital Universitario Miguel Servet existen dos servicios que manejan la patología quirúrgica de columna, estimamos que el entorno adecuado para dar salida a estos pacientes podría ser nuestro centro.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Como hemos comentado, la pandemia global provocó una demora significativa en las intervenciones con patología degenerativa de columna.

Adicionalmente, el Sector I acusa actualmente la escasez de especialistas en cirugía de columna. En el Hospital Universitario Miguel Servet, los pacientes que padecen dichas dolencias son operados por el servicio de Neurocirugía y por la Unidad de Columna del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Esta eventualidad, hace posible que en el mismo hospital se concentren varios especialistas en cirugía raquídea, facilitando el compromiso de asumir casos sencillos y complejos de una manera más fluida.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Generales

- Optimizar el tratamiento de los casos que van a ser intervenidos de cirugía de columna cuya demora en el tratamiento pueda suponer ampliar, cambiar u omitir el procedimiento quirúrgico.
- Reordenar la lista de espera quirúrgica, volver a dar un diagnóstico al paciente ya que han transcurrido varios meses o años tras su última visita a consultas externas.

##### Específicos

- Conocer la situación actual de los pacientes en espera de cirugía de columna pertenecientes al Sector I.
- Ofrecer tratamientos acordes a la situación actual de los pacientes del Sector I pendientes de cirugía de raquis, dar el mejor tratamiento posible y adecuado a su situación actual.
- Ubicar los procedimientos en las sesiones quirúrgicas ofrecidas por un plan de choque de acuerdo con los recursos humanos y materiales disponibles.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión en consultas presenciales y telefónicas de pacientes pendientes de cirugía de columna del Sector I

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Dres. Esteban, Fustero, Fuentes, Barrera, Orduna, Dra. Esteban

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1089

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA CIRUGÍA DE COLUMNA DEL SECTOR I

2. Revisión de pacientes con nuevas pruebas de imagen para revalorar tratamiento

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Dres. Esteban, Fustero, Fuentes

3. Tratamiento quirúrgico definitivo

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/08/2023

Responsable.: Dres. Esteban, Fustero, Fuentes, Barrera

4. Primera revisión en consultas externas tras cirugía

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Dres. Esteban, Fustero, Fuentes, Barrera

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

-El servicio de Neurocirugía se responsabilizará aproximadamente de la mitad de los pacientes en lista de espera para cirugía de columna del Sector I (71 pacientes).

-En colaboración con el servicio de radiodiagnóstico, actualización de pruebas de imagen (radiografías y RMN de columna) tras revisión en consultas.

-Se hará un estudio detallado de cada caso por neurocirujanos con experiencia en patología de raquis compleja, se abrirán consultas monográficas para la revisión de los mismos. Se discutirán los casos más controvertidos en el comité de raquis que se celebra dos veces al mes.

-Se dará una nueva revisión en consultas externas con pruebas actualizadas, se confirmará el tratamiento quirúrgico con el que se incluyó en lista de espera o se propondrá uno nuevo y adecuado a la situación del paciente. En caso de optarse por tratamiento conservador se realizará hoja de interconsulta y se recomendará valoración por otro servicio.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nºpacientes atendidos en consultas externas pertenecientes al Sector I

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nºpacientes totales atendidos en consultas externas pertenecientes al Sector I

Denominador .....: Nºpacientes pendientes de cirugía de columna pertenecientes al Sector I

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Lista de espera

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % pacientes lista de espera de columna del Sector I intervenidos en sesiones de tarde

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nºpacientes lista de espera de columna del Sector I intervenidos en sesiones de tarde

Denominador .....: Nºpacientes intervenidos en sesiones quirúrgicas de tarde

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Lista de espera

50

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1146

### 1. TÍTULO

#### MOVILIZACION TEMPRANA EN EL PACIENTE LESIONADO MEDULAR DURANTE EL POSTOPERATORIO

Fecha de entrada: 01/08/2022

Nº de registro: 2022#1146 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HERNANDEZ HERNANDEZ BEATRIZ

Título  
MOVILIZACION TEMPRANA EN EL PACIENTE LESIONADO MEDULAR DURANTE EL POSTOPERATORIO

Colaboradores/as:  
AGUDO MOLERA RUT  
APARICIO HERNANDEZ MARTA  
CIREZ TAMBO NATALIA  
DAMIA LOZANO MIGUEL  
GONZALEZ QUILEZ M. ELENA  
LANGA ILIARTE ROSA ANA  
PESCADOR GIMENO AMALIA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEUROCIRUGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La idea surge de la necesidad de establecer unas pautas de actuación del equipo multidisciplinar dentro de la planta del Servicio de Neurocirugía del H.U.Miguel Servet cuando nos enfrentamos ante un paciente sometido a una intervención quirúrgica tras traumatismo o patología al cual le queda como secuela una lesión medular. Esto supondrá un cambio en su estilo de vida muy importante para la persona que la padece y su entorno, con grandes esfuerzos de adaptación.

Con la movilización temprana en este tipo de pacientes lograremos disminuir complicaciones tanto físicas como psíquicas, disminuir la estancia hospitalaria, por tanto los costes económicos e incluso disminuir el estrés de él mismo y su familia.

#### ÁREAS DE MEJORA

Unificar criterios de actuación del personal del equipo de Neurocirugía al recibir a un paciente del quirófano con lesión medular desde el postoperatorio inmediato hasta el alta desde el punto de vista de la importancia de su movilización precoz.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de experiencia en el trato a este tipo de pacientes del personal sustituto de la unidad y reforzar el conocimiento y mejora de la praxis del personal habitual.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Mejorar la calidad de los cuidados que proporcionamos a los pacientes con lesión medular así como la actuación del personal, incluyendo una formación continua acerca de las ventajas de la movilización temprana en el enfermo con lesión medular.

-Reducir la variabilidad de la práctica clínica.

-Proporcionar una guía clara de actuación.

- Información a las familias sobre importancia de la movilización temprana a través de trípticos

-Conseguir que este tipo de paciente sea valorado por el equipo de RHB en las primeras 48 h tras la llegada a nuestro servicio.

-Educación sanitaria a familiares del paciente con lesión medular reduciendo el miedo que tienen de movilizarlos de forma precoz.

-Preservar y mejorar la función física y psíquica del paciente con lesión medular, previniendo lesiones secundarias y posibles complicaciones fruto del encamamiento innecesario.

-Concienciar al paciente de la importancia de su movilización temprana.

-Comunicación, empatía y coordinación entre las personas involucradas en la recuperación de este tipo de pacientes logrando que consigan seguridad, independencia y autoconfianza

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Formación sanitaria continuada al personal de enfermería

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Beatriz Hernández Hernández

2. -Realización de una encuesta para valorar los conocimientos iniciales del personal sobre el tema y otro al final del proyecto tras el periodo de formación.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Elena González Quilez

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1146

### 1. TÍTULO

#### MOVILIZACION TEMPRANA EN EL PACIENTE LESIONADO MEDULAR DURANTE EL POSTOPERATORIO

3. -Realización de un tríptico sobre información a familiares sobre la importancia de la movilización precoz del paciente con lesión medular.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Natalia Cirez Tambo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Sesiones clínicas (formación continuada ) al personal de enfermería acerca de los cuidados a realizar intentando coincidir con fechas de nueva incorporación de personal que incluya :

a) Exposición de complicaciones derivadas del encamamiento y sus cuidados en este tipo de pacientes con lesión medular:

- 1- Alteraciones de la función vesical (vejiga e intestino neurógeno, infecciones , litiasis, reflujo vesico-ureteral) y gastrointestinal (íleo y abdomen agudo , hemorroides)
- 2- Alteraciones de la función sexual
- 3- Alteraciones en la termorregulación
- 4- Prevención de quemaduras por falta de sensibilidad.
- 5- Alteraciones de la función respiratoria.
- 6- Alteraciones cardiovasculares (TEP ,hipotensión, disreflexia autónoma ..)
- 7- UPP
- 8- Complicaciones ortopédicas (pie equino, osteoporosis y fracturas.

b) Pautas de actuación concretas de cada profesional con estos pacientes desde el postoperatorio inmediato hasta el alta de la unidad

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. - % de profesionales que acuden a las sesiones clínicas x 100 (número total de personal de enfermería)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % profesionales del equipo de enfermería que acuden a la formación continua

Denominador .....: total personal equipo de enfermería

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de asistentes a formación

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. - % de complicaciones reales y potenciales aparecidas debido a una movilización tardía del paciente

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: % de complicaciones aparecidas tras movilización tardía en el enfermo lesionado medular

Denominador .....: total de personas con lesión medular

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de complicaciones de cada paciente con lesión medular

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

3. - % de pacientes que son valorados por el equipo de RHB y psicología en las primeras 48 h tras el

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: % de pacientes con lesión medular que son valorados por el equipo de RHB y psicología en las

primeras 48 h

Denominador .....: total pacientes con lesión medular

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de pacientes con lesión medular que son atendidos por el equipo de RHB y de

psicología antes de las primeras 48 h tras el ingreso

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. - % de pacientes que han demorado su alta hospitalaria debido a la movilización tardía x 100 (número

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: % de pacientes con lesión medular que han demorado su alta hospitalaria debido a movilización

tardía

Denominador .....: total pacientes con lesión medular

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de pacientes con lesión medular en los que se ha demorado el alta por la

inmovilización

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1146

### 1. TÍTULO

#### MOVILIZACION TEMPRANA EN EL PACIENTE LESIONADO MEDULAR DURANTE EL POSTOPERATORIO

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1210

### 1. TÍTULO

#### RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA TRAS LA RESECCION DE METASTASIS CEREBRALES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1210 \*\* Atención a tiempo: cáncer \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NOVO GONZALEZ BEATRIZ

Título  
RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA TRAS LA RESECCION DE METASTASIS CEREBRALES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Colaboradores/as:  
ALCAZAR CID PAULA  
ESTEBAN ESTALLO LORETO  
LANZUELA VALERO MANUELA  
RIVERO CELADA DAVID

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEUROCIRUGIA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*ONCOLOGIA RADIOTERAPIA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Atención a tiempo: cáncer

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las metástasis cerebrales ocurren en hasta el 40% de todos los pacientes diagnosticados con cáncer sistémico. Sin radioterapia adyuvante después de la resección de lesiones ocupantes de espacio, las tasas de recurrencia local son altas. Es por eso que las guías recomiendan un refuerzo de la cavidad con radioterapia. La radioterapia de haz externo puede reducir el riesgo de recurrencia local, pero significa una hospitalización más prolongada, prolonga el tiempo de las terapias sistémicas de rescate y conlleva riesgos de radionecrosis y leucoencefalopatía con deterioro neurológico y cognitivo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Una solución para este problema podría ser la radioterapia intraoperatoria (RIO) única con rayos X blandos para esterilizar la cavidad de resección, lo que puede proporcionar:

- Disminución de recurrencia local tras un inicio rápido de terapia de rescate
- Disminución de los efectos secundarios de la RT convencional, especialmente los cognitivos
- Menor estancia hospitalaria
- Disminuir tiempos de espera hasta el inicio de la RT convencional (aprox. 6 semanas)
- Evitar que los pacientes acudan a tratamiento todos los días durante 6 semanas

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Actualmente hay un ensayo de características similares que ya se ha iniciado en varios centros hospitalarios españoles e internacionales: INTRAMET es un estudio de viabilidad de fase 2 prospectivo, abierto, de una sola institución para la radioterapia intraoperatoria inmediatamente después de la resección de metástasis cerebrales. 50 pacientes adultos con metástasis cerebrales resecables no duros deben ser tratados en cirugía después de la resección del tumor con IORT con 20-30Gy prescritos al margen de la cavidad de resección. Se debe usar la dosis más alta tolerable para las estructuras de riesgo circundantes (N. óptico, tronco encéfalo). Con este método, los investigadores esperan mostrar índices de control local similares a los de la radioterapia postoperatoria de haz externo en línea con las recomendaciones de las guías, con menos hospitalizaciones de pacientes y un inicio más rápido de las terapias de rescate, lo que podría conducir a un resultado general favorable y menos efectos secundarios cognitivos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Disminución de recurrencia local tras un inicio rápido de terapia de rescate
2. Menor estancia hospitalaria
3. Disminuir tiempos de espera hasta el inicio de la RT convencional (aprox. 6 semanas)
4. Evitar que los pacientes acudan a tratamiento todos los días durante 6 semanas
5. Disminuir o al mejor igualar la incidencia de radionecrosis
6. Disminución de los efectos secundarios de la RT convencional, especialmente los cognitivos

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1. Diseñar junto con el Sº de Radioterapia, un ensayo clínico prospectivo que examine la efectividad de una RT intraoperatoria inmediata después de la resección quirúrgica de metástasis cerebrales  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Beatriz Novo

2. 2. Definir población diana  
Fecha inicio: 03/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1210

### 1. TÍTULO

#### RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA TRAS LA RESECCION DE METASTASIS CEREBRALES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha final.: 03/07/2023

Responsable.: David Rivero

3. 3. Definir criterios de inclusión y exclusión

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 03/07/2023

Responsable.: Manuela Lanzuela

4. 4. Realizar consentimientos informados

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 03/07/2023

Responsable.: Loreto Esteban

5. 5. Pasar ensayo por comité de ética

Fecha inicio: 03/07/2023

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Paula Alcazar

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Tiempo hasta la recurrencia

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Tiempo hasta la recurrencia en pacientes tratados con RIO

Denominador .....: Tiempo hasta la recurrencia en pacientes tratados con RT convencional

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Base de datos de la unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de radionecrosis

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: % de radionecrosis en pacientes tratados con RIO

Denominador .....: % de radionecrosis en pacientes tratados con RT convencional

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Base de datos de la unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Tiempos de espera hasta iniciar tratamiento radioterápico desde la cirugía

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Tiempos de espera hasta iniciar tratamiento radioterápico desde la cirugía, en pacientes

tratados con RIO

Denominador .....: Tiempos de espera hasta iniciar tratamiento radioterápico desde la cirugía, en pacientes

tratados con RT convencional

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Base de datos de la unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1020

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD DE CIRUGIA DE EPILEPSIA: DIAGNOSTICO CON REGISTRO EEG DE LARGA DURACION CON ELECTRODOS INVASIVOS Y EN MONITORIZACION INTRAOPERATORIA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1020 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
OSORIO CAICEDO PEDRO GABRIEL

Título  
UNIDAD DE CIRUGIA DE EPILEPSIA: DIAGNOSTICO CON REGISTRO EEG DE LARGA DURACION CON ELECTRODOS INVASIVOS Y EN MONITORIZACION INTRAOPERATORIA

Colaboradores/as:  
ALMARCEGUI LAFITA MARIA CARMEN  
DE FRANCISCO MOURE JORGE  
DOLZ ZAERA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEUROFISIOLOGIA CLINICA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los pacientes con epilepsia fármacorresistente suponen entre un 20 y un 30% de los pacientes epilépticos. Esta condición supone una gran disminución de la calidad de vida de los pacientes, así como un aumento de los costes tanto directos como indirectos. En la actualidad, algunos de estos pacientes pueden tener un tratamiento quirúrgico que disminuya la frecuencia de sus crisis llegando en algunos casos a estar incluso sin tratamiento farmacológico.

#### ÁREAS DE MEJORA

En la actualidad existen problemas con los registros EEG de larga duración necesarios para el estudio de estos pacientes.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En el momento actual existen problemas técnicos con los registros de manera que en algunos la relación ruido-síñal no permite un diagnóstico EEG correcto.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Optimización en el diagnóstico de los pacientes con epilepsia fármacorresistente

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Redacción del protocolo de registro de EEG de larga duración con ingreso hospitalario

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Jorge de Francisco Moure

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Realización del protocolo de registro EEG

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Protocolo escrito

Denominador .....: Protocolo escrito

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Sí/No

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Reuniones multidisciplinares

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de reuniones

Denominador .....: Año

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Al menos 2

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1020

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD DE CIRUGIA DE EPILEPSIA: DIAGNOSTICO CON REGISTRO EEG DE LARGA DURACION CON ELECTRODOS INVASIVOS Y EN MONITORIZACION INTRAOPERATORIA

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Número de intervenciones quirúrgicas realizadas con monitoración intraoperatoria

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de intervenciones

Denominador .....: Número de intervenciones

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Número total

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1022

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES A LAS TECNICAS DE POLISOMNOGRAFÍA (PSG): PSG AMBULATORIA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1022 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
DE FRANCISCO MOURE JORGE

Título  
MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES A LAS TECNICAS DE POLISOMNOGRAFÍA (PSG): PSG AMBULATORIA

Colaboradores/as:  
ABREU RODRIGUEZ BERENICE  
ROMERO PUERTAS FERNANDA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEUROFISIOLOGIA CLINICA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los estudios de sueño son fundamentales para el correcto diagnóstico de los pacientes con trastornos del mismo. El estándar oro es para el diagnóstico es la polisomnografía convencional que se realiza con el paciente en el hospital a donde acude a dormir una noche entera. Este hecho supone una de sus mayores limitaciones, ya que la disponibilidad de camas y de equipos es limitada. Por ello, se han desarrollado otras técnicas que se realizan en el domicilio de los pacientes, perfectamente validadas, que permiten ampliar el número de exploraciones que se realizan. Estos equipos permiten, además, registrar un sueño más parecido al que tiene el paciente habitualmente en su domicilio, que no está tan interferido por el llamado efecto laboratorio.

#### ÁREAS DE MEJORA

Solicitud de la inclusión de esta técnica dentro de la cartera de servicios de la especialidad.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Actualmente, aunque disponemos del equipamiento necesario para realizar estos estudios, no está incluida dentro de la cartera de servicios.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Incluir la PSG ambulatoria dentro de la cartera de servicios de la especialidad de Neurofisiología Clínica para conseguir una mayor difusión de la misma y así ampliar el número de estudios PSG que se pueden realizar.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Solicitud de la inclusión de la PSG ambulatoria dentro de la cartera de servicios de la especialidad de Neurofisiología Clínica

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Jorge de Francisco Moure

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Solicitud de la inclusión de la PSG ambulatoria dentro de la cartera de servicios

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Solicitud de la inclusión

Denominador .....: Aprobación

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Cartera de servicios de la especialidad de Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario Miguel Servet

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Número de PSG ambulatorias realizadas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: PSG ambulatorias

Denominador .....: PSG totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HIS

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1022

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES A LAS TECNICAS DE POLISOMNOGRAFÍA (PSG): PSG AMBULATORIA

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Trastornos del sueño

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1024

### 1. TÍTULO

#### AVANZANDO HACIA EL HOSPITAL SIN PAPEL: GESTOR DE PETICIONES ELECTRONICAS

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1024 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HADDAD GARAY MARIA

Título  
AVANZANDO HACIA EL HOSPITAL SIN PAPEL: GESTOR DE PETICIONES ELECTRONICAS

Colaboradores/as:  
ABREU RODRIGUEZ BERENICE  
DOLZ ZAERA ISABEL  
HERRERO NAVARRO DIEGO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEUROFISIOLOGIA CLINICA

Línea estratégica: Adecuación

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Unificar la solicitud de técnicas neurofisiológicas en el Salud

ÁREAS DE MEJORA  
Evitar la solicitud de la pruebas en papel e integrarla en la historia clínica electrónica

ANALISIS DE CAUSAS  
Integración en la historia clínica electrónica

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Integración de la solicitud de pruebas en la historia clínica electrónica

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión con los servicios de Neurofisiología del resto de los centros  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/11/2023  
Responsable.: Dra.Haddad/Dra.Almárcegui

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de reuniones  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: 1  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Memoria explicativa  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Técnica diagnósticas en diversas patologías

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1160

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE ATENCION A LAS PAERSONAS CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES EN ARAGON

Fecha de entrada: 02/08/2022

Nº de registro: 2022#1160 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALMARCEGUI LAFITA MARIA CARMEN

Título  
PLAN DE ATENCION A LAS PAERSONAS CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES EN ARAGON

Colaboradores/as:  
HADDAD GARAY MARIA  
HERRERO NAVARRO DIEGO  
ROMERO PUERTAS FERNANDA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEUROFISIOLOGIA CLINICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Realizar estudio neurofisiológico en el centro de atención de enfermedades neuromusculares, evitando desplazamientos del paciente y prestando la atención de forma coordinada con el resto de especialidades

#### ÁREAS DE MEJORA

Consensuar el estudio neurofisiológico con el neurologo, de acuerdo a la complejidad del caso.  
Informar de los resultados al clínico el mismo día par poder completar estudio.  
Realizar EMG con las distintas tecnicas disponibles para exploración de Sistema Nervioso Periférico.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Prestar atención al paciente de una forma multidisciplinar evitando desplazamientos . Esto permite una menor demora en el diagnóstico y tratamiento.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la atención neurofisiológica y su integración en el estudio de enfermedades neuromusculares.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Estudio neurofisiológico en el centro de atenciaon de enfermedades neuromusculares de Aragón.

Fecha inicio: 21/09/2022  
Fecha final.: 20/12/2023  
Responsable.: Dra. Almárcegui

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Reuniones con el comite técnico

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Reuniones en que se requiere asistencia de neurofisiologia

Denominador .....: Asistencia de Neurofisiologia a dichas reuniones

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agenda de gestión de procesos

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Implantación e inicio de la actividad

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Estudio NFC realizado en tiempo

Denominador .....: Estudio NFC solicitado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agenda de gestión de procesos

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1160

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE ATENCION A LAS PAERSONAS CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES EN ARAGON

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1107

### 1. TÍTULO

#### CONTROL DEL RUIDO EN HOSPITALIZACION DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA. PROYECTO: NEUROLOGÍA 40 DECIBELIOS

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1107 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CHOPO ALCUBILLA M. JESUS

Título  
CONTROL DEL RUIDO EN HOSPITALIZACION DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA. PROYECTO: NEUROLOGÍA 40 DECIBELIOS

Colaboradores/as:  
AURE VILLALBA ALBERTO  
FONDEVILA LOPEZ JOSEFINA  
GUTIERREZ FERNANDEZ ROSA BLANCA  
LADRON ORTEGA MARIA ASTRID  
MARTIN MARTINEZ JESUS MANUEL ALFONSO  
VELILLA MORAGO EDUARDO  
VILLAR TURON RAQUEL

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El incremento del sonido ambiente conlleva efectos sobre el organismo que afectan la salud y la recuperación de los pacientes. La OMS (1) en su guía para el control del ruido en la comunidad, señala que el nivel de ruido nocturno por encima de 30dB, medido como niveles medios equivalentes de presión de sonido (L<sub>Amax</sub>/SEL) o frecuencia de eventos de ruido, disminuyen la calidad de sueño, alterando su arquitectura. Además de sus efectos adversos sobre la calidad del sueño, el ruido que supera los 70 dB puede elevar la frecuencia cardíaca y la presión arterial del paciente, junto con la vasoconstricción y las arritmias cardíacas (2).

Otros aspectos relacionados con el ruido son el aumento de la irritabilidad y disminución de respuestas sociales adecuadas, observables con niveles mantenidos o incrementos frecuentes del nivel de sonido por encima de 55dB. Por último, los efectos del ruido sobre los aspectos cognitivos se han estudiado en áreas de trabajo y a nivel experimental, apreciando un efecto deletéreo sobre las actividades que implican carga en la memoria de trabajo, atención mantenida y análisis complejo. La JCAHO, señala el ruido como un factor de riesgo relacionado con errores médicos y de enfermería, describiéndose errores relacionados con el uso de medicamentos

De forma específica la OMS recomienda en entornos de hospitalización unos valores de ruido continuo de fondo de 35dB durante el día y 40 dB por la noche en las habitaciones de los pacientes. Sin embargo, se señalan niveles de ruido mucho mas elevados en la mayoría de los hospitales (3,4).

El análisis de causas relacionadas con el ruido ambiente en áreas de hospitalización referidas en la literatura (5,6,7,8) implica al personal de enfermería (una conversación normal en un control suponen 60 Db), formas y hábitos de trabajo, aspectos específicos del trabajo (monitorización, bomba de infusión, alarmas - 70Db), cultura sobre el ruido entre otras ( ej. estructurales como condiciones de construcción del hospital, accesos, material rodante. Etc) .

La importancia de la repercusión del ruido sobre la calidad de sueño de los pacientes y su salud así como los efectos sobre el rendimiento de los profesionales y su influencia para favorecer un entorno amable constituyen factores relevantes de nuestro proyecto.

Por otra parte la constatación de forma continuada en las encuestas de calidad realizadas bianualmente a los pacientes hospitalizados, del ruido y su influencia en el descanso como elementos constantes de disminución de la calidad percibida por los usuarios han llevado al grupo de Calidad de la ISO a considerar medidas de control y disminución del ruido en la hospitalización que puedan ser generalizables.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se pretenden mejoras en la atención a los pacientes y familiares, a través de racionalización de actividades que puedan generar molestias e incremento del ruido por la noche. Mejora de la calidad de sueño de los pacientes. Mejora del ambiente de trabajo disminuyendo errores asociados con la repercusión del ruido en la atención y tensión ambiental.

Entorno del paciente y acompañantes

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Tras el análisis y revisión de la literatura sobre el ruido y factores causales, el grupo integrante del proyecto realizó una matriz de Ishikawa, identificándose los siguientes factores: Factores de Tarea:

- Información médica en los pasillos
- Cambios de turno en control, ausencia de normas y advertencias ante ruido
- Actividades nocturnas y monitorizaciones

#### Factores de equipo:

- Baja percepción del ruido como problema

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1107

### 1. TÍTULO

#### CONTROL DEL RUIDO EN HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA. PROYECTO: NEUROLOGÍA 40 DECIBELIOS

- Hábitos de comunicación del personal
- Factores estructurales y materiales:
- Puertas ruidosas
  - Mal aislamiento acústico
  - Carros y contenedores ruidosos
  - Visitas excesivas.
- Factores individuales:
- Familiares en los pasillos
  - Falta de percepción del ruido como factor de estrés.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Conseguir una hospitalización en el servicio de neurología más saludable y humana, reduciendo los niveles de ruido ambiente en el área de hospitalización de la planta de Neurología, con el fin de proporcionar un ambiente más sano a los pacientes y personal, generando un ambiente amable.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Desarrollo de Poster y Trípticos de información sobre el ruido

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Raquel Villar Turón. Josefina Fondevila Lopez

2. Dinamizar y motivación de desarrollo de lemas adhesivos sobre el ruido  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Astrid Ladrón Ortega, Rosa Blanca Gutierrez Fernández. Eduardo Velilla Moraga

3. Revisión de tareas a realizar por la noche y cambios de turno  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> J Chopo Alcubilla, Raquel Villar Turón, Astrid Ladrón Ortega. Alberto Auré Villalba

4. Cuestionario de calidad de sueño a pacientes  
Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 01/12/2023  
Responsable.: Alberto Aure Villalba, Astrid Ladron Ortega

5. Solicitar servicio de TV auriculares para pacientes y/o familiares  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> J Chopo Alcubilla / J. Martín Martínez

6. Colocación de sistemas de control de sonido (búsqueda de financiación)  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: J. Martín Martínez

7. Facilitación de ocluidores auditivos y mascarillas oculares para pacientes previamente definidos  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Eduardo Velilla Morago. Rosa Blanca Gutierrez Fernández

8. Difusión proyecto y actividades  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> J Chopo Alcubilla / J. Martín Martínez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
• Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Descanso percibido,

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Pacientes con percepción descanso = 4  
Denominador .....: Encuestas realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1107

### 1. TÍTULO

#### CONTROL DEL RUIDO EN HOSPITALIZACION DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA. PROYECTO: NEUROLOGÍA 40 DECIBELIOS

Fuentes de datos.: Encuesta semestral

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

#### 2. Encuesta percepción ruido

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Pacientes con percepción de ruido = 3  
Denominador .....: Encuestas realizadas  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta semestral  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1112

### 1. TÍTULO

#### UNA UNIDAD DE ICTUS CENTRADA EN LAS PERSONAS. MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE QUE HA SUFRIDO UN ICTUS

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1112 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MARTA MORENO JAVIER

Título  
UNA UNIDAD DE ICTUS CENTRADA EN LAS PERSONAS. MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE QUE HA SUFRIDO UN ICTUS

Colaboradores/as:  
AURE VILLALBA ALBERTO  
CAMPELLO MORER ISABEL  
CHOPO ALCUBILLA M. JESUS  
DIAZ DE CERIO MUZQUIZ IDOYA  
SERRANO PONZ MARTA  
TEJADA MEZA HERBERT DANIEL  
TERCERO NAVARRO M. ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El ictus afecta a unas 3.000 personas/año en Aragón. La actual Unidad de Ictus (UI) del H. U. Miguel Servet de Zaragoza, con 5 camas, atiende a 650 pacientes al año y es la base física de la Guardia de Ictus de Aragón. El año pasado, se ingresaron 650 pacientes con ictus en la UI del HUMS, se atendieron 630 llamadas de Código Ictus y 260 teleconsultas urgentes (teleictus). Se realizaron 284 procedimientos urgentes de recanalización (177 trombectomías). El HUMS tiene la Acreditación Europea como Referencia (Stroke Center, European Stroke Organization 2020). En este contexto, el aumento de la demanda y la necesidad de mejorar las estructuras y equipos, ha hecho que desde la Dirección y dentro del Contrato Programa, se incluya la ampliación de la UI, lo que es una oportunidad para actualizar nuestros servicios y hacer que sea un servicio innovador y realmente centrado en los pacientes, con sus necesidades y expectativas.

El traslado a una nueva UI tiene que servir para mejorar las carencias estructurales, muy evidentes (baño adaptado, espacios para movilización precoz, etc.). Además, nos proponemos mejorar los aspectos que se perciben como más deficitarios. Nosotros, como la generalidad de los hospitales, articulamos la asistencia en torno a la enfermedad aguda, no a la prevención, las secuelas o la cronicidad, lo que se refleja en el informe de alta que entregamos (incomprensible para el paciente) o los indicadores que usamos, que no recogen aspectos como el conocimiento por parte del paciente de lo que le ha ocurrido, como superarlo y prevenirlo, y en general, como recuperar, mantener y mejorar su salud.

Una primera decisión, radical, que busca optimizar los medios y personalizar la atención al paciente ofreciéndole a cada uno lo que necesita, es separar la zona de semicríticos (pacientes que requieren estar en cama con monitorización exhaustiva) de la de pacientes monitorizados pero "ambulantes".

A partir de esa primera consideración (distinguir los circuitos de "ambulantes" y "semicríticos"), hemos rediseñado circuitos y pulsado la opinión del paciente (encuestas) y los profesionales (grupo de mejora de UI) y se han identificado las siguientes áreas de mejora prioritarias:

#### ÁREAS DE MEJORA

1.- Mejorar la información al paciente y cuidadores. La realidad es que, al alta del hospital, muchos de los pacientes no saben explicar lo que les ha ocurrido o que pueden y deben hacer.

2.- Mejorar el sueño, la intimidad y el confort general.

El sueño es una necesidad básica, de gran relevancia para la salud y la recuperación. Desde la experiencia del paciente es una queja frecuente que la estancia en la UI es agotadora y no pueden dormir. Que haya camas en habitaciones individuales mejorará este aspecto y la intimidad, pero se pueden tomar más medidas (bajar las luces, que sean anaranjadas y de cabecero, disminuir los ruidos, evitar la toma de constantes a deshora, etc.).

3.- Medir la satisfacción del paciente con la atención e información recibida: desde hace años, no se mide la satisfacción general, ni en dimensiones específicas sensibles como son la información, trato u hostelería.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1.- Mejorar la información :

- La falta de tiempo específico, lenguaje técnico, etc.

- la enfermería tiene un papel en la valoración de cuidados y necesidades, educación para la salud, información al paciente y cuidadores, ... que muchas veces no se pone en valor.

- la propia situación del paciente (baja conciencia, afasia, confusión), puede hacerlo difícil. No se identifica cuidador principal a formar.

- informes de alta escritos por médicos para médicos, incomprensibles para el paciente.

2.- Mejorar el sueño y el confort general.

- la sala común con monitores pitando, trajín de pacientes y personal, pacientes confusos o los agitados, etc. es muy agresiva para los pacientes y apenas duermen. Se usan hipnóticos y sedantes en exceso, lo que aumenta el riesgo de atragantamiento, caídas, confusión, etc.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1112

### 1. TÍTULO

#### UNA UNIDAD DE ICTUS CENTRADA EN LAS PERSONAS. MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE QUE HA SUFRIDO UN ICTUS

3.- Medir la satisfacción: desde hace años no se hacen encuestas por unidades y no hay voz del paciente de la UI.

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

alcance: todos los pacientes ingresados en UI

1.- Mejora de la información al paciente y cuidadores: conseguir que, al alta, el paciente sepa lo que le ha ocurrido, que debe hacer si recurre y se sienta agente de su recuperación y de su salud, reflejándose en percepción de una mejor información, y posiblemente (no se mide) en prevención, reducción en el uso no programado de servicios sanitarios y mejoras en la salud.

2.- Mejorar el sueño y el confort general percibido

3.- Medir la satisfacción del paciente con la atención e información recibida.

Todo ello con una filosofía de "medir para mejorar", favoreciendo el trabajo multidisciplinar y ampliar los roles de enfermería

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se les ofrecerá una charla formativa semanal sobre aspectos generales del ictus.

Fecha inicio: 15/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Maria Jesús Chopo

2. Enfermería realizará una encuesta estructurada al alta, preguntando: sabe lo que le ha ocurrido, sabe porqué, sabe que hacer para evitar recurrencias o mala evolución, se siente capaz de afrontarlo.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Javier Marta

3. Mejorar sueño y confort: se revisan los cambios de turno (se realizan en despacho = menos ruido), luces compartimentadas y graduables, se evitan controles innecesarios e interrupciones del sueño.

Fecha inicio: 15/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Maria Jesús Chopo

4. Se miden las horas de sueño y la satisfacción general con el descanso y confort, antes y después de la intervención descrita

Fecha inicio: 10/08/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Isabel Tercero/Javier Marta

5. Encuesta de satisfacción: se realizará a una muestra de 30 pacientes de forma periódica (semestral) (se intentará que se haga desde SALUD INFORMA).

Fecha inicio: 10/08/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Maria Jesús Chopo/Marta Serrano

6. Buzón de sugerencias visible, para usuarios y profesionales, de forma anónima. Análisis trimestral en Grupo de Mejora.

Fecha inicio: 10/08/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Maria Jesús Chopo/ Javier Marta

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Ya hemos diseñado las medidas que se pueden realizar ahora, pero otras quedan pendientes de realiza la reforma estructural de la UI. Estamos midiendo la situación previa al traslado.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes ingresados en la UI que participan en la charla formativa semanal

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº pacientes (o cuidadores) que asisten

Denominador .....: total de pacientes ingresados en UI

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro de asistencia charla y de ingresos en UI

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Satisfacción con la actividad formativa semanal

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de pacientes que contestan EVA 0-10 >7 a la pregunta ¿le ha resultado útil la

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1112

### 1. TÍTULO

#### UNA UNIDAD DE ICTUS CENTRADA EN LAS PERSONAS. MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE QUE HA SUFRIDO UN ICTUS

información y la recomendaría?

Denominador .....: total de asistentes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro de asistencia charla y de ingresos en UI

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. % de pacientes que están informados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: nº pacientes que responden positivamente a las 3 preguntas: sabe lo que le ha ocurrido, porque, como evitarlo

Denominador .....: total de pacientes que contestan a la entrevista estructurada de alta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuesta estructurada, en entrevista al alta. Comparamos corte basal (hasta traslado) y despues de intervención

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. % de pacientes que están empoderados (activados y capaces de afrontar lo que les toca)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº pacientes que responden positivamente a la 4ª pregunta: se siente capaz de afrontar lo que le toca

Denominador .....: total de pacientes que contestan a la entrevista estructurada de alta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuesta estructurada, en entrevista al alta. Comparamos corte basal (hasta traslado) y despues de intervención

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. Mejora de la calidad de sueño percibida (pacientes conscientes

GCS 15)

% de sueño reparador

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de pacientes que dicen descansar bien (EVA 0-7 >7), con /sin sedantes

Denominador .....: total de pacientes que contestan, con/sin sedantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Se mide la calidad y cantidad del sueño, antes y después de la intervención/traslado. (ya estamos recogiendo una muestra de base con EVA y pulseras de actividad)

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

6. Mejora cuantitativa del sueño nocturno medido

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: horas de sueño nocturno en muestra base

Denominador .....: horas de sueño nocturno en muestra postintervención

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ya se estan recogiendo. Se espera un incremento de sueño nocturno >20% y disminución de uso de sedantes

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

7. Encuesta de satisfacción a una muestra de 30 paciente (semestral): % >7 (0-10)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de pacientes que puntuán >7

Denominador .....: nº de encuestas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: se comparan encuestas sucesivas, tendrmeos corte basal antes del traslado

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

8. Hay buzón de sugerencias y se analizan en reunión del Grupo de Mejora (trimestral)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1112

### 1. TÍTULO

#### UNA UNIDAD DE ICTUS CENTRADA EN LAS PERSONAS. MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE QUE HA SUFRIDO UN ICTUS

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: hay  
Denominador .....: no hay  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: cumple si: hay un buzón visible, se revisa en reunión del Grupo (aunque sea para decir que no hay sugerencias)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1129

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE PLAN DE ACTUACIONES PRIORITARIOS DEL ENFOQUE LEAN AL PROCESO DE ATENCION DE PACIENTES CON EM: CONTROL DE PACIENTES CON EM Y EDSS <2,5 Y > DE 7

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1129 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MARTIN MARTINEZ JESUS MANUEL ALFONSO

Título  
DESARROLLO DE PLAN DE ACTUACIONES PRIORITARIOS DEL ENFOQUE LEAN AL PROCESO DE ATENCION DE PACIENTES CON EM:  
CONTROL DE PACIENTES CON EM Y EDSS <2,5 Y > DE 7

Colaboradores/as:  
GARCIA RUBIO SEBASTIAN  
GRACIA ARAGÜES EVA  
PARDIÑAS BARON BEATRIZ  
ROMEO LAGUARTA ANA MARIA  
SEBASTIAN TORRES BERTA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad crónica inmunomediada del sistema nervioso central desmielinizante y neurodegenerativa potencialmente discapacitante y de pronóstico incierto en términos individuales. Sus manifestaciones son muy heterogéneas desde el punto de vista clínico y evolutivo. Aunque puede presentarse en todas las edades, se expresa de forma preferente en los adultos jóvenes entre los 20 y 35 años de edad y constituye, tras la patología traumática constituye la segunda causa de discapacidad neurológica en esta etapa de la vida en los países desarrollados, con importantes repercusiones a nivel laboral, social, familiar y personal, con un elevado coste sanitario derivado de las repercusiones de la enfermedad en la salud del individuo y cuidadores así como los costes directos derivados de los diferentes tratamientos.

La Unidad de EM del hospital Universitario Miguel Servet constituye una unidad CSUR, durante el año 2022 se ha realizado una revisión de sus procesos mediante metodología Lean con el asesoramiento del Instituto MAIZEN a través de un acuerdo entre la empresa farmacéutica Novartis y la Gerencia Dirección de este Hospital.

La metodología Lean plantea un enfoque hacia el desarrollo de procesos con resultados de valor, a través de un cambio de cultura de la organización y un enfoque de mejora continua basada en la eliminación de actividades no generadoras de valor, produciendo como consecuencia productos de calidad, eficientes y seguros

De acuerdo con las guías de calidad de asistencia a los pacientes con EM, se realizan consultas presenciales por el neurólogo cada 6 meses o 3 meses en dependencia de si hay actividad o progresión. Los grupos de pacientes con EDSS < de 2,5 y tratamientos modificadores del curso de la enfermedad (TMCE) de primera línea, no aporta valor sustancial a la consulta. Dado que el tiempo de consulta es limitado y la oferta de atención a los pacientes en incremento constante también lo es, se ha considerado de valor la evaluación de aspectos funcionales que permitan detectar oportunidades de mejora en la calidad de vida de los pacientes. Estas valoraciones se realizarían por el personal de enfermería cada 6 meses, mediante PROMs de Calidad de Vida, Adecuación, satisfacción y adherencia al tratamiento, Cribaje cognitivo, valoración de función esinteriana y fatiga.

Por otra parte se ha detectado que hay pacientes que se escapan de una actuación activa por parte del neurólogo ante la ausencia de tratamientos específicos, a los que un desplazamiento puede constituir un problema sin valor añadido de la consulta. Estos casos requieren, mas que una exploración que podría hacerse telemática con los medios adecuados, de una evaluación de necesidades que puede realizar así mismo el persona de enfermería mediante las escalas de valoración preceptivas, de las que pueden derivarse o no la visita al neurólogo que se realiza de forma aneal

#### ÁREAS DE MEJORA

Respuesta y adecuación a la demanda asistencial en pacientes con EDSS < 2,5  
Respuesta y adecuación a la demanda asistencial en pacientes con EDSS >7

#### ANALISIS DE CAUSAS

Un 18% de pacientes con EM en seguimiento se encuentran en EDSS <2,5 y con TMCE de primera línea, están estables y la evaluación y exploración clínica suponen un coste para el paciente (solicitud de permisos, desplazamientos ...) de escaso valor. Por otra parte el 20 % de pacientes se encuentran en un EDSS > 7 y progresión sin posibilidad de tratamiento, dejando de lado valoraciones de necesidades funcionales. Este 38% de pacientes constituyen 460 pacientes anuales (se atienden en la unidad 1200 pacientes) que se trasladan a otras citas de atención en tiempo (brotes, fallos de tratamiento, efectos secundarios)

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Dotar de valor en resultados de atención a las consultas de los pacientes con EM con EDSS > 7 y < 2,5 ahorrando tiempo de facultativo que revierte en atención en tiempo de pacientes cuya consulta aporta resultados de valor

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1129

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE PLAN DE ACTUACIONES PRIORITARIOS DEL ENFOQUE LEAN AL PROCESO DE ATENCION DE PACIENTES CON EM: CONTROL DE PACIENTES CON EM Y EDSS <2,5 Y > DE 7

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Protocolización de actividades

Fecha inicio: 17/08/2022

Fecha final.: 18/09/2022

Responsable.: J. Martín/ A Romeo

2. Traslado a HCE de PROM específicos

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: B. Sebastian/ B Pardiñas

3. Agendas de enfermería e inicio de actividad

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Eva Gracia / A Romeo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Adecuación citación EDSS < 2,5

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes con EM < 2,5 revisados al año por enfermería

Denominador .....: pacientes con EM < 2,5

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base Imed (específica EM)

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Adecuación citación EDSS > 7

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes con EM < 2,5 revisados al año por enfermería

Denominador .....: Pacientes con EM > 7

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base Imed

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Valoración encuesta de satisfacción EDSS < 2,5

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Encuesta satisfacción pacientes con EDSS < 2,5 con puntuación > 4

Denominador .....: Encuesta de satisfacción pacientes con EDSS < 2,5

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de la Unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

4. Valoración encuesta de satisfacción EDSS > 7

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Encuesta de satisfacción pacientes con EDSS > 7 con puntuación > 4

Denominador .....: Encuesta de satisfacción pacientes con EDSS > 7

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas Unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1129

### 1. TÍTULO

**DESARROLLO DE PLAN DE ACTUACIONES PRIORITARIOS DEL ENFOQUE LEAN AL PROCESO DE ATENCION DE PACIENTES CON EM: CONTROL DE PACIENTES CON EM Y EDSS <2,5 Y > DE 7**

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1133

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE PLAN DE ACTUACIONES PRIORITARIOS DEL ENFOQUE LEAN AL PROCESO DE ATENCION DE PACIENTES CON EM: PROYECTO DE COORDINACION CON A. PRIMARIA DE LA UD. DE EM EN EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1133 \*\* Continuidad asistencial: consulta no presencial \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GARCIA RUBIO SEBASTIAN

Título  
DESARROLLO DE PLAN DE ACTUACIONES PRIORITARIOS DEL ENFOQUE LEAN AL PROCESO DE ATENCION DE PACIENTES CON EM:  
PROYECTO DE COORDINACION CON A. PRIMARIA DE LA UD. DE EM EN EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES

Colaboradores/as:  
CALDU AGUD ROCIO  
GRACIA ARAGÜES EVA  
PARDIÑAS BARON BEATRIZ  
ROMEO LAGUARTA ANA MARIA  
SEBASTIAN TORRES BERTA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Línea estratégica: Continuidad asistencial: consulta no presencial

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad crónica inmunomediada del sistema nervioso central desmielinizante y neurodegenerativa potencialmente discapacitante y de pronóstico incierto en términos individuales. Sus manifestaciones son muy heterogéneas desde el punto de vista clínico y evolutivo. Aunque puede presentarse en todas las edades, se expresa de forma preferente en los adultos jóvenes entre los 20 y 35 años de edad y constituye, tras la patología traumática constituye la segunda causa de discapacidad neurológica en esta etapa de la vida en los países desarrollados, con importantes repercusiones a nivel laboral, social, familiar y personal, con un elevado coste sanitario derivado de las repercusiones de la enfermedad en la salud del individuo y cuidadores así como los costes directos derivados de los diferentes tratamientos.

La EM constituye una de las entidades patológicas incluidas en la "Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del sistema Nacional de Salud" que orienta un modelo global y compartido entre los diferentes niveles asistenciales como garantía, entre otros aspectos, de la continuidad asistencial y un uso seguro de los medicamentos en pacientes con enfermedades crónicas polimedicaos

Así dentro de un abordaje integral de los pacientes con EM es fundamental el papel de la AP en los siguientes aspectos:

- La detección precoz.
- Actuación en pacientes diagnosticados sobre: Promoción de hábitos saludables y mantenimiento de la salud, Manejo precoz sintomático, Monitorización de la seguridad de DMT

#### ÁREAS DE MEJORA

Continuidad asistencial, seguridad del paciente

#### ANALISIS DE CAUSAS

La multiplicidad de sistemas funcionales neurológicos afectados (cognitivo, visual, esfinteriano, sensitivo, motor, coordinación y equilibrio) junto a otras manifestaciones (sueño, función sexual, cansancio/fatiga, dolor, espasticidad) y la mayor incidencia de comorbilidad general (Depresión, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, dislipemia, síndrome del intestino irritable) y autoinmune (psoriasis, psoriasis, enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad tiroidea y uveítis entre otras) hacen fundamental la integración multidisciplinar de otras especialidades en el manejo y seguimiento de los pacientes con EM.

Los avances en el tratamiento, con la aparición de una multiplicidad de fármacos de alto coste, hacen necesaria una valoración específica de los pacientes y una detección precoz de la enfermedad y efectos secundarios de los distintos fármacos en aras de la eficiencia del tratamiento.

Además, una visión integral y holística del paciente y su enfermedad hacen especialmente relevantes, el tratamiento de las comorbilidades presentes en estos pacientes con el fin de preservar un cerebro lo más sano posible.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Coordinar la Atención Primaria y la Unidad de Esclerosis Múltiple del Sector II mejorando las actitudes y aptitudes de los médicos de familia para detectar de forma precoz la enfermedad y los brotes.
2. Mejorar la continuidad asistencial y atención global del paciente con EM mediante:
  - Detección precoz del brote
  - Detección precoz de efectos secundarios derivados del tratamiento
  - Solucionar en el primer nivel las enfermedades intercurrentes y la comorbilidad asociada

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1133

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE PLAN DE ACTUACIONES PRIORITARIOS DEL ENFOQUE LEAN AL PROCESO DE ATENCION DE PACIENTES CON EM: PROYECTO DE COORDINACION CON A. PRIMARIA DE LA UD. DE EM EN EL MANEJO INTEGRAL DE PACIENTES

1. Desarrollo de 1 actividad anual formativa por parte de la U de EM dirigida a AP en formato mixto, acerca de la enfermedad y tratamientos modificadores de la enfermedad y sintomáticos  
Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: S. García Rubio/J. Martín Martínez

2. Desarrollo de documento consensuado con AP relacionado con la atención de los pacientes con EM, en los distintos aspectos y grados de la enfermedad incluyendo la atención por enfermería  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: S. García Rubio/Rocío Caldú

3. Protocolo de comunicación directo con la U. de EM para resolución de dudas y comunicación de incidencias y efectos adversos asociados a la medicación en pacientes diagnosticados  
Fecha inicio: 31/05/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: B. Sebastian Torres/J. Martín Martínez

4. Protocolo de comunicación directo de comunicación ante sospecha de proceso desmielinizante de etiología inflamatoria (manifestaciones de la enfermedad prototípica)  
Fecha inicio: 31/05/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Bea Pardini / B. Sebastian

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se han desarrollado los protocolos de comunicación de dudas efectos adversos y derivación a la unidad y se han presentado a Subdirección Médica del Hospital y Dirección Médica de AP, encontrándose pendientes de establecer una ICV con dirección de primaria a la Unidad

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Actividad formativa  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Satisfacción escala de valoración > 8  
Denominador .....: Médicos de AP asistentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta actividad acreditada  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.01  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.01  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

2. Respuesta derivación  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Interconsultas remitidas a la Unidad respondidas en 48 h  
Denominador .....: Nº de interconsultas remitidas a la unidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1228

### 1. TÍTULO

#### CODIGO DE SÍMBOLOS PARA OPTIMIZAR LA INFORMACION SOBRE CADA PACIENTE EN LA UNIDAD DE ICTUS

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1228 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TERCERO NAVARRO M. ISABEL

Título  
CODIGO DE SÍMBOLOS PARA OPTIMIZAR LA INFORMACION SOBRE CADA PACIENTE EN LA UNIDAD DE ICTUS

Colaboradores/as:  
CATALAN SANCHEZ CLARA  
DEL PRADO SANCHEZ MARTA  
GONZALEZ GARRIDO JON ANDER  
HERNANDEZ FREGENAL BEATRIZ  
MARTA MORENO JAVIER  
MORTE LATORRE SOLEDAD  
SERRANO PONZ MARTA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La unidad de ictus acoge a pacientes en la fase más aguda de su enfermedad, con una estancia media corta y un alto índice de rotación, lo que hace que con frecuencia los pacientes sean desconocidos para la enfermería que empieza su turno. Es crucial conocer con seguridad y de forma rápida datos del paciente como el subtipo de ictus, el lado de la paresia, o la presencia de disfagia ya que estos condicionan aspectos prácticos de su manejo y tratamiento. Una transmisión de la información rápida y segura mediante un código de símbolos a la cabecera del enfermo puede favorecer tanto la rápida transmisión de la información entre el personal como la seguridad del paciente

#### ÁREAS DE MEJORA

- o Transmisión de la información sobre los pacientes
- o Seguridad de los pacientes

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- o Los pacientes son siempre de reciente ingreso y en muchas ocasiones desconocidos para cada turno de enfermería
- o El alto índice de rotación de los pacientes

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Optimizar la comunicación entre los profesionales sanitarios.
- Agilizar el intercambio de información en el cambio de turno.
- Minimizar errores en las técnicas de monitorización multiparámetro.
- Minimizar errores en el manejo del paciente. (sedestación, relación con el entorno, tipos de dieta etc)

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Desarrollar un sistema de información rápido, ágil, intuitivo, siempre visible y fácilmente actualizable sobre parámetros personalizados básicos de situación de cada paciente de la Unidad de Ictus

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/05/2022

Responsable.: Isabel Tercero Navarro

2. - Implantar dicho sistema

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Marta del Prado

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

: Este código de símbolos ya se ha desarrollado y se denomina CITIUS.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Tiempo para el aprendizaje del código:

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: • Fórmula: tiempo (horas) de aprendizaje del código

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1228

### 1. TÍTULO

#### CODIGO DE SÍMBOLOS PARA OPTIMIZAR LA INFORMACION SOBRE CADA PACIENTE EN LA UNIDAD DE ICTUS

Denominador .....: tiempo trabajado(horas)  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: turnos trabajados  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Enfermería formada en CITIUS  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: número de enfermer@s de la UI formados en CITIUS  
Denominador .....: número de enfermer@s de la unidad de ictus  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Gestión de turnos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 6.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 6.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 6.00

3. Pacientes de la Unidad de Ictus con patología identificada por el código CITIUS  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: número total de pacientes de la UI identificados por el código  
Denominador .....: /número de pacientes ingresados en la UI  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro ingresos propio Unidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

4. Satisfacción de la enfermería de la UI  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: número de enfermer@s que puntúan = 15 en la escala de valoración de la actividad  
Denominador .....: número de enfermer@s formados en el sistema de códigos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 6.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 6.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 6.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
el indicador 4 se obtendrá a partir de la siguiente escala de valoración por enfermería:  
Cuánto consideras del 1 al 5 que el sistema de códigos es de fácil aprendizaje  
Cuánto consideras del 1 al 5 que ahorra tiempo en la transmisión de la información  
Cuánto consideras del 1 al 5 que facilita la identificación de la patología del paciente  
Cuánto consideras del 1 al 5 que es de utilidad en tu práctica clínica

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#605

### 1. TÍTULO

#### NUEVA PERSPECTIVA EN LA INTERPRETACION CARDIOTOCOGRAFICA INTRAPARTO PARA MEJORAR LA DETECCION DE ACIDOSIS FETAL Y REDUCIR INTERVENCIONES MATERNAS INNECESARIAS

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#605 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CASTAN MATEO SERGIO

Título  
NUEVA PERSPECTIVA EN LA INTERPRETACION CARDIOTOCOGRAFICA INTRAPARTO PARA MEJORAR LA DETECCION DE ACIDOSIS FETAL Y REDUCIR INTERVENCIONES MATERNAS INNECESARIAS

Colaboradores/as:  
ANDRES OROS MARIA PILAR  
CASTAN LARRAZ BERTA  
CASTAN LARRAZ BEATRIZ  
RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN  
SAVIRON CORNUDELLA RICARDO MARIANO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El área obstétrica del bienestar fetal es fundamental en la asistencia al parto ya que cualquier profesional va a necesitar tomar decisiones en tiempo y forma que aseguren una integridad tanto fetal como materna. La monitorización fetal electrónica intraparto es el método universal establecido para vigilar el bienestar fetal. La cardiocotografía (CTG) es ampliamente utilizada en todo el mundo para evaluar el estado fetal durante el embarazo y el parto. La CTG presenta una sensibilidad muy alta para predecir la hipoxia y acidemia cerebral fetal, aunque su especificidad es baja. La interpretación del trazado de la frecuencia cardíaca fetal durante el parto es uno de los temas más controvertidos y problemáticos dentro de la práctica obstétrica. El error en su valoración ocasiona, a menudo, intervenciones innecesarias y peligrosas sobre la madre y el feto, principalmente durante la segunda fase del parto (expulsivo). El reconocimiento del riesgo de acidosis fetal intraparto de manera eficaz y sencilla basándose en la interpretación cardiocotográfica, favorecido con educación y entrenamiento profesional (formación continuada) y una buena comunicación multidisciplinaria, serán fundamentales en la seguridad materna y fetal intraparto. En la actualidad no se dispone en la CTG de un parámetro con alta capacidad discriminativa para clasificar la acidemia fetal. El desarrollo y aplicación de nuevas vías de interpretación, además de la visual o informatizada, son necesarias para mejorar el rendimiento y evitar resultados adversos tanto maternos como fetales.

#### ÁREAS DE MEJORA

Un parámetro útil en la predicción del riesgo fetal de hipoxia deberá de ser simple, objetivo y cuantificable y que permita evitar o reducir las situaciones de acidosis intraparto al igual que las intervenciones innecesarias que comporta dicho riesgo.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

"Each Baby Counts" es un programa de mejora de la calidad dirigido por el RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) que desde 2014, analiza incidentes ocurridos durante la asistencia al parto con la ambición de poder reducir o mejorar las muertes neonatales y las injurias cerebrales que pueden condicionar trastornos neurológicos a corto (EHI) y largo plazo (parálisis cerebral) e incluso, la muerte. Entre los factores que contribuyen a estos resultados, se encuentra la CTG. Los errores en su interpretación, así como la ausencia o retraso en la toma de decisiones secundaria a su valoración, se detectan en el 56% de fetos, siendo mejorable la asistencia en 2 de cada 3 de ellos. Alrededor del 70-80% de neonatos con encefalopatía hipóxica presenta anomalías en los registros.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Adecuación contemporánea de la interpretación cardiocotográfica
- Mejora en la seguridad materna y fetal durante la asistencia al parto
- Mejora en predicción y detección de acidosis fetal (sensibilidad 90%, VPN 89%)
- Disminución de lesiones hipóxicas cerebrales a corto plazo (encefalopatía hipóxico-isquémica) y largo plazo (parálisis cerebral)
- Reducción del 30% de microtomías de calota fetal (prueba de segundo nivel en bienestar fetal)
- Disminución de 30-45% de cesáreas innecesarias
- Mejora de interpretación del registro fetal como herramienta judicial en el ámbito médico-legal

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Educación y entrenamiento profesional (formación continuada) y una buena comunicación multidisciplinaria, serán fundamentales en la seguridad materna y fetal intraparto. Cursos Acreditados

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final: 31/10/2022

Responsable.: Dr. Sergio Castán Mateo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#605

### 1. TÍTULO

#### **NUEVA PERSPECTIVA EN LA INTERPRETACION CARDIOTOCOGRAFICA INTRAPARTO PARA MEJORAR LA DETECCION DE ACIDOSIS FETAL Y REDUCIR INTERVENCIONES MATERNAS INNECESARIAS**

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

ÁMBITO: Cualquier ámbito hospitalario donde sea necesario adoptar decisiones clínicas por parte de matronas y obstetras.

DESTINATARIOS: Gestantes en trabajo de parto con asistencia hospitalaria cuyo control del bienestar fetal se realice mediante monitorización fetal electrónica. Este método de control fetal intraparto es actualmente el considerado apropiado y se realiza de manera universal.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Acidosis fetal severa (pH umbilical < 7)  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Fetos nacidos con acidosis severa  
Denominador .....: Fetos totales nacidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Libro de partos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 3.00

2. Cesáreas urgentes por RPF  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Cesáreas urgentes por RPF  
Denominador .....: Total de cesáreas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Libro de partos/Informe de alta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 35.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

La implementación de esta estrategia para detectar acidosis fetal de una manera más rentable y sencilla es de fácil aplicación clínica (transferibilidad) en cualquier unidad hospitalaria asistencial sin requerir ninguna modificación estructural o de personal, ya que únicamente necesita una formación y entrenamiento en su uso a la hora de interpretar los registros cardiotocográficos.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#667

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO HOSPITALARIO DE AGRESION SEXUAL

Fecha de entrada: 16/07/2022

Nº de registro: 2022#667 \*\* Violencia de Género \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RODRIGUEZ SOLANILLA BELEN

Título  
PROTOCOLO HOSPITALARIO DE AGRESION SEXUAL

Colaboradores/as:  
CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL  
CASTAN LARRAZ BERTA  
CRESPO ESTERAS RAQUEL  
DIESTE PEREZ ANA MARIA DE LA PEÑA  
GONZALEZ BALLANO ISABEL  
LASIERRA BEAMONTE ANA  
TEJERO CABREJAS EVA LUCIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Violencia de Género

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La violencia sexual se considera un problema de salud pública por su honda repercusión en la salud física y mental de las personas.

Los servicios de Urgencias Hospitalarios son en muchas ocasiones el primer punto de contacto de las personas que han sufrido violencia sexual. Esta primera respuesta es fundamental y es aquí donde los profesionales han de ser eficaces, ya que sobre estas intervenciones van a pivotar todas las actuaciones posteriores, condicionando la respuesta y acción del resto de agentes implicados y recursos.

De esta manera, la actuación homogénea protocolizada del equipo sanitario que atiende a la víctima resulta fundamental, tanto para mejorar la calidad asistencial, como para asegurar las necesarias garantías jurídicas y la seguridad de la víctima.

Muchas de estas pacientes presentan circunstancias que aumentan su vulnerabilidad y deben ser correctamente valoradas a su llegada al Servicio de Urgencias (edad, enfermedad, diversidad funcional, situación de exclusión social, situación administrativa irregular, drogodependencia, discapacidad). Estas condiciones producen en ellas una mayor indefensión y se consideran agravantes legales.

#### ÁREAS DE MEJORA

- La asistencia a estas pacientes es compleja porque en ella intervienen profesionales de diferentes estamentos. La coordinación con las Fuerzas de Orden Público, el Juzgado de Guardia y el Médico Forense son de vital importancia para dar una asistencia de calidad a estas pacientes.

- La recogida de muestras debe realizarse de forma sistemática y coordinada con el Médico Forense ya que son de vital importancia como prueba para un posible proceso judicial posterior.

- Se debe establecer el seguimiento de las pacientes tanto físico como emocional, dándole a conocer las diferentes entidades y profesionales que le pueden dar soporte

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Los profesionales sanitarios de Urgencias deben conocer los diferentes pasos a realizar para tejer la red que da soporte a estas pacientes: Fuerzas de Orden Público Especializadas, Juzgado de Guardia y Forense, Servicio de Medicina Preventiva y Servicio de Infecciosos, trabajadora social. Los supuestos y situaciones en estas pacientes son muy complejas y se necesita un protocolo que de soporte al facultativo para facilitar su trabajo.

- La recogida de muestras es compleja y requiere instrucciones y material que deben estar fácilmente disponibles.

- En ocasiones no se hace un correcto seguimiento de las pacientes y no se pone a su disposición todos los recursos adecuados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Establecer pautas homogéneas de actuación para el personal sanitario de Urgencias de Maternidad del Hospital Universitario Miguel Servet cuando atiendan a pacientes con sospecha de agresión sexual.

- Ofrecer una atención sanitaria integral a las personas que son víctimas de violencia sexual.

- Sistematizar la necesaria coordinación de todas las instancias implicadas en la atención en Urgencias a las personas que han sufrido algún tipo de agresión sexual y proporcionar pautas comunes de actuación.

- Protocolizar la recogida de muestras de estas pacientes y asegurar su cadena de custodia

- Protocolizar las profilaxis necesarias según las diferentes situaciones

- Protocolizar el seguimiento de las pacientes para darles soporte físico y emocional

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de grupo de trabajo  
Fecha inicio: 01/06/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#667

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO HOSPITALARIO DE AGRESION SEXUAL

Fecha final.: 20/06/2022

Responsable.: Dra. Belén Rodríguez Solanilla

#### 2. Revisión evidencia disponible

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 25/07/2022

Responsable.: Dra. Isabel González Ballano

#### 3. Elaboración de protocolo de actuación

Fecha inicio: 26/07/2022

Fecha final.: 03/10/2022

Responsable.: Dra. Eva Tejero Cabrejas

#### 4. Preparar material necesario para la atención a las pacientes

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Dra. Pilar Andrés Orós

#### 5. Presentación de protocolo a profesionales implicados

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Dra. Eva Tejero Cabrejas

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se prepararán kits con el material necesario para recogida de muestras y profilaxis para las pacientes que faciliten la actuación en estos supuestos.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Tasa pacientes con exploración y recogida de muestras conjunta médico forense/ginecólogo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes que acuden a Urgencias por agresión sexual en las que se realiza exploración y recogida de muestras conjunta médico forense/ginecólogo

Denominador .....: Pacientes que acuden a Urgencias por agresión sexual

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Informes PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 2. Tasa de pacientes con correcta recogida de muestras

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes que acuden a Urgencias por agresión sexual en las que se realiza correcta recogida de muestras

Denominador .....: Pacientes que acuden a Urgencias por agresión sexual

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Informes PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

#### 3. Tasa de personal sanitario implicado en asistencia (médicos/matronas) que conocen protocolo

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Personal sanitario implicado en asistencia a paciente con agresión sexual (médicos/matronas) que conocen protocolo

Denominador .....: Personal sanitario implicado en asistencia a paciente con agresión sexual médicos/matronas)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se revisarán informes de PCH de pacientes con agresión sexual atendidos en Urgencias de Maternidad con periodicidad semestral.

Se realizará encuesta a matronas y facultativos para determinar si conocen la existencia del protocolo de actuación y saben cómo acceder a él.

POBLACIÓN DIANA



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#667

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO HOSPITALARIO DE AGRESION SEXUAL

---

Edad: Todas las edades

Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#838

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE LAS HISTEROSCOPIAS DIAGNOSTICAS Y QUIRURGICAS CON ANESTESIA LOCAL CERVICAL

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#838 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DEL TIEMPO MARQUES MARIA PILAR

Título  
REALIZACION DE LAS HISTEROSCOPIAS DIAGNOSTICAS Y QUIRURGICAS CON ANESTESIA LOCAL CERVICAL

Colaboradores/as:  
BAQUEDANO MAINAR LAURA  
BOLEA TOBAJAS RAUL  
BORQUE IBAÑEZ AMPARO  
JOSE GUTIERREZ YASMINA  
LAMARCA BALLESTERO MARTA  
LATORRE TORENA CRISTINA  
SOLER SERRANO ROSA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La histeroscopia es un procedimiento esencial y generalizado en la práctica diaria para ver y tratar patologías endocavitarias manejando el sangrado uterino anormal y la posibilidad de realizar biopsias dirigidas con mayor rendimiento diagnóstico en patología neoplásica. Nos permite visualizar la cavidad endometrial para determinar si esta es normal y permite el diagnóstico e incluso el tratamiento de patologías como pólipos endometriales, miomas submucosos y permite diagnosticar ADC endometrio. Este procedimiento se realiza con frecuencia en el Servicio de ginecología, donde realizamos aproximadamente unas 20 a la semana.

Aunque el procedimiento se lleva a cabo con instrumental de menor diámetro en la actualidad y en general no es precisa la anestesia para su realización, nuestra experiencia nos muestra que pacientes como por ejemplo nulíparas, pacientes con estenosis cervical, ansiedad o comorbilidad refieren dolor leve moderado durante y después de la prueba no cooperando y siendo la principal causa de no poder finalizar el procedimiento. Muchas pacientes describen que es una prueba dolorosa y que agradecerían en gran medida que se pudiera llevar a cabo con algún tipo de anestesia para poder soportar mejor la duración de la intervención y disminuir la ansiedad asociada a saber que se les va a realizar una prueba dolorosa sin ningún tipo de sedación, práctica habitual en otras endoscopias como la colonoscopia.

Muchas pacientes nos refieren no entender como en el año 2022 no es posible que exista "algo" que se pueda hacer para que se les realice esta técnica sin tener dolor. Por ello intentar disminuir el dolor percibido por las pacientes en este tipo de prueba es para nosotros una prioridad, a parte del claro beneficio para las pacientes, también es beneficioso para los profesionales sanitarios.

La disminución del dolor mejora la colaboración de las pacientes, acorta la duración, aumenta el nº de procedimientos exitosos y mejora la seguridad general del procedimiento, ya que las pacientes al estar más relajadas y sin dolor se mueven menos y hacen menos movimientos bruscos disminuyendo así el eventual riesgo de perforación uterina. También el profesional sanitario se encuentra más satisfecho al realizar la prueba sin causar malestar a la paciente. Por todo ello pretendemos instaurar la aplicación de una anestesia local cervical para disminuir el dolor asociado a la prueba.

El kit preciso para la realización de esta técnica únicamente supone un coste económico de 20 euros por paciente. Al poder realizar más procedimientos de esta manera, se reducirá posiblemente la programación de histeroscopias diagnósticas en quirófano que se programan en la mayoría de ocasiones porque las pacientes se vagalizan por dolor o no pueden soportar el dolor de la prueba y esta ha de ser suspendida. Esto supondrá un ahorro económico global ya que disminuirán el número de procedimientos realizados en quirófano con anestesia locoregional o general que precisa de Hospitalización y también reducirá posiblemente las histeroscopias programadas en UCSI con el coste económico que esto supone, sin hablar del beneficio para las pacientes al evitarles una hospitalización con las implicaciones a nivel familiar, personal y laboral que esto supone. Es por tanto una técnica altamente costeefectiva que creemos que debemos implementar.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. DISMINUIR EL DOLOR PERCIBIDO POR LAS PACIENTES EN LA PRUEBA.
2. DISMINUIR LA ANSIEDAD DE LAS PACIENTES QUE SABEN QUE TIENE QUE SOMETERSE A ESTA PRUEBA DIAGNOSTICA.
3. AUMENTAR EL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS EXITOSOS.
4. DISMINUIR LOS PROCEDIMIENTOS PROGRAMADOS EN QUIROFANO.
5. DISMINUIR LA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA.
6. RECUPERACIÓN MÁS RÁPIDA DE LAS PACIENTES E INCORPORACIÓN A SU VIDA HABITUAL.
7. FACILITA EL TRABAJO DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA PRUEBA.
8. AUMENTA LA SEGURIDAD DEL PROCEDIMIENTO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#838

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE LAS HISTEROSCOPIAS DIAGNOSTICAS Y QUIRURGICAS CON ANESTESIA LOCAL CERVICAL

##### ANALISIS DE CAUSAS

1. ES UNA PRUEBA PERCIBIDA COMO DOLOROSA POR ALGUNAS PACIENTES.
2. PRUEBA QUE GENERA EN OCASIONES ANSIEDAD POR PENSAR QUE ES DOLOROSA
3. AL DISMINUIR DOLOR PODREMOS REALIZAR CON EXITO MAS PRUEBAS
- 4-5. AL PODER HACER MAS EN CONSULTA DISMINUIREMOS LAS INDICACIONES EN QUIROFANO Y ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA
- 7-8. CON EL DOLOR A VECES LAS PACIENTES SE MUEVEN Y DIFICULTAN LA REALIZACION DE LA PRUEBA.

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

DISMINUIR EL DOLOR ASOCIADO A LAS HISTEROSCOPIAS DIAGNOSTICAS QUE SE REALIZA DE FORMA HABITUAL EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE PATOLOGIA ENDOMETRIAL A LAS MUJERES EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. COMENZAR A UTILIZAR EL ANESTESICO LOCAL PARA REALIZAR LAS HISTEROSCOPIAS DIAGNOSTICAS EN CONSULTA.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: DRA. DEL TIEMPO MARQUES

2. REGISTRO DE PRUEBAS REALIZADAS CON EXITO

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: DRA. LAMARCA BALLESTERO

3. ENCUESTA DE GRADO DE SATISFACCION DE PACIENTES

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: DRA. BAQUEDANO MAINAR

4. REGISTRO DE POSIBLES INCIDENCIAS

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: DRA. BORQUE IBAÑEZ

5. ESTUDIO DE DISMINUCION DE ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: DRA. JOSE GUTIERREZ

6. EVALUACION DE SATISFACCION POR LOS PROFESIONALES DE GINECOLOGIA

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: DR. BOLEA TOBAJAS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. N° DE HISTEROSCOPIAS REALIZADAS CON ANESTESIA LOCAL CERVICAL.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° HISTEROSCOPIAS DX REALIZADAS CON ANESTESIA LOCAL CERVICAL EN CONSULTA

Denominador .....: N° TOTAL DE HISTEROSCOPIAS DX REALIZADAS EN CONSULTA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

BASE DATOS HISTEROSCOPIA DX

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.90

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.60

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.90

2. N° HISTEROSCOPIAS REALIZADAS CON EXITO CON ANESTESIA LOCAL CERVICAL

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° HISTEROSCOPIAS DX REALIZADAS CON ANESTESIA LOCAL CERVICAL EN CONSULTA DE FORMA EXISTOSA

Denominador .....: N° TOTAL HISTEROSCOPIAS DX REALIZADAS CON ANESTESIA LOCAL CERVICAL EN CONSULTA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

BASE DATOS HISTEROSCOPIA DX

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 81.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#838

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE LAS HISTEROSCOPIAS DIAGNOSTICAS Y QUIRURGICAS CON ANESTESIA LOCAL CERVICAL

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#909

### 1. TÍTULO

#### INFORMACION OBSTETRICA HOSPITALARIA MEDIANTE ELABORACION DE CODIGOS QR

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#909 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ANDRES OROS MARIA PILAR

Título  
INFORMACION OBSTETRICA HOSPITALARIA MEDIANTE ELABORACION DE CODIGOS QR

Colaboradores/as:  
CASTAN LARRAZ BEATRIZ  
DE BONROSTRO TORRALBA CARLOS MARIA  
GONZALEZ BALLANO ISABEL  
POLO OLIVEROS LAURA  
RODRIGUEZ LAZARO LAURA  
RUIZ PEÑA ANA CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Día tras día uno de los objetivos principales en la obstetricia moderna es conjugar la evidencia actual con una práctica cada vez más cercana a la paciente y a su acompañante, evolucionando en un modelo en el que la gestante sea el centro de todas las intervenciones.

La información clínica adecuada puede contribuir a un mejor desarrollo del proceso asistencial, mejorar la relación entre el personal sanitario y la gestante, y por lo tanto mejora la calidad del servicio asegurando grados óptimos de satisfacción.

El uso de las nuevas tecnologías ha abierto un abanico de oportunidades para mejorar la eficiencia y la calidad de la asistencia a la gestante en particular y el paciente en general. En la actualidad existe la necesidad de encontrar respuestas innovadoras en promoción de la salud, utilizando el potencial de las TICs (tecnologías de la información y la comunicación) para fomentar el autocuidado y el empoderamiento del ciudadano, a nivel personal y comunitario.

Los códigos QR (Del inglés "Quick Response"), o códigos de respuesta rápida, son códigos de barras bidimensionales cuadrados que almacenan datos de cualquier tipo. Los dispositivos capaces de capturar imágenes (por ejemplo un smartphone o una tableta) descifran el código y nos trasladan directamente a un enlace o archivo con información específica sobre su enfermedad, el tratamiento y cómo cuidarse después de volver a casa.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Actualizar la información sobre el proceso normal del embarazo, parto y postparto que se proporciona a la paciente desarrollándolo de una forma más cercana mediante el uso de las nuevas tecnologías (vídeos divulgativos accesibles con códigos QR) y por lo tanto avanzar en el proceso de humanización que responde a las necesidades de la mujer con respecto a las expectativas de ese momento vital.

- Proporcionar información accesible y actualizada sobre pruebas y técnicas intervencionistas que, en ocasiones, son necesarias durante la gestación y sobre los cuidados posteriores necesarios

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desde el momento de la concepción la mujer gestante y su pareja van a tener miedos y dudas y su necesidad de información puede resolverse de forma fácil y rápida mediante el uso de internet, independientemente de la información que el personal sanitario les facilite. El problema más común a la hora de buscar información en la red es la escasa calidad y veracidad de los contenidos de multitud de páginas web proporcionando en estas ocasiones una información inadecuada que puede no solamente no resolver las dudas de los usuarios, sino, además, generarles un alto grado de estrés y ansiedad.

El sector sanitario ha experimentado una gran transformación con la implantación de las TIC, que han supuesto una nueva forma de trabajar en el ámbito de la medicina y la atención a los pacientes. Con la transmisión de información mediante uso de los códigos QR se ha demostrado que se logra captar una mayor atención de usuario gracias a poder transmitir la información mediante un formato diferente, inmediato y que conlleva una mayor fidelización del paciente. Los códigos QR permiten la inserción de información en audio, textos, video e imágenes se han convertido en un sistema eficiente de suministro actual de información.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Aumentar la calidad en la atención al paciente al proporcionar información, complementaria a la de la consulta, mediante códigos QR.
- Aumentar el grado de satisfacción del usuario al recibir la información de forma más cercana y actual que le va a permitir una mejor conocimiento del proceso asistencial.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación del grupo de trabajo  
Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#909

### 1. TÍTULO

#### INFORMACION OBSTETRICA HOSPITALARIA MEDIANTE ELABORACION DE CODIGOS QR

Fecha final.: 16/09/2022

Responsable.: Dra. M<sup>a</sup> Pilar Andrés Oros

2. Identificar y determinar las áreas de trabajo principales

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 28/10/2022

Responsable.: Dra. Laura Polo Oliveros.

3. Elaboración de videos

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Dra. Ana Cristina Ruíz Peña

4. Difusión de formatos QR asociados a los videos. Presentación al personal implicado

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Dr. Carlos de Bonrostro Torralba

5. Encuesta de satisfacción

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Dra. Isabel González Ballano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Tasa de personal médico del Servicio de Obstetricia que conoce el proyecto

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Personal médico del Servicio de Obstetricia que conoce el proyecto

Denominador .....: Personal médico del Servicio de Obstetricia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Encuesta de satisfacción a las gestantes usuarias del servicio

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Gestantes a las que se atiende el parto en el periodo de evaluación del proyecto con opinión satisfactoria del proyecto

Denominador .....: Número de gestantes a las que se atiende el parto en el periodo de evaluación del proyecto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1036

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ASISTENCIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS OBSTETRICO-GINECOLOGICAS

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1036 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTIN TARIFA LAURA

Título  
MEJORA EN LA ASISTENCIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS OBSTETRICO-GINECOLOGICAS

Colaboradores/as:  
ALMUDI ALONSO TERESA  
BERMUDEZ TRIANO MARIA DEL CARMEN  
DEL FRESNO SERRANO MIGUEL ANGEL  
LAPLAZA SORIA BEATRIZ  
LASSO OLAYO LAURA  
MARCOS DE MARCO PATRICIA  
RODRIGUEZ SANCHEZ MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La categorización de los problemas de las mujeres que llegan al servicio de urgencias de maternidad es de vital importancia, ya que dicho servicio supone la primera toma de contacto de la paciente con el sistema sanitario. En el año 2021 las urgencias gineco-obstétricas del HUMS se atendieron a un total de 17.074 pacientes. De ellas, 11.658 (68,16%) acudieron por causas obstétricas y 5.436 (31,84%) acudieron por causas ginecológicas.

Los principales diagnósticos de nuestras pacientes fueron:

- Aborto del primer trimestre de gestación
- Embarazo ectópico
- Vómitos en la gestante.
- Sangrado menstrual excesivo
- Dolor abdominal.

La actual ley de protección de datos, refleja la importancia de preservar la intimidad de las personas, e insta a prestar especial interés en aquellos datos que tienen que ver con la salud de las personas. Es por ello que el equipo de urgencias obstétrico-ginecológicos hemos considerado necesario realizar un cambio en el sistema de llamada de nuestras pacientes en la sala de espera.

En la actualidad cuando acude una paciente a nuestro servicio, un celador le acompaña desde el servicio de admisión a la sala de espera. A continuación es mismo celador se encarga de entregarnos en la sala de exploración, unas etiquetas identificativas de la paciente con las cuales será llamada a través de un sistema de megafonía instalado en la sala de espera. De esta manera se llama con nombre y dos apellidos a cada una de las pacientes que acuden a urgencias. Este sistema permite identificar a las pacientes que están siendo atendidas y por lo tanto ser reconocidas por otras pacientes que se encuentran en la sala de espera, incumpliendo así lo indicado en la ley de protección de datos enumerada anteriormente.

Por ello, se plantea crear un sistema de información que incremente la confidencialidad de los datos de las pacientes que acuden al servicio de urgencias, mediante:

- Uso de un código asignado, que constará de los 3 últimos dígitos del número de urgencia de la paciente. Éste será anotado por el personal de admisión en el reverso de las etiquetas una vez que la paciente acuda a dar sus datos en el servicio de urgencias. Posteriormente avisarán a las matronas de la llegada de la paciente, y finalmente las pacientes serán llamadas por las matronas a través de megafonía, o presencialmente una vez que éstas entren en la historia clínica y visualicen el número de urgencia correspondiente.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Reducir el tiempo de espera de toda paciente que llegue al servicio de urgencias.
- Abogar por el respeto a la intimidad de las pacientes durante su estancia en la sala de espera y mientras son atendidas en el box.
  - o Mediante un sistema numérico de llamada a las pacientes para ser atendidas, no teniendo que revelar su identidad por megafonía para ser atendidas.
  - o Mediante un sistema sonoro que nos permita identificar que existe una paciente para atender sin que el celador tenga que irrumpir en la sala de exploración para avisarnos de que ha llegado paciente

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Actualmente cuando una paciente llega al servicio de urgencias, se dirige directamente a admisión, donde da sus datos personales (nombre y apellidos) y explica si el motivo por el que acude es de causa obstétrica o ginecológica. Posteriormente desde admisión imprimen unas pegatinas, que dan al celador, quien las acompaña a la sala de espera de urgencias. El celador da las pegatinas a la matrona, entrando en la sala donde hay otra paciente que está siendo valorada por el/la ginecóloga. Seguidamente la matrona llama a la paciente por megafonía con nombre y apellidos para que acuda al box a ser

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1036

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ASISTENCIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS OBSTETRICÓ-GINECOLÓGICAS

triada.

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

###### Objetivos Generales

- Favorecer el cumplimiento adecuado de los tiempos máximos de espera de las pacientes antes del triaje.
- Evitar retrasos para informar de la llegada de la paciente a urgencias.
- Preservar la intimidad de la paciente tanto en la sala de espera y el box de exploración.

###### Objetivos Específicos

- Favorecer una adecuada coordinación por parte del personal sanitario desde que una paciente llega al servicio de urgencias.
- Disminuir el tiempo de espera de la paciente, para ser atendida.
- Recordar a celadores que apunten en las pegatinas los 3 últimos dígitos del número de urgencias.
- Informar rápidamente de la llegada de la paciente al servicio de urgencias.
- Favorecer la acogida de la paciente.
- Favorecer la intimidad del resto de pacientes, cuando están siendo atendidos, evitando que celadores entren para informar de la llegada de nuevos pacientes.
- Favorecer la intimidad de la paciente al ser avisada por megafonía que acuda para ser triada.

##### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un tríptico que recoja el sistema a seguir desde la llegada de una paciente a urgencias

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/12/2022

Responsable.: Personal del servicio de urgencias obstétrico-ginecológicas del HUMS

2. Elaborar 2 veces al año, una pequeña sesión para nuevo personal donde se explique el circuito de triaje

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/12/2022

Responsable.: Personal del servicio de urgencias obstétrico-ginecológicas del HUMS

3. Disminuir las interrupciones en la sala de exploración, mediante la incorporación de una señal sonora para identificar la llegada de pacientes a la sala de espera.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/12/2022

Responsable.: Personal del servicio de urgencias obstétrico-ginecológicas del HUMS

4. Fomentar el cumplimiento de los estándares de calidad en lo relativo a los tiempos máximos de espera antes del triaje.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/12/2022

Responsable.: Personal de admisión y matrona del servicio de urgencias obstétrico-ginecológicas del HUMS.

5. Llamar a la paciente por un número asignado en admisión, que consta de los 3 últimos dígitos del número de urgencia

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/12/2022

Responsable.: Personal de admisión y matrona del servicio de urgencias obstétrico-ginecológicas del HUMS.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

##### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Reducción del tiempo de espera para ser atendido

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes triadas en los primeros 15 minutos

Denominador .....: Número total de pacientes triadas.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Grado de satisfacción del paciente en relación al tiempo de espera para ser atendida

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con un grado de satisfacción alto en relación al tiempo de espera

Denominador .....: Número total de pacientes encuestadas

x(1-100-1000) ...: 100



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1036

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ASISTENCIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS OBSTETRICO-GINECOLOGICAS

Fuentes de datos.: Encuesta elaboración propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de pacientes que acuden a urgencias respecto al total de la población

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes atendidas en urgencias  
Denominador .....: Población total de nuestro sector  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: PCH  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Grado de satisfacción por parte del personal sanitario sobre el circuito de triaje

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de profesionales con un grado de satisfacción alto respecto al circuito de triaje  
Denominador .....: Número total de profesionales encuestados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta elaboración propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Grado de satisfacción de las pacientes en relación a la privacidad en urgencias

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes con un grado de satisfacción alto respecto a la privacidad en el servicio de urgencias  
Denominador .....: Número total de pacientes encuestadas.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta elaboración propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1140

### 1. TÍTULO

#### UNIFICACION DE CRITERIOS PARA CUIDAR EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1140 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ NAVARRO PATRICIA

Título  
UNIFICACION DE CRITERIOS PARA CUIDAR EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Colaboradores/as:  
JAULIN PUEYO JOSE JAVIER  
LOREN GUERRERO LAURA  
MARRERO AFONSO MARTINA  
PATERNA MONTIEL ISABEL  
POLO OLIVEROS LAURA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*PEDIATRIA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La leche humana es la fuente óptima para la alimentación del recién nacido. Pero, a pesar del amplio conocimiento de los beneficios de la lactancia materna y del deseo de la mayoría de madres de amamantar tras el parto, durante la estancia en maternidad o tras el alta pueden presentarse múltiples dificultades que llevan al abandono precoz de la misma. La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, la mejor organización de las rutinas hospitalarias y la formación de los profesionales podría favorecer la instauración y el mantenimiento adecuados de la lactancia materna, con las consecuencias positivas que eso conlleva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y su mantenimiento, junto con la alimentación complementaria, durante los 2 primeros años o hasta que la madre y el niño lo decidan.

Con este proyecto de mejora queremos facilitar la correcta instauración de lactancia materna en las madres y recién nacidos que pasan por nuestras plantas de puerperio a través de una actualizada y unificada Educación para la Salud aportada por todos los profesionales que intervienen en sus cuidados, favoreciendo el autocuidado y aumentando la autoestima materna y de su acompañante.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Aumento de tasas de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria.
- Disminución de la ansiedad materna en relación con el amamantamiento.
- Aumento de la satisfacción materna y del acompañante sobre la atención prestada en las plantas de hospitalización de puerperio.
- Actualización y unificación de la educación sanitaria ofrecida por todos los profesionales.
- Accesibilidad a la información válida sobre lactancia materna mediante códigos QR.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Bajo porcentaje de lactancia materna exclusiva al alta debido a la falta de formación en el manejo de dificultades en el inicio de la lactancia materna.
- Elevada entrega de suplementos de leche de fórmula.
- Uso excesivo de pezoneras en el inicio del amamantamiento.
- Falta de formación actualizada del personal sanitario sobre lactancia materna.
- Quejas recibidas a través de atención al paciente sobre actuación en plantas de puerperio: recepción de información contradictoria proveniente de distintos profesionales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria.
- Disminuir la entrega del número de suplementos de leche de fórmula.
- Reducir la prescripción de pezoneras y el tiempo de uso de las mismas.
- Formar al personal sanitario que interviene en el cuidado de las mujeres puérperas y sus recién nacidos sobre lactancia materna.
- Aumentar la satisfacción de las usuarias respecto a la atención recibida en las plantas de puerperio de la maternidad.
- Aumentar la autoestima materna para favorecer una adecuada instauración de la lactancia materna.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de hoja informativa sobre posturas de lactancia materna y creación de poster

Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1140

### 1. TÍTULO

#### UNIFICACION DE CRITERIOS PARA CUIDAR EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: MARTINA MARRERO AFONSO

2. Elaboración del protocolo de Lactancia Materna en la Maternidad del HUMS

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: JOSE JAVIER JAULIN PUEYO

3. Creación de la Comisión de Lactancia Materna del HUMS

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: LAURA POLO OLIVEROS

4. Colocación de posters en habitaciones

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: ISABEL PATERNA MONTIEL

5. Elaboración del plan formativo sobre lactancia materna para personal sanitario

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: PATRICIA MARTINEZ NAVARRO

6. Formación a profesionales sanitarios (FEAs, MIRs, matronas, EIRs, enfermeras, TCAEs)

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: LAURA LOREN GUERRERO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de RN a término (RNT) que se van al alta con lactancia materna exclusiva (LME)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de RNT que al alta de Maternidad reciben LME x 100

Denominador .....: Total de RNT dados de alta de Maternidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PROGRAMA INFORMÁTICO NEOSOFT

HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA (HCE)

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

2. Tasa de suplementación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de RNT amamantados que reciben en una o más ocasiones suplemento de fórmula x 100

Denominador .....: Total de RNT amamantados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PROGRAMA INFORMÁTICO NEOSOFT

HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

3. Inicio temprano de la lactancia materna

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de RNT que inician la LM en las 2 primeras horas tras el parto vaginal x 100

Denominador .....: Total de RNT nacidos por parto vaginal

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: LIBRO DE REGISTRO DEL PUERPERIO INMEDIATO

HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1140

### 1. TÍTULO

#### UNIFICACION DE CRITERIOS PARA CUIDAR EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

4. Porcentaje de RNT que reciben al alta lactancia artificial (LA)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de RNT que al alta de Maternidad reciben LA x 100

Denominador .....: Total de RNT dados de alta de Maternidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PROGRAMA INFORMÁTICO NEOSOFT

HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

5. Porcentaje de profesionales formados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de profesionales que han recibido formación x 100

Denominador .....: Número de profesionales que intervienen en la asistencia en las plantas de puerperio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HOJAS DE FIRMAS DE ASISTENCIA A CURSO DE FORMACIÓN

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

6. Porcentaje de puérperas informadas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de puérperas que han recibido la información x 100

Denominador .....: Número de puérperas ingresadas en las plantas de puerperio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1167

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO CUIDADOS EN PUERPERIO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 03/08/2022

Nº de registro: 2022#1167 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SORIA PUERTA VIRGINIA

Título  
PROTOCOLO CUIDADOS EN PUERPERIO HOSPITALARIO

Colaboradores/as:  
ARROYO CLEMENTE MARIA PAZ  
CARDONA AGUADO ANA CARLA  
MAQUEDA ALAYETO MARIA VICTORIA  
PATERNA MONTIEL ISABEL  
PEREZ AGUILAR MARIA CRUZ  
SERRANO GASPAS SUSANA  
SORO LORENTE CINTIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles. El puerperio clínico es el periodo que comprende desde la salida de la sala de recuperación posparto (donde se realiza el puerperio inmediato) hasta el alta hospitalaria. Este periodo es de vital importancia para la creación del vínculo afectivo madre-hijo, para la recuperación fisiológica de la madre y para el control de los primeros días de vida del bebé. La lactancia materna comienza a instaurarse para llegar a ser el principal sustento alimenticio en el recién nacido. De esta manera todas las intervenciones y cuidados que se desarrollan en la unidad de puerperio hospitalario cobran un relevante protagonismo trasladándose los beneficios a esa nueva unidad familiar tanto clínicamente como en educación para la salud.

Conseguir un proceso homogéneo ayuda a obtener unos estándares de calidad. La implicación de los profesionales es pieza fundamental para lograrlo. El conocimiento de las actividades a desarrollar al estar recopiladas es beneficioso tanto para la plantilla estabilizada como para la de nueva incorporación.

#### ÁREAS DE MEJORA

Homogenizar los cuidados y actividades para todo el personal de enfermería de las unidades.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. El puerperio hospitalario en nuestro centro está distribuido en dos plantas diferentes. ello conlleva variabilidad de actuaciones en dependencia de la ubicación de las pacientes.
2. La rotación de las plantillas es frecuente. El aprendizaje y la adaptación del personal se ve afectado por este motivo.
3. La intervención de diferentes profesionales en el proceso asistencial. Deben delimitarse las actividades para que éstas no se dupliquen.
4. La ausencia de documento consensuado en la actualidad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- conseguir una atención integral y uniforme durante el puerperio hospitalario.
- documentar las actividades a desarrollar para la formación del profesional de nueva incorporación y para todos aquellos implicados en la asistencia.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. elaboración del documento sobre la atención al puerperio hospitalario

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Virginia Soria Puerta

2. difundir el documento

Fecha inicio: 02/06/2023

Fecha final.: 15/10/2023

Responsable.: Mª Cruz Perez Aguilar

3. desarrollar el documento en la práctica diario

Fecha inicio: 16/10/23

Fecha final.: 01/06/2024

Responsable.: Susana Serrano Gaspar

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El desarrollo del documento implica a todos los profesionales siendo la responsable la citada anteriormente.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1167

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO CUIDADOS EN PUERPERIO HOSPITALARIO

La difusión del documento cuenta con el apoyo de la supervisión de enfermería

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. difusión del documento entre los nuevos profesionales de enfermería

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nuevos profesionales a los que se les ha remitido el protocolo vía correo electrónico

Denominador .....: número total de nuevas incorporaciones al servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: GPT

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. valoración de una toma de lactancia materna a través de la escala Lacth en las primeras 24 horas de

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de valoraciones realizadas y registradas en HCE

Denominador .....: número total de lactancias maternas exclusivas y mixtas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. identificación correcta al alta del recién nacido

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de firmas de la madre y enfermera en hoja de identificación materno-filial

Denominador .....: número de recién nacidos dados de alta en plantas de puerperio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: revisión historia materna en papel

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1246

### 1. TÍTULO

#### AMPLIACION DE LA CERTIFICACION ISO 9001 A LA UNIDAD CLÍNICA MULTIHOSPITALARIA DE ONCOLOGÍA RADIOTERAPICA DE ARAGON (UCMORA)

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1246 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MENDEZ VILLAMON AGUSTINA

Título  
AMPLIACION DE LA CERTIFICACION ISO 9001 A LA UNIDAD CLÍNICA MULTIHOSPITALARIA DE ONCOLOGÍA RADIOTERAPICA DE ARAGON (UCMORA)

Colaboradores/as:  
CAMACHO FUENTES CARLOS  
CERROLAZA PASCUAL MARIA  
FERRANDEZ MILLAN M. LUISA  
GARCIA AGUILERA CRISTINA  
GASCON FERRER MARINA  
PONCE ORTEGA JOSE MIGUEL  
VALTUEÑA PEYDRO GERMAN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGIA RADIOTERAPIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En 2012 se consiguió la certificación en ISO 9001 en el Sº de Oncología Radioterápica del HUMS . Manteniéndose la Certificación hasta fecha actual. En 2017 se crea la Unidad Clínica Multihospitalaria de Oncología Radioterápica de Aragón y es a partir de 2019 cuando comenzamos a trabajar en el desarrollo de la ampliación de la Certificación ISO 9001 a UCMORA

#### Actividades realizadas:

29 -03-2019	1ª Reunión en salud
26-06-2019	2º Reunión en SALUD
20-10-2019	Formación ISO
17/27-11-2019	Reunión de trabajo Grupo ISO
23/28-12-2019	Reunión de trabajo Grupo ISO

Julio 20	Elaboración del PO de braquiterapia ginecológica HDR
Nov 20	Elaboración del PO de RT superficial/HDR/BQE

Abril 21	Elaboración de mapa riesgos por PO
Mayo 21	Análisis del entorno
Junio 21	Establecimiento de indicadores por PO
Dic 21	Sistema de registro de incidencias.

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1- Unificar criterios de actuación ante el paciente oncológico subsidiario de RT
- 2- Establecer flujos de trabajo comunes para toda la Unidad
- 3- Crear un registro de incidencia común a la unidad de UCMORA

#### ANALISIS DE CAUSAS

- 1- Disminuir la variabilidad de criterios clínicos ante el paciente oncológico subsidiario de RT
- 2- Disminuir, minimizar los riesgos en el proceso de radioterapia estableciendo barreras de control. Fomentando la Seguridad del paciente y trabajadores
- 3- Cuantificar nuestros errores y analizarlos globalmente para poder retroalimentarnos en una mejora continua.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo es alcanzar la Certificación 9001 de la ISO para UCMORA

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de Díptico de \*RADIOTERAPIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE\*

Fecha inicio: 10/01/2022  
Fecha final.: 14/03/2022  
Responsable.: Dr. Valtueña

2. Implantación de recogida de incidencia.

Fecha inicio: 10/01/2022  
Fecha final.: 19/12/2022  
Responsable.: Dra. Méndez

3. Objetivos HCU

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1246

### 1. TÍTULO

#### AMPLIACION DE LA CERTIFICACION ISO 9001 A LA UNIDAD CLÍNICA MULTIHOSPITALARIA DE ONCOLOGÍA RADIOTERAPICA DE ARAGON (UCMORA)

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final.: 19/12/2022

Responsable.: Dra. Gascón

#### 4. Indicadores HCU

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final.: 19/12/2022

Responsable.: Dra. Ferrandez

#### 5. Encuesta de satisfacción HCU y periféricos de usuarios.

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final.: 19/12/2022

Responsable.: Dra. Garcia

#### 6. Diseño de al menos 3 indicadores de UCMORA

Fecha inicio: 13/06/2022

Fecha final.: 12/12/2022

Responsable.: Dra. Cerrolaza

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Elaboración de Díptico de \*RADIOTERAPIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE\*

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: No aplica

Denominador .....: No aplica

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: No aplica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

#### 2. Implantación de recogida de incidencia.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: No aplica

Denominador .....: No aplica

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: No aplica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

#### 3. Objetivos HCU

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: No aplica

Denominador .....: No aplica

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: No aplica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

#### 4. Indicadores HCU

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: No aplica

Denominador .....: No aplica

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: No aplica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

#### 5. Encuesta de satisfacción HCU y periféricos de usuarios.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: No aplica

Denominador .....: No aplica



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1246

### 1. TÍTULO

#### AMPLIACION DE LA CERTIFICACION ISO 9001 A LA UNIDAD CLÍNICA MULTIHOSPITALARIA DE ONCOLOGÍA RADIOTERAPICA DE ARAGON (UCMORA)

x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: No aplica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

6. Diseño de al menos 3 indicadores de UCMORA  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: No aplica  
Denominador .....: No aplica  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: No aplica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#517

### 1. TÍTULO

#### VALORACION Y MANEJO DEL DOLOR. SUMAMOS EXCELENCIA

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#517 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LASALA VILLA CRISTINA

Título  
VALORACION Y MANEJO DEL DOLOR. SUMAMOS EXCELENCIA

Colaboradores/as:  
BERNAL VINTANEL ROSA MARIA  
CRISTOBAL MERCADO CRISTINA  
GONZALEZ DE LA CUESTA DELIA  
LUCAS NAVAS BEATRIZ  
ZAPATERO EREZA MARIA VICTORIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGÍA MEDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La gestión adecuada del dolor es un derecho fundamental de la persona y la valoración, la prevención, reducción e intervención y el seguimiento del dolor deben ser prioritarias en los cuidados de una persona, independientemente de su diagnóstico o el tipo de dolor. Sin embargo, el manejo inadecuado del dolor continúa dándose en todas las edades, lo cual supone una carga y es causa de discapacidad a nivel mundial, afectando tanto a las personas que lo sufren como a los sistemas de salud y a la sociedad en general. Definimos dolor como experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial.

#### ÁREAS DE MEJORA

Nuestra principal área de mejora es realizar una gestión eficaz del dolor, incluyendo valoración, intervención, seguimiento, prevención y reducción del mismo, en los pacientes ingresados en la unidad de oncología .

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El dolor en oncología es una constante más, que se valora y se trata a demanda del paciente, sin embargo, no se realiza una valoración sistemática y un registro y manejo del mismo debido, principalmente, a la sobrecarga de trabajo y el infraregistro de la valoración del dolor como normalización de esta circunstancia en el paciente oncológico.

La continua rotación y movilidad de las enfermeras impide una sistematización del trabajo; se precisan conocimientos actualizados y habilidades en la entrevista al paciente además del uso de escalas validadas. La implicación del paciente en su manejo del dolor es necesaria, y no se registra la educación y formación tanto a pacientes como familiares, para dirigir los cuidados a cada uno de ellos sin reiterar acciones.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Esperamos mejorar la valoración y el manejo del dolor en los pacientes ingresados en la unidad de oncología del HUMS., consiguiendo un mayor confort durante su estancia, un mejor manejo del dolor por parte de los pacientes, anticipándose a su instauración y mejorar el uso y la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Los objetivos a alcanzar son:

- Prevención y control del dolor en el paciente oncológico-haciendo valoración y seguimiento con escalas validadas.
- Educación a pacientes/familiares en el automanejo del dolor-enseñándoles a anticiparse a estados de dolor moderado y/o grave
- Mejora en la práctica clínica basándonos en la evidencia y sus recomendaciones- con el uso de escalas, planes de cuidados y metodología NANDA(NIC-NOC)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación a los compañeros sobre el dolor y las escalas necesarias para su valoración.  
Entrenamiento en el uso de escalas tanto para el paciente comunicativo como no comunicativo.  
Fecha inicio: 30/04/2022  
Fecha final.: 31/05/2022  
Responsable.: Grupo de trabajo

2. Formación a los compañeros de nueva incorporación (periodo vacacional) y difusión persona a persona.  
Fecha inicio: 15/06/2022  
Fecha final.: 30/08/2022  
Responsable.: Grupo de trabajo

3. Registro en la HCE y para ello hemos elegido escalas y modelos de valoración integral y plan de cuidados ya pre redactados en el escritorio del ordenador.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#517

### 1. TÍTULO

#### VALORACION Y MANEJO DEL DOLOR. SUMAMOS EXCELENCIA

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/04/2023

Responsable.: Cristina Lasala Villa

4. Reuniones informativas y de feed-back a los miembros de la unidad de enfermería de forma trimestral.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/04/2023

Responsable.: Cristina Lasala y Delia González

5. Talleres y carteles informativos.

Fecha inicio: 30/04/2022

Fecha final.: 31/05/2022

Responsable.: Grupo de trabajo

6. Difusión de la información mediante la red persona-persona.

Fecha inicio: 30/04/2022

Fecha final.: 01/04/2023

Responsable.: Grupo de trabajo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Divulgación de los resultados en jornadas y congresos.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Detección del dolor al ingreso

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número total de pacientes a los que se ha medido el dolor al ingreso y está registrado

Denominador .....: Número total de pacientes dados de alta en el mismo periodo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

2. Detección del dolor relacionado con procedimientos susceptibles de producir dolor

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número total de pacientes a los que se ha detectado dolor ante un procedimiento catalogado como susceptible de causarlo y está registrado.

Denominador .....: Número total de pacientes a quienes se ha realizado un procedimiento catalogado como susceptible de causar dolor en el mismo periodo.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Formación a los profesionales

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de profesionales que han recibido formación específica sobre valoración y manejo del dolor.

Denominador .....: Número total de profesionales que han trabajado en la unidad más de 30 días.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: GPT o registro supervisora

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Intensidad máxima del dolor al ingreso.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Suma de la intensidad de dolor de los pacientes con detección positiva o susceptibles de tener dolor al ingreso

Denominador .....: Número total de pacientes con intensidad de dolor valorada en el periodo de recogida de datos.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#517

### 1. TÍTULO

#### VALORACION Y MANEJO DEL DOLOR. SUMAMOS EXCELENCIA

5. Intensidad máxima de dolor alcanzado durante la estancia hospitalaria.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Suma de la intensidad máxima de dolor durante la estancia hospitalaria o susceptible de tener dol

Denominador .....: Número total de pacientes con intensidad de dolor valorada en el periodo de recogida de datos.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 36.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

6. Educación al paciente/familiar sobre el dolor

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número total de pacientes/familiares que han recibido educación sobre el dolor y está registrado.

Denominador .....: Número total de pacientes con detección positiva de dolor o susceptibles de padecerlo durante el periodo de recogida de datos.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#636

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LAS NECESIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA MEDICA DEL HUMS

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#636 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANTANDER LOBERA CARMEN

Título  
PROYECTO DE MEJORA DE LAS NECESIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA MEDICA DEL HUMS

Colaboradores/as:  
COMIN ORCE ANA MARIA  
GOMEZ MUGARZA PABLO  
GONZALEZ MOLINERO PATRICIA  
LASALA VILLA CRISTINA  
MUÑOZ VERDE MONICA  
OURO PARDO AZUCENA  
TRINCADO COBOS PABLO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGÍA MEDICA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La humanización de la atención sanitaria busca poner en el centro, aspectos como las preferencias del paciente en cuanto a su atención, sus inquietudes psicológicas o espirituales, dificultades emocionales, etc. frente al aumento de la tecnificación en la práctica habitual sanitaria.

Dentro de estos aspectos a reforzar se encuentran las actividades de ocio y tiempo libre, las cuales sufren una importante ruptura en un periodo de hospitalización, durante el cual la atención de los profesionales, como en muchas ocasiones de los propios pacientes, está centrada en el proceso de la enfermedad que ha causado el ingreso. Estas actividades permiten a la persona evadirse y desconectar de sus preocupaciones, reduciendo los niveles de estrés y disminuyendo las tasas de ansiedad y depresión. Además, estas permiten mejorar distintas habilidades y capacidades: sociales, instrumentales, físicas o intelectuales. Incluso hay estudios en los que se ha demostrado una disminución de la mortalidad en aquellas personas que pueden llevar a cabo este tipo de actividades.

A pesar de ello, hoy en día en los hospitales todavía se presta escasa atención a las actividades de ocio y distracción de los pacientes, siendo en muchos casos deficitarias, sin llegar a cubrir las necesidades que ellos tienen a este respecto.

#### ÁREAS DE MEJORA

El déficit en las alternativas de ocio y tiempo libre existentes en la planta de hospitalización de Oncología Médica del HUMS

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Escasa relevancia dada al impacto de las necesidades del tiempo libre sobre la salud física y estado biopsicosocial de los pacientes hospitalizados.

Falta de espacios y recursos materiales y económicos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejora de la calidad de asistencia sanitaria prestada a los pacientes hospitalizados en la planta de Oncología Médica del Hospital Universitario Miguel Servet mediante la instauración de una o varias alternativas de ocio y tiempo libre.

Evaluar las diferencias de prevalencia de ansiedad y depresión antes y después de la intervención, así como la percepción de la calidad de vida del paciente durante su estancia.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Encuesta exploratoria acerca de la percepción del ocio durante la hospitalización, así como de las necesidades existentes por parte de los pacientes

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Cristina Lasala Villa

2. Cálculo de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria H-ADS así como test de valoración de la calidad de vida QLQ-C30

Fecha inicio: 01/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#636

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LAS NECESIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HUMS

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Pablo Gómez Mugarza

3. Estudio acerca de los resultados obtenidos y búsqueda de alternativas de ocio más demandadas. Búsqueda de recursos materiales, económicos y humanos necesarios

Fecha inicio: 1/1/2023

Fecha final.: 30/4/2023

Responsable.: Carmen Santander Lobera

4. Implementación de las alternativas de ocio

Fecha inicio: 1/5/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Cristina Lasala Villa

5. Reevaluación de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria H-ADS y del test de calidad de vida QLQ-C30

Fecha inicio: 1/09/2023

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Pablo Gómez Mugarza

6. Reevaluación acerca de la percepción de las alternativas ofrecidas y de las necesidades existentes por parte de los pacientes

Fecha inicio: 1/09/2023

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Cristina Lasala Villa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Primero se llevará a cabo una encuesta opcional exploratoria acerca de la percepción del ocio durante la hospitalización, así como de las necesidades existentes por parte de los pacientes, junto con las escalas H.ADS y QLQ-30.

Se registrarán los resultados de los cuestionarios H-ADS y QLQ-C30 en HCE en cada paciente, con sus correspondientes puntuaciones.

Tras ello, se estudiarán las alternativas de ocio más demandadas así como su factibilidad teniendo en cuenta los recursos de espacio, económicos, materiales y de personal.

Cuando se hallan encontrado los recursos necesarios se llevará a cabo la instauración de la alternativa de ocio.

Tras ello se volverán a calcular las escalas H-ADS y QLQ-30 para valorar si ha existido mejoría en las tasas de ansiedad y depresión durante la hospitalización, así como en la percepción de calidad de vida. Se reevaluará la eficacia y calidad de la medida implementada y se irán reevaluando nuevas necesidades periódicamente

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Encuestas respondidas dentro de la población objetivo antes y después de la intervención

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Encuestas respondidas

Denominador .....: Pacientes ingresadas que cumplen los criterios de inclusión

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes ingresados en planta durante recogida de encuestas

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. Porcentaje de profesionales que ofrecen la alternativa implementada

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Profesionales que ofrecen la alternativa

Denominador .....: Profesionales en plantilla de medicina y enfermería en la planta de Oncología Médica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plantilla médica y enfermería Oncología Médica

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Mejora bienestar psicológico durante hospitalización

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Diferencia porcentajes prevalencia de ansiedad-depresión antes y después de

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#636

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LAS NECESIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA MEDICA DEL HUMS

implementación

Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: H-ADS  
Est.Mín.1ª Mem ..: -5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: -10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: -5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: -10.00

4. Mejora de la calidad de vida percibida durante la hospitalización

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Diferencia de valores obtenidos en escala QLQ-C30 antes y después intervención  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: QLQ-C30 versión 3  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#737

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO (TANTO DE PROFILAXIS COMO DE TRATAMIENTO) DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN PACIENTES ONCOLOGICOS

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#737 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ALVAREZ BUSTO IÑAKI

Título  
CREACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO (TANTO DE PROFILAXIS COMO DE TRATAMIENTO) DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN PACIENTES ONCOLOGICOS

Colaboradores/as:  
BARRIENDOS SANZ SUSANA  
COMIN ORCE ANA MARIA  
GOMEZ MUGARZA PABLO  
MARQUEZ MEDINA DIEGO  
ORTEGA IZQUIERDO MARIA EUGENIA  
SANTANDER LOBERA CARMEN  
TOBEÑA PUYAL MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGÍA MEDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El cáncer y el tromboembolismo venoso (TEV) son dos eventos frecuentemente asociados. Los pacientes con cáncer tienen de cuatro a siete veces mayor riesgo de TEV que otros pacientes no oncológicos y supone la segunda causa de muerte prevenible en pacientes con cáncer. Por el contrario, el riesgo de sufrir una hemorragia severa se duplica cuando los pacientes están recibiendo tratamiento anticoagulante. Hay múltiples factores que contribuyen a aumentar ese riesgo en relación a las características específicas de cada paciente, el tipo de tumor y sus tratamientos. Además, la supervivencia del TEV en pacientes con cáncer se acorta cuando lo comparamos con pacientes no oncológicos de similares características. Por todo ello, es esencial saber prevenir y tratar de forma correcta los eventos tromboembólicos en el paciente oncológico.

#### ÁREAS DE MEJORA

mejorar y optimizar el manejo del TEV en los pacientes oncológicos, reduciendo, mediante una profilaxis adecuada, la incidencia de eventos, así como mejorando la evolución de los pacientes que los presenten reduciendo los efectos adversos de su tratamiento. Reducir la potencial variabilidad en su manejo dentro de nuestro Servicio.

#### ANALISIS DE CAUSAS

aunque existen diversas guías de práctica clínica con recomendaciones para el manejo del tromboembolismo venoso en pacientes oncológicos, en el momento actual carecemos en nuestro Servicio de un protocolo específico para guiar su manejo óptimo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El presente proyecto pretende hacer una revisión del manejo del TEV en pacientes con cáncer con el fin de elaborar un protocolo actualizado tanto de profilaxis como de tratamiento en el Servicio de Oncología Médica del HUMS.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión bibliográfica y análisis de las principales guías tanto internacionales como nacionales sobre manejo de TEV en pacientes oncológicos

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Diego Marquez Medina

2. Elaboración de un protocolo de manejo de TEV (tanto de profilaxis de tratamiento) en pacientes oncológicos

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Iñaki Alvarez Busto

3. Sesiones de presentación del protocolo al resto del Servicio

Fecha inicio: 01/01/2024

Fecha final.: 31/01/2024

Responsable.: Carmen Santander Lobera

4. Análisis de resultados de implantación del Protocolo

Fecha inicio: 01/02/2024



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#737

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO (TANTO DE PROFILAXIS COMO DE TRATAMIENTO) DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN PACIENTES ONCOLOGICOS

Fecha final.: 31/12/2024

Responsable.: Ana Comín Orce

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de miembros del staff médico del Servicio que reciben la formación en el protocolo  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Miembros del staff médico del Servicio que reciben la formación en el protocolo  
Denominador .....: Miembros totales del staff médico del Servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Secretaria del Servicio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de pacientes ingresados con un ETV que son tratados según el protocolo  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes ingresados con un ETV en 3 meses que son tratados según el protocolo  
Denominador .....: Pacientes totales ingresados con un ETV en 3 meses  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Archivos. Secretaria del Servicio. HCE.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1194

### 1. TÍTULO

#### VIGILANCIA DE PATOLOGIA SEVERA NO ONCOLOGICA ORL

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1194 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GIL PARAISO PEDRO JOSE

Título  
VIGILANCIA DE PATOLOGIA SEVERA NO ONCOLOGICA ORL

Colaboradores/as:  
EL UALI ABEIDA MAHFOUD  
FERNANDEZ LIESA RAFAEL  
FRAILE RODRIGO JESUS JOSE  
LEACHE PUEYO JUAN JAIME  
RIVARES ESTEBAN JOSE JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: OTORRINOLARINGOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En nuestra practica clínica diaria atendemos patologías infrecuentes pero graves con importante repercusión en la calidad de vida del paciente. A menudo se tratan como casos aislados dado lo inusual de su presentación. El objetivo de este proyecto es buscar la mejor atención de estos pacientes creando un registro que los agrupe recogiendo las características clinicas de los mismos y el manejo efectuado para crear una oportunidad de mejora en la atencion a estos graves casos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Atención al paciente ORL complejo

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Se ha detectado que el manejo de problemas graves infrecuentes puede ser mejorado porque a menudo se presentan carencias asistenciales causadas por su inusual presentación.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la asistencia de pacientes con patología ORL severa no oncológica

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunion de las secciones para identificar las patologías susceptibles de mejora.

Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 23/09/2022  
Responsable.: Dr Gil Paraiso.

2. Diseño de las plantillas de registro de los datos de los pacientes

Fecha inicio: 26/09/2022  
Fecha final.: 11/10/2022  
Responsable.: Dr Gil Paraiso

3. Implementación de la recogida de datos

Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Dr Gil Paraiso

4. Evaluación de resultados y modificación del proceso

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 16/12/2022  
Responsable.: Dr Gil Paraiso

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de bases de datos creadas

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: numeros de bases de datos  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Jefe de servicio

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1194

### 1. TÍTULO

#### VIGILANCIA DE PATOLOGIA SEVERA NO ONCOLOGICA ORL

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

2. Grado de cumplimentacion de la base  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Numero de bases de datos cumplimentadas  
Denominador .....: Numero de bases de datos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Jefe de servicio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1214

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LA REALIZACION DE BIOPSIA DE LARINGE EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1214 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
EL UALI ABEIDA MAHFOUD

Título  
ADECUACION DE LA REALIZACION DE BIOPSIA DE LARINGE EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

Colaboradores/as:  
ADIEGO LEZA ISABEL  
DE MIGUEL GARCIA FELIX  
GIL PARAISO PEDRO JOSE  
HERRERO EGEA ANA BELEN  
SEVIL NAVARRO JORGE

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: OTORRINOLARINGOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La biopsia de laringe representa el principal acto quirúrgico para la confirmación diagnóstica de una lesión sospechosa. Para poder llevarla a cabo y por motivos anatómicos, siempre implica la realización de una endoscopia laríngea rígida con microscopia y bajo anestesia general. Esta técnica constituye en si misma una herramienta exploratoria, que permita estudiar áreas no apreciable mediante la fibrolaringoscopia flexible y la toma de biopsia. Hasta ahora se realizaba con ingreso hospitalario durante 24 horas. Por otra parte, estas intervenciones ocupan un tiempo quirúrgico en el quirófano de la general desplazando a otras posibles cirugías.

#### ÁREAS DE MEJORA

Para aquellos pacientes que no presentan comorbilidades y que con residencia relativamente cercana al hospital y con apoyo socio-familiar adecuado, proponemos realizar estos procesos en CMA.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Favorecer la ocupación de quirófano con ingreso con otras patologías que lo precisen.  
Disminuir la lista de espera quirúrgica en cirugía con ingreso.  
Disminuir el tiempo diagnóstico en los pacientes con tumores de cabeza y cuello.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Favorecer la ocupación de quirófano con ingreso con otras patologías que lo precisen.  
Disminuir la lista de espera quirúrgica en cirugía con ingreso.  
Disminuir el tiempo diagnóstico en los pacientes con tumores de cabeza y cuello.  
Población diana: Pacientes con patología faringolaríngea que precisan de biopsia para el diagnóstico anatomopatológico.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Informar los FEA reponsables estos pacientes para que se incluya en lista de espera quirúrgica según los criterios definidos.  
Fecha inicio: 07/09/2022  
Fecha final.: 07/09/2022  
Responsable.: Mahfoud El Uali Abeida
2. Creación de un grupo de trabajo de la sección de cabeza y cuello para el seguimiento de este proyecto.  
Fecha inicio: 08/09/2022  
Fecha final.: 08/09/2022  
Responsable.: Mahfoud El Uali Abeida
3. Fijar los criterios que tienen cumplir los pacientes para que sean incluidos en la lista de espera de CMA.  
Fecha inicio: 08/09/2022  
Fecha final.: 08/09/2022  
Responsable.: Mahfoud El Uali Abeida

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. porcentajes de pacientes incluidos en CMA  
Tipo de indicador: Impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1214

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LA REALIZACION DE BIOPSIA DE LARINGE EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

Numerador .....: Número de pacientes incluidos en lista de espera CMA  
Denominador .....: Número total de pacientes incluidos en lista de espera que precisan biopsia de laringe  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de intervenciones realizadas (captura intranet) y libro de quirófano.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1220

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL PROCESO DE ACTUACION SOBRE PACIENTES EN UCI PARA TRAQUEOTOMÍA

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1220 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
DE MIGUEL GARCIA FELIX

Título  
MEJORA DEL PROCESO DE ACTUACION SOBRE PACIENTES EN UCI PARA TRAQUEOTOMÍA

Colaboradores/as:  
ADIEGO LEZA ISABEL  
PEREZ DELGADO LAURA  
RIVARES ESTEBAN JOSE JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: OTORRINOLARINGOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La intubación prolongada en pacientes de UCI por diferentes causas, suele ser el motivo por el cual se solicita al servicio de ORL la realización de traqueotomía, sobretodo en pacientes con anatomía cervical desfavorable. La organización y coordinación con los servicios de UCI y anestesia es crucial para poder llevar a cabo esta tarea. Por otra parte, debido a la carencia de quirófanos programados para tal fin en muchas ocasiones, estos procedimientos son adicionados como condicionales en partes de quirófano ya programados de forma previa, con todo lo que ello implica en no realización por falta de tiempo ó la no adecuada preparación del paciente para la cirugía.

#### ÁREAS DE MEJORA

Sistematizar la programación de las traqueotomías solicitadas por UCI para evitar retrasos en su realización.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Dificultad para programar los pacientes de UCI que necesitan traqueomía, teniendo la agenda de quirófano ya completa.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Coordinación entre los servicios de UCI, anestesia y ORL para establecer un mecanismo fijo para realizar las traqueotomías de la UCI en un día de la semana fijo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Contactar con los servicios de Anestesia y UCI del sector del HUMS.

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 12/09/2022

Responsable.: Dr. Félix De Miguel García

2. Proponer reunión con dirección del HUMS para que nos asigne un quirófano semanal para traqueotomías.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Dr. Félix De Miguel García

3. Solicitar al servicio de Anestesia un FEA para la asistencia en las traqueotomías.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Dr. Félix De Miguel García

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Creación del grupo de trabajo con los servicios de Anestesia y UCI del sector del HUMS.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: si se creado o no el grupo de trabajo

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Dirección del HUMS

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1220

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL PROCESO DE ACTUACION SOBRE PACIENTES EN UCI PARA TRAQUEOTOMÍA

2. Número de días al mes que tenemos quirófano para traqueotomía.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: días de quirófanos que tenemos al mes programados para tarqueotomía

Denominador .....: 4 días al mes.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Jefe de ORL del HUMS

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

3. Número de pacientes programados en el día que esta previsto el quirófano

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de traqueomía solicitados por UCI que se han realizado de forma programada en el quirófano adjudicado para las traqueotomías.

Denominador .....: número total traqueotomías solicitadas por UCI

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Jefe de ORL del HUMS

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1271

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLOS CONSENSUADOS PARA LA DERIVACION DE PACIENTES DESDE ATENCION PRIMARIA A OTORRINOLARINGOLOGIA

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1271 \*\* Atención a tiempo: interconsulta \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MALTRANA GARCIA JOSE ANTONIO

Título  
PROTOCOLOS CONSENSUADOS PARA LA DERIVACION DE PACIENTES DESDE ATENCION PRIMARIA A OTORRINOLARINGOLOGIA

Colaboradores/as:  
HERRERO EGEA ANA BELEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: OTORRINOLARINGOLOGÍA

Línea estratégica: Atención a tiempo: interconsulta

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En nuestro sistema público de salud, cuando una patología no se puede tratar en Atención Primaria debe ser dirigida a Atención Especializada. La prioridad de esta derivación es normal, preferente o urgente. El servicio de Otorrinolaringología del Hospital Miguel Servet ha preparado varios protocolos y algoritmos de las patologías más frecuentes de esta especialidad dirigidas a Atención Primaria. El objetivo es la de consensuar cuando y como derivar a los pacientes para que no exista saturación y se eviten retrasos en patologías potencialmente graves. Se deben establecer unos criterios claros y concretos para decidir cuándo remitir al paciente al ORL así como la forma y prioridad de la derivación.

#### ÁREAS DE MEJORA

Continuidad asistencial Atención Primaria-Atención Especializada  
Mejora en la atención a tiempo del usuario

#### ANALISIS DE CAUSAS

En la actualidad debemos mejorar la coordinación de Atención Primaria y la Otorrinolaringología. Tenemos que priorizar la patología mas relevante de esta especialidad y crear un un canal de comunicación rápida con Atención Primaria

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Diseño de algoritmos de manejo clínico de patología ORL en Atención Primaria.  
Recalcar la prioridad de derivación de las patologías concretas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Contactar con Atención Primaria de Sector Zaragoza 2

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 19/09/2022

Responsable.: Jose Antonio Maltrana Garcia

2. Propuestas de algoritmos de ORL dirigidos a Atención Primaria

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 10/10/2022

Responsable.: Jose Antonio Maltrana Garcia

3. Valoración de sugerencias desde Atención Primaria

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 07/11/2022

Responsable.: Jose Antonio Maltrana Garcia

4. Presentacion del resultado final de los algoritmos

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 16/01/2023

Responsable.: Jose Antonio Maltrana Garcia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Numero de algoritmos propuestos por ORL

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de algoritmos remitidos a Atención Primaria

Denominador .....: 1



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1271

### 1. TÍTULO

#### PROTOSCOLOS CONSENSUADOS PARA LA DERIVACION DE PACIENTES DESDE ATENCION PRIMARIA A OTORRINOLARINGOLOGIA

x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Jefe Servicio ORL  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. Numero de algoritmos acordados ORL- Atención Primaria  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Numero de algoritmos acordados ORL- Atención Primaria  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Dirección de Atención Primaria  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos  
Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio  
Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1075

### 1. TÍTULO

#### ACOMPAÑAMIENTO A PADRES/ TUTORES DE NIÑOS INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1075 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CRESPO SANCHEZ ANA EVA

Título  
ACOMPAÑAMIENTO A PADRES/ TUTORES DE NIÑOS INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE

Colaboradores/as:  
ARNER DOBON IRENE  
BETRAN PLANA JOSUNE ANGELES  
FRANCES CLAUDIO EVA  
GALILEA SAENZ LAGUNA EVELIA  
LECIÑENA SORO SAMUEL  
SABIO FORNOZA MARIA LUISA  
TRIGUERO PASAMAR SANDRA NAZARET

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: OTROS SERVICIOS

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Este proyecto contribuye a la humanización del proceso quirúrgico, proporcionando información, apoyo, escucha activa y animando a expresar sus sentimientos y a aliviar sus inquietudes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disminución de la ansiedad de los padres ante una situación desconocida.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Ansiedad de los padres/tutores

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Disminución de la ansiedad y el miedo que conlleva el proceso quirúrgico en los padres.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Encuesta a padres después de la intervención quirúrgica

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Evelia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Aplicación del protocolo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de padres / tutores a los que se les realiza el acompañamiento

Denominador .....: Número total de padres/ tutores de los niños intervenidos quirúrgicamente

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Cirugías complejas y de larga duración.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#292

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DEL ASESORAMIENTO ANTENATAL EN EDADES GESTACIONALES EN EL LIMITE DE LA VIABILIDAD

Fecha de entrada: 25/06/2022

Nº de registro: 2022#292 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TORRES CLAVERAS SONIA

Título  
PROYECTO DE MEJORA DEL ASESORAMIENTO ANTENATAL EN EDADES GESTACIONALES EN EL LIMITE DE LA VIABILIDAD

Colaboradores/as:  
ABENIA USON PILAR  
CAMPILLOS MAZA JOSE MANUEL  
MARTINEZ MORAL MARIA  
RITE GRACIA SEGUNDO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La morbilidad en los prematuros más extremos en el límite de la viabilidad (22+0 - 24+6 ) es muy elevada, por lo que la reanimación en sala de partos es una situación de alto riesgo y un dilema ético. El pronóstico es incierto y por ello es imprescindible un adecuado consejo antenatal por un equipo multidisciplinar. La toma de decisiones debe ser compartida con los padres que deben ser informados de forma clara, objetiva y basada en los resultados más actualizados del centro donde se va a producir el nacimiento. Así mismo, se debe prestar apoyo psicológico si los padres lo desean ante una situación tan compleja y difícil.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Mejorar el circuito y el asesoramiento antenatal a los padres en gestaciones en el límite de la viabilidad.
- Análisis y actualización de los resultados de nuestros centro en prematuros de 22 a 24+6 semanas.
- Evaluar la satisfacción de los padres respecto a asesoramiento antenatal.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Falta de coordinación entre el equipo multidisciplinar.
- Falta de actualización de los resultados de nuestro centro
- No se evalúa la satisfacción respecto al asesoramiento antenatal.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Establecer un proyecto para mejorar el asesoramiento antenatal en edades gestacionales en el límite de la viabilidad (22 0 -24 6 )

Población diana: Embarazadas entre las 22 0 -24 6 semanas de edad gestacional ingresadas en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS)

Servicios a los que se dirige: Neonatología / Obstetricia (realiza la interconsulta a Neonatología para realizar el asesoramiento antenatal) /Psicología Clínica (puede recibir la interconsulta de cualquiera de los dos servicios anteriores)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Poner en conocimiento de Obstetricia y Psicología Clínica el proyecto.

Fecha inicio: 15/12/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Sonia Torres Claveras

2. Realización de las interconsultas de asesoramiento antenatal y apoyo psicológico a través de historia clínica electrónica.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Sonia Torres Claveras

3. Elaboración de una base de datos con los resultados de los últimos 10 años de los RN de 22+0 -24+6 semanas de EG nacidos en HUMS. Sesión informativa al equipo multidisciplinar.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Sonia Torres Claveras

4. Elaboración de una encuesta de satisfacción del asesoramiento antenatal.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Sonia Torres Claveras

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#292

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DEL ASESORAMIENTO ANTENATAL EN EDADES GESTACIONALES EN EL LIMITE DE LA VIABILIDAD

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Mortalidad de los últimos 10 años de los RN de 22-24+6 semanas de EG nacidos en HUMS.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de RN fallecidos de 22 - 24+6 semanas de EG nacidos en HUMS.

Denominador .....: Número total de RN de 22 - 24+6 semanas de EG nacidos en HUMS.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: NEOSOFT

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

2. Encuesta de satisfacción del asesoramiento antenatal

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de encuestas que considera que la información ha sido adecuada

Denominador .....: Número de encuestas de satisfacción entregadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

3. Interconsultas de asesoramiento realizadas por

Obstetricia

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de interconsultas de asesoramiento realizadas por

Obstetricia

Denominador .....: N° de recién nacidos de 22-24+6 semanas de EG nacidos en el HUMS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Interconsulta electrónica/Neosoft

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 99.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Interconsultas de asesoramiento realizadas por

Obstetricia contestadas por Neonatología

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de interconsultas contestadas por Neonatología

Denominador .....: N° de interconsultas realizadas por Obstetricia en recién nacidos de 22 -24+6 semanas de EG nacidos en HUMS.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Interconsulta electrónica/Neosoft

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: -1.00

5. Interconsultas contestadas por Neonatología donde

conste la decisión tomada con los padres

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de interconsultas contestadas por Neonatología donde

conste la decisión tomada con los padres y el equipo multidisciplinar

Denominador .....: N° de

interconsultas contestadas por Neonatología

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Interconsulta electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. Interconsultas a Psicología Clínica

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de interconsultas ofrecidas a Psicología Clínica

Denominador .....: N° de

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#292

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DEL ASESORAMIENTO ANTENATAL EN EDADES GESTACIONALES EN EL LIMITE DE LA VIABILIDAD

interconsultas contestadas por Neonatología  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Interconsulta electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. Supervivencia libre de discapacidad grave  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de RN que sobreviven sin discapacidad grave de 22 - 24+6 semanas de EG nacidos en HUMS.  
Denominador .....: Número total de RN de 22 - 24+6 semanas de EG nacidos en HUMS.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: NEOSOFT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#346

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DEL INGRESO POR HIPOGLUCEMIA CON LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO DE DEXTROSA 40% GEL ORAL

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#346 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SERRANO VIÑUALES ITZIAR

Título  
PREVENCIÓN DEL INGRESO POR HIPOGLUCEMIA CON LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO DE DEXTROSA 40% GEL ORAL

Colaboradores/as:  
AL NITTEI ANA CAMELIA  
ESCOLANO PUEYO ANGEL  
FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA  
GALVE PRADEL MARIA ZENAIDA  
GARCIA ESCUDERO CRISTINA  
GARCIA MARTINEZ MIGUEL ANGEL  
PINILLOS PISON RAQUEL

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATOLOGIA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La hipoglucemia es la alteración metabólica más frecuente en el periodo neonatal siendo uno de los motivos más frecuente de prolongación de estancia en Maternidad, así como de ingreso en las unidades de Cuidados Intermedios. Las consecuencias de una hipoglucemia no tratada pueden ser graves llevando a suponer manifestaciones irreversibles a nivel de sistema nervioso central.

En cuanto al tratamiento, en los últimos años diversos estudios han demostrado la eficacia del gel oral de dextrosa al 40% como tratamiento inicial de la hipoglucemia leve-moderada siendo un tratamiento coste-efectivo, con buena tolerancia oral, seguro, sin efectos secundarios a corto-medio plazo y que adicionalmente ha demostrado mayores tasas de lactancia materna exclusiva al alta, así como una disminución de las tasas de ingreso para administración de perfusión endovenosa de glucosa. Todas estas razones justifican la implantación de su uso en los protocolos de actuación actuales.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Disminuir el número de ingresos en Cuidados Intermedios lo cual favorecerá mantener al recién nacido con su madre en Maternidad con todos los beneficios que ello reporta en ambos.
- Disminuir el número de recién nacidos que requieren canalización de vía venosa para el tratamiento de hipoglucemias.
- Disminuir las tasas de lactancia mixta al alta en relación a hipoglucemia puesto que se ha demostrado que una introducción precoz del uso de dextrosa favorece las tasas de lactancia materna exclusiva en el momento del alta.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Ausencia de fármacos coste-efectivos y seguros para el tratamiento de la hipoglucemia lo que generaba una mayor tasa de ingresos por hipoglucemia, así como necesidad de canalización de vía endovenosa y aumento de las tasas de lactancia artificial.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Disminuir las tasas de recién nacidos con hipoglucemia que requieren ingreso en Cuidados Intermedios.
- Disminuir las tasas de recién nacidos con hipoglucemia que requieren perfusión endovenosa.
- Aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva en el momento del alta

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Actualización bibliográfica del uso actual de Dextrosa gel oral al 40% así como consensuar con farmacia modo de preparación/distribución a nuestra unidad

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Itziar Serrano Viñuales

2. Elaboración de protocolo asistencial con inclusión del uso de Dextrosa gel oral al 40% para implantación en nuestra unidad.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#346

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DEL INGRESO POR HIPOGLUCEMIA CON LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO DE DEXTROSA 40% GEL ORAL

Responsable.: Zenaida Galve Pradel

3. Difusión del protocolo en todas las áreas de la unidad donde se va a implantar para que todo el personal conozca de su uso.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Miguel Angel Garcia Martinez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Administración de dextrosa 40% en neonato con hipoglucemia

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de pacientes en los que se ha administrado dextrosa

Denominador .....: número de pacientes en los que se ha detectado hipoglucemia leve-moderada

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: >80%

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Reducción del número de ingresos por hipoglucemia leve-moderada

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: número de ingresos por hipoglucemia

Denominador .....: total de recién nacidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Reducción del 10% de los ingresos.

Se realizará en el segundo semestre del año

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Lactantes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#467

### 1. TÍTULO

#### INFORMACION DE ANOMALÍAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN CONSULTA DE ASESORAMIENTO PRENATAL DE LA UNIDAD NEONATAL. PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

Fecha de entrada: 04/07/2022

Nº de registro: 2022#467 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ABENIA USON PILAR

Título  
INFORMACION DE ANOMALÍAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN CONSULTA DE ASESORAMIENTO PRENATAL DE LA UNIDAD NEONATAL.  
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

Colaboradores/as:  
LOPEZ PISON JAVIER  
PASCUAL MANCHO JARA  
RITE GRACIA SEGUNDO  
TAJADA DUASO MAURICIO CAYO  
TORRES CLAVERAS SONIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La información ofrecida (a la madre / madre y pareja) tras la detección de Anomalías del SNC es compleja y difícil de estandarizar dadas las características específicas de cada gestación. Esta información tiene como características destacadas: 1. Complejidad con diversidad de posibles evoluciones en la mayoría de los casos. 2. Necesidad de citación sin demora para información en un tiempo limitado. 3. Información compuesta de: a) Información bibliográfica general de la anomalía concreta del SNC b) Información concreta del caso ajustada a la evolución y pruebas complementarias de esta gestación c) Información de la experiencia clínica del Hospital Universitario Miguel Servet 4. Existen grupos de Anomalías más frecuentes en los que se solicita asesoramiento, como por ejemplo las Anomalías del cuerpo calloso. Dada la importancia de esta información se plantea desde la Unidad de Neonatal en coordinación con la Unidad de Diagnóstico prenatal la optimización de la misma.

#### ÁREAS DE MEJORA

Facilitar la disponibilidad de la información general en relación a la anomalía detectada, accesible a la consulta concreta, junto a la información de la experiencia de la Unidad. El análisis del caso concreto con sus características concretas no podrá nunca estandarizarse. Los documentos elaborados serán un apoyo a la información personalizada del caso. Se plantea generar un mecanismo para compartir esta información con todos los profesionales implicados, de Obstetricia (Diagnóstico prenatal), de Pediatría (Neonatal y Neuropediatría) y de Genética.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La elaboración de toda la información exige de un tiempo no disponible en cada consulta concreta. La existencia de información general sobre la anomalía del SNC, y sobre la experiencia de la Unidad en la patología concreta y actualizada, facilitará al profesional centrarse en la elaboración de la información concreta del caso, previo a aportar todas las informaciones.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo de este proyecto es facilitar el proceso de la información a los profesionales y a los padres, dado que se trata de un acto médico que exige celeridad en muchos de los casos, con dificultad en la planificación de la misma. Se plantea: 1. Tener disponible la información general bibliográfica en relación a la anomalía, en terminología adaptada a la información al paciente. 2. Disponer de información de la experiencia de la Unidad en la evolución de los nacidos con Anomalías de SNC de diagnóstico prenatal.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1. Propuesta de los grupos de patologías en los que se elabora información general escrita-hojas de información general y circuito de depósito de la información. Reunión y consenso Unidades

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Pilar Abenia Usón

2. 2. Elaboración de hojas de información general para las patologías seleccionadas. Supervisión de la información por al menos 2 familias de pacientes afectos, y por los colaboradores del proyecto.

Fecha inicio: 30/11/2022

Fecha final.: 30/03/2023

Responsable.: Pilar Abenia Usón



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#467

### 1. TÍTULO

#### INFORMACION DE ANOMALÍAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN CONSULTA DE ASESORAMIENTO PRENATAL DE LA UNIDAD NEONATAL. PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

3. Elaborar base de datos del grupo de pacientes (binomio madre-hijo) en los últimos 5 años atendidos con las patologías seleccionadas y en seguimiento en consultas , incluyendo evolución.

Fecha inicio: 30/03/2023  
Fecha final.: 30/09/2023  
Responsable.: Pilar Abenia Uson

4. 4. Inicio de aportación de las hojas de información a los nuevos casos

Fecha inicio: 01/04/2023  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Pilar Abenia Usón

5. Taller de puesta en común de la información elaborada en las unidades con profesionales implicados en dicha información.

Fecha inicio: 30/09/2023  
Fecha final.: 30/11/2023  
Responsable.: Pilar Abenia Usón

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Previsto mantener actualizadas anualmente las hojas de información, con reseña de la fecha de actualización en las hojas. Prevista la posibilidad de extender el proyecto de mejora, elaborando encuesta de satisfacción de la información a los padres.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Hijas de información general en las Anomalías del sistema nervioso central seleccionadas (3).

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de patologías de anomalías del SNC seleccionadas con hoja de información general elaborada

Denominador .....: Nº de patologías de anomalías del SNC seleccionadas (3).

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos elaborada común a ambas unidades, con protección de datos del paciente y acceso restringido a los profesionales implicados en la información.

Est.Mín.1ª Mem ..: 33.33

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 66.66

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Base de datos de experiencia de la Unidad en evolución de las patologías seleccionadas.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de patologías de anomalías del SNC seleccionadas con base de datos elaborada

Denominador .....: / Nº de patologías de anomalías del SNC seleccionadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos elaborada común a ambas unidades, con protección de datos del paciente y acceso restringido a los profesionales implicados en la información.

Est.Mín.1ª Mem ..: 33.33

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 66.66

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Taller de puesta en común de la información elaborada a las Unidades implicadas.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: . Nº de profesionales que reciben el taller

Denominador .....: Nº de profesionales de las Unidades implicadas.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hojas de confirmación de asistencia al taller

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Hoja de información ofrecida/entregada a la madre/parejas con patologías seleccionadas.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes con anomalías del SNC de las patologías seleccionadas con hoja ofrecida u

entregada

Denominador .....: Nº total de pacientes con anomalías del SNC de las patologías seleccionadas con hoja ofrecida u

entregada

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#467

### 1. TÍTULO

#### INFORMACION DE ANOMALÍAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN CONSULTA DE ASESORAMIENTO PRENATAL DE LA UNIDAD NEONATAL. PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#583

### 1. TÍTULO

#### GUÍA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ONCOPEDIATRÍA

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#583 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SERRANO FRAGO TERESA

Título  
GUÍA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ONCOPEDIATRÍA

Colaboradores/as:  
ALTUBO ANDRES PAULA ISABEL  
CASBAS CALLAVED SANDRA  
LOSILLA GRACIA ANA  
MARTINEZ MOLINER MARINA  
MONTERO BAJO MARIA SOLEDAD  
MOYA VAL MARIA ESMERALDA  
UNZUETA SALVADOR BEGOÑA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

LA CALIDAD Y SEGURIDAD del cuidado de la salud son elementos clave de nuestra mejora asistencial y están relacionados con los errores cometidos en la práctica diaria. Los errores en la práctica clínica no se deben, en su inmensa mayoría, a una falta de competencia profesional, sino que resultan entre otras cosas al desconocimiento del funcionamiento del servicio (personal de nueva incorporación). Enfermería es el grupo profesional más numeroso dentro del sistema sanitario y, también, el que pasa más tiempo al lado del paciente, dedicado a su cuidado. Por ello, la elaboración de una guía para el personal de nueva incorporación puede hacer que se reduzcan los errores cometidos en la práctica diaria, así como favorecer la curva de aprendizaje del personal al encontrarse en una unidad nueva con pacientes con un perfil delicado y complejo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Favorecer la curva de aprendizaje del personal de nueva incorporación.  
Minimizar efectos adversos en el cuidado del paciente.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Detección de dificultades en el personal de nueva incorporación para realizar los cuidados del paciente oncopediátrico.  
Variabilidad de los cuidados en la unidad de Oncopediatría

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-FAVORECER LA CURVA DE APREDIZAJE DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN EN LA UNIDAD DE ONCOPEDIATRÍA.  
-CONSENSUAR Y UNIFICAR LA FORMA DE CUIDAR AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE ONCOPEDIATRÍA.  
-DISMINUIR LOS ERRORES DERIVADOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA EN LA UNIDAD DE ONCOPEDIATRÍA.  
-PROPORCIONAR CUIDADOS DE CALIDAD Y SEGUROS AL PACIENTE ONCOPEDIÁTRICO.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de guía para personal de nueva incorporación (ENFERMEROS)

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/02/2023  
Responsable.: TERESA SERRANO FRAGO

2. Elaboración de guía para personal de nueva incorporación (TCAES)

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/02/2023  
Responsable.: TERESA SERRANO FRAGO

3. Entrega de la guía al personal de nueva incorporación

Fecha inicio: 02/02/2023  
Fecha final.: 01/09/2024  
Responsable.: TERESA SERRANO FRAGO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#583

### 1. TÍTULO

#### GUÍA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ONCOPEDIATRÍA

1. ELABORACION DE LA GUIA  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador ..... :  
Denominador ..... :  
x(1-100-1000) ... : 1  
Fuentes de datos.: si/no  
Est.Mín.1ª Mem .. : 0.00  
Est.Máx.1ª Mem .. : 85.00  
Est.Mín.2ª Mem .. : 0.00  
Est.Máx.2ª Mem .. : 100.00

2. IMPLEMENTACION DE LA GUIA  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador ..... : NUMERO DE GUIAS ENTREGADAS  
Denominador ..... : TOTAL DE PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN  
x(1-100-1000) ... : 1  
Fuentes de datos.:  
Est.Mín.1ª Mem .. : 80.00  
Est.Máx.1ª Mem .. : 70.00  
Est.Mín.2ª Mem .. : 80.00  
Est.Máx.2ª Mem .. : 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#861

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA PARA LA IDENTIFICACION Y GESTION DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA PEDIATRICA EN URGENCIAS Y PLANTAS DE HOSPITALIZACION GENERAL DEL HOSPITAL INFANTIL

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#861 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GOMEZ BARRENA VIRGINIA

Título  
PROGRAMA PARA LA IDENTIFICACION Y GESTION DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA PEDIATRICA EN URGENCIAS Y PLANTAS DE HOSPITALIZACION GENERAL DEL HOSPITAL INFANTIL

Colaboradores/as:  
BUSTILLO ALONSO MATILDE  
CAMPOS CALLEJA MARIA CARMEN  
CASTEJON PONCE ESPERANZA  
FERNANDO MARTINEZ RUTH  
GARCES GOMEZ RAQUEL  
MONGE GALINDO LORENA  
RUIZ DE LA CUESTA MARTIN CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el ámbito de la asistencia sanitaria a niños cobra especial importancia la detección de eventos adversos provocados por fallos en las barreras de seguridad que el sistema impone.  
En muchas ocasiones los riesgos se incrementan en relación con los pacientes adultos fundamentalmente por aspectos específicos relativos a la edad como pueden ser: la falta de autonomía del paciente que hace que habitualmente otra persona hable en su lugar, la mayor vulnerabilidad del cuerpo en crecimiento para determinadas intervenciones y el peso reducido que obliga a calcular las dosis de fármacos de manera singular.  
Por tanto es necesario incrementar la cultura de seguridad en todo el personal sanitario que trabaje con pacientes pediátricos para poner en marcha las alertas precisas con el objetivo de evitar en lo posible los errores inherentes a la asistencia.

#### ÁREAS DE MEJORA

A pesar de que en 2019 se implantó en el hospital el sistema de notificación de eventos adversos relacionados con la asistencia, somos conscientes de que solo una pequeña parte de los trabajadores se considera capaz de realizar este tipo de notificaciones y por tanto las que se llevan a cabo, aunque seguramente representativas, suponen una ínfima cantidad de los incidentes que realmente se producen

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de cultura de seguridad en el personal  
Falta de difusión de los errores fuera del área lo que permitiría el aprendizaje  
Falta de formación sobre como notificar e informar de los eventos ocurridos sin temor a sanciones

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1.- Realizar un listado de clasificación del tipo y lugar de incidentes
- 2.- Que un elevado número de facultativos y residentes de Pediatría realicen formación básica en seguridad del paciente
- 3.- Que la mayoría de los facultativos y residentes de Pediatría se sientan responsables de notificar los incidentes en los que se vean involucrados

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1.- Realizar una encuesta a los profesionales médicos del servicio de Pediatría para identificar los riesgos de la unidad de hospitalización o de consultas donde trabajen.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 31/10/2022

Responsable.: Marta Arrudi Moreno

2. 2.- Facilitar la realización del curso de formación SINASP (actualmente abierta 9ª edición) para hospitales.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Virginia Gómez Barrena

3. 3.- Estimular la notificación de incidentes y análisis de los mismos en la propia unidad junto con el responsable de seguridad.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/08/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#861

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA PARA LA IDENTIFICACION Y GESTION DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA PEDIATRICA EN URGENCIAS Y PLANTAS DE HOSPITALIZACION GENERAL DEL HOSPITAL INFANTIL

Responsable.: Virginia Gómez Barrena

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Todas ellas nos permitirán realizar un listado de clasificación de tipo y lugar de incidentes para posteriormente elaborar un mapa de riesgos del servicio de Pediatría

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de facultativos de la Unidad de urgencias que han realizado el curso de formación SINASP

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de FEAs de urgencias que han realizado el curso de SINASP

Denominador .....: Nº Total de FEAs de urgencias de Pediatría

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plataforma SINASP

Certificado individual presentado

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de facultativos de U. hospitalización ped. que han realizado el curso de formación SINASP

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de FEAs de hospitalización pediátrica que han realizado el curso de SINASP

Denominador .....: Nº Total de FEAs de Pediatría

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plataforma SINASP

Certificado individual presentado

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de residentes de Pediatría que han realizado el curso de formación SINASP

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de residentes de Pediatría que han realizado el curso de SINASP

Denominador .....: Nº total de residentes de Pediatría

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plataforma SINASP

Certificado individual presentado

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Porcentaje de incidencias de seguridad declaradas en Urgencias con acciones de mejora implementadas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de incidentes declarados a SINASP en urgencias pediátricas con acciones implementadas

Denominador .....: Nº total de incidentes de seguridad declarados en urgencias pediátricas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos agregados SINASP

Listado de incidencias Urgencias Pediátricas

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Porcentaje de incidencias de seguridad declaradas en Hospitalización con acciones de mejora implemen

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de incidentes declarados a SINASP en hospitalización pediátrica con acciones implementadas

Denominador .....: Nº total de incidentes de seguridad declarados en hospitalización pediátrica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos agregados SINASP

Reuniones de responsables de seguridad de unidades con el personal

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#861

### 1. TÍTULO

**PROGRAMA PARA LA IDENTIFICACION Y GESTION DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA PEDIATRICA EN URGENCIAS Y PLANTAS DE HOSPITALIZACION GENERAL DEL HOSPITAL INFANTIL**

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todas las posibles patologías en la edad pediátrica

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#968

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE FORMACION EN DIABETES INFANTIL EN EL AMBITO ESCOLAR Y EDUCATIVO

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#968 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FERRER LOZANO MARTA

Título  
PROGRAMA DE FORMACION EN DIABETES INFANTIL EN EL AMBITO ESCOLAR Y EDUCATIVO

Colaboradores/as:  
CIVITANI MONZON ELISA  
DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO  
FERRER DUCE M. PILAR  
VARA CALLAU MARTA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Diabetes mellitus infanto-juvenil es una de las enfermedades crónicas más habituales en la edad pediátrica siendo la prevalencia estimada es 1 caso por cada 1000 niños menores de 15 años. En el ámbito familiar son los padres o tutores del niño/adolescente, los responsables del buen control de la Diabetes. Pero es en el ámbito escolar donde ese apoyo de los padres desaparece, y adquiere protagonismo la figura del profesor, velando por la plena integración del niño en el colegio. Un niño con diabetes pasa un tercio del día en los centros educativos, por lo que es frecuente que sucedan descompensaciones agudas de hiperglucemia y sobretodo hipoglucemia. Para prevenir y tratar éstas situaciones, es necesario monitorizar de forma frecuente la glucosa, seguir las recomendaciones dietéticas y de actividad física, supervisados por personal del centro de forma adecuada. Hay que garantizar que los niños con diabetes reciben los cuidados necesarios para su bienestar presente, futuro y de integración social. Sin embargo, la legislación e información al respecto en los centros educativos es escasa, motivo por el que creemos necesaria una formación específica sobre la diabetes a los docentes y profesionales sanitarios del ámbito escolar

#### ÁREAS DE MEJORA

- Mejorar la atención a los niños con diabetes mellitus en el ámbito escolar.
- Evitar la discriminación que puedan sufrir estos niños debido a su patología crónica.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Los docentes carecen de conocimientos acerca de los cuidados que precisa un niño con diabetes y de las posibles complicaciones agudas (hipoglucemias) que puedan ocurrir durante la jornada escolar.
- Las necesidades de cuidados que precisan estos niños y el miedo a la aparición de situaciones que los docentes no sepan manejar pueden derivarse en discriminación de estos niños en el colegio (ej. no dejarles participar en excursiones o salidas, utilizar el comedor escolar...)

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la formación en diabetes del personal docente en cuanto a los cuidados básicos no sanitarios que precisan estos niños, como actuar ante descompensaciones leves de sus niveles de glucemia y como detectar y actuar ante posibles situaciones de emergencia.
- Reducir la ansiedad que pueda generar la atención del niño con diabetes en el colegio.
- Favorecer la integración del niño con diabetes en la escuela.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar dos ediciones formativas anuales, para el profesorado de alumnos de infantil, primaria y secundaria.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/10/2024

Responsable.: Dra. Marta Ferrer Lozano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Cada una de las ediciones estará estructurada en:

1. 1ª parte teórica (1:30-2h ), cuyos contenidos son:
  - Qué es la Diabetes
  - Tratamiento de la Diabetes
  - Cuidados o necesidades en el Colegio
  - o Medición glucosa en sangre
  - o Sensores de monitorización continua de glucosa



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#968

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE FORMACION EN DIABETES INFANTIL EN EL AMBITO ESCOLAR Y EDUCATIVO

- o Manejo de Terapia con Insulina (Múltiples Dosis de Insulina/Bomba de Insulina)
- o Alimentación (raciones de Hidratos de Carbono)
- o Complicaciones y resolución de casos de emergencia (hipoglucemia, hiperglucemia, etc)
- o Manejo de la diabetes y ejercicio
- o Excursiones, salidas, fiestas..

- 2ª parte consistirá en 3 talleres simultáneos (2:30h) que versarán sobre:

- Alimentación saludable y dieta por raciones
- Tratamiento hipoglucemias y manejo del glucagón
- Dispositivos tecnológicos para control de la glucemia y suministro de insulina

Previo al inicio de cada sesión se pasará un test de conocimientos a los asistentes, y otro al finalizar sobre conocimientos y de satisfacción. El objeto es conocer la efectividad de las sesiones y talleres, para poder añadir modificaciones de mejora en las siguientes ediciones

Se entregará documento elaborado expresamente para la ocasión: "Actuación ante el niño con diabetes en la escuela"

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Realización de dos sesiones anuales de formación destinadas a docentes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de cursos realizados

Denominador .....: Total de cursos programados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de realización del curso en la memoria de actividades de la unidad de Diabetes

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Evaluar el grado de satisfacción del curso

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de asistentes a cada sesión que cumplimentan la encuesta con alta o muy alta satisfacción

Denominador .....: Total de asistentes que cumplimentan el cuestionario de satisfacción

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionarios de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

#### 3. Evaluar el grado de conocimientos adquiridos en el curso

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de asistentes que cumplimentan correctamente al menos el 50% del cuestionario sobre diabetes

Denominador .....: Total de asistentes que cumplimentan el cuestionario de conocimientos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionarios de conocimientos

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

#### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Siempre que sea posible, se intentará que sea de forma coordinada con el Servicio de Formación al profesorado de la D.G.A

Se publicitará a través de la plataforma de Educación, en la que se realizarán las inscripciones, a través de la Asociación de Diabetes de Aragón, y en las consultas del hospital.

Se impartirá por la Unidad de Diabetes Pediátrica del HUMS (pediatras endocrinos y enfermeras educadoras)

Cada edición podrá llevarse a cabo o bien en el Hospital Infantil o en el Centro de Formación María de Ávila del Servicio de Educación, según las necesidades de cada momento.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1042

### 1. TÍTULO

#### TEJIENDO REDES DESDE LA UNIDAD DE DIABETES PEDIATRICA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1042 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CIVITANI MONZON ELISA

Título  
TEJIENDO REDES DESDE LA UNIDAD DE DIABETES PEDIATRICA

Colaboradores/as:  
CLARES PUNCEL M. TERESA  
FERRER DUCE M. PILAR  
MAINER SANMARTIN M.PAZ  
PULIDO HERRERA MARIA CARMEN  
VAZQUEZ ALVIRA LAURA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Diabetes es una de las enfermedades crónicas más habituales en la edad pediátrica siendo diagnosticados en Aragón alrededor de 50 casos nuevos al año.

La unidad de diabetes pediátrica del HUMS es la Unidad de referencia de Aragón. Al año se diagnostican más de 30 niños pertenecientes a los sectores I, II y III de Zaragoza.

A partir del debut comienza una relación muy estrecha con nuestra unidad. Ingresan para iniciar el proceso educativo de cuidados relacionados con la diabetes que continuarán de forma ambulatoria para conseguir una mayor autogestión.

La diabetes implica mayor relación con la enfermera de pediatría de Atención Primaria, ya que es la responsable de suministrar el material necesario para su tratamiento (aguja, tiras reactivas, sensores, medidores de Cetonemia, etc).

Debido a la alta especificidad y complejidad actual del tratamiento de la diabetes, es necesario que exista una comunicación fluida entre las enfermeras educadoras y las enfermeras de pediatría de atención primaria para evitar discrepancias en la información dada y unificar criterios respecto al material que precisan. De esta manera se consigue la continuidad de cuidados, la atención integral basada en la evidencia, la disminución de la variabilidad clínica y de los posibles riesgos para el paciente.

Es fundamental que las enfermeras educadoras transmitan y actualicen los conocimientos básicos a las de atención primaria. Así se logrará un mayor empoderamiento de estos niños y sus familias.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Déficit de conocimiento por parte del personal de enfermería de atención primaria sobre el manejo de la diabetes tipo 1 en pacientes pediátricos.

- Necesidad de reforzar la continuidad de cuidados.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- La elevada rotación del personal de enfermería conlleva una carencia de conocimientos actualizados en el manejo del paciente con diabetes tipo 1 debido a la complejidad de los cuidados que precisa.

- El avance en las tecnologías aplicadas a la diabetes en los últimos años, ha supuesto la necesidad de una constante actualización en los conocimientos acerca de los múltiples dispositivos por parte de los profesionales de enfermería que son partícipes en el cuidado de estos pacientes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Aumentar la coordinación entre el ámbito hospitalario y la atención primaria a través de la transmisión de información básica y directa a las enfermeras de pediatría que atienden o pueden atender a niños con diabetes infantil.

- Reducir la ansiedad que genera la información desigual y la entrega de material inadecuado a las familias de niños con diabetes cuando son derivados de un sistema a otro.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar 3 sesiones formativas para las enfermeras de pediatría de atención primaria de los 3 sectores.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2024

Responsable.: Enfermeras educadoras Diabetes pediátrica HMServet

2. Crear una vía de comunicación fluida entre Atención Primaria y las Enfermeras Educadoras de Diabetes Pediátrica a través del sistema de Interconsulta de Enfermería.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2024

Responsable.: Enfermeras educadoras Diabetes pediátrica HMServet

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1042

### 1. TÍTULO

#### TEJIENDO REDES DESDE LA UNIDAD DE DIABETES PEDIATRICA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Será impartida por las enfermeras educadoras de la unidad de diabetes pediátrica del HUMS.

Cada sesión se realizará en el hospital, con opción de conexión virtual para las enfermeras de zonas rurales siempre que sea posible.

A través de las respectivas colaboradoras de atención primaria del proyecto se contactará con los coordinadores enfermeros de cada Centro de salud que informarán a las enfermeras de pediatría de las sesiones previstas.

Cada una de las sesiones estará estructurada con una duración aproximada de 1:30-2h, con los siguientes contenidos:

- Marco de trabajo en la unidad y objetivos planteados con el niño con diabetes y su familia.
- Alimentación en el niño con diabetes (alimentos permitidos, raciones, índice glucémico, webs para el profesional).
- Criterios de suministro del material fungible necesario para el control metabólico de la diabetes (agujas, tiras reactivas, cetonemia y cetonuria, material de bombas...) tanto desde atención primaria como hospitalaria.
- Información del manejo adecuado de los sistemas de monitorización de la glucosa actuales (MFG/MCG) y sus indicaciones. Manejo de descompensaciones agudas. Taller práctico.
- Discusión: ¿qué necesitan las educadoras de la unidad de diabetes de las enfermeras de atención primaria?, ¿y al revés? Establecer medio de comunicación futura (Interconsulta de enfermería).

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Constatar la realización de 3 sesiones

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de sesiones realizadas

Denominador .....: Total de sesiones programadas

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro de realización del curso en la memoria de actividades de la unidad de Diabetes

Est.Mín.1ª Mem ..: 33.33

Est.Máx.1ª Mem ..: 66.66

Est.Mín.2ª Mem ..: 33.33

Est.Máx.2ª Mem ..: 66.66

2. Evaluar la elaboración del contenido y programa de las sesiones

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Contenido y programa de las sesiones elaborados

Denominador .....: Total de contenidos y programas de las sesiones elaborados

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro en la memoria de la unidad de diabetes

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

3. Constatar la asistencia de enfermeras de pediatría y AP a las sesiones

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de enfermeras de pediatría y AP que acuden a las sesiones programadas

Denominador .....: Total de enfermeras de pediatría y AP convocadas a las sesiones

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro de firmas de asistencia a las sesiones

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1106

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA COMPLEJA

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1106 \*\* Atención a tiempo: cáncer \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CASTEJON PONCE ESPERANZA

Título  
IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA COMPLEJA

Colaboradores/as:  
AGUILAR DE LA RED YURENA  
ALTUBO ANDRES PAULA ISABEL  
CABALLERO PEREZ VICTORIA  
GARCIA ROMERO RUTH  
GRACIA CAMPO ANAYET  
PEREZ ROY MARIA PILAR  
ROS ARNAL IGNACIO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Atención a tiempo: cáncer

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El sistema sanitario actual ha mejorado de forma notable la supervivencia de muchas enfermedades crónicas complejas. Considerando enfermedades crónicas complejas enfermedades como el cáncer, la enfermedad neuromuscular, la parálisis cerebral o enfermedades del tubo digestivo (enfermedad inflamatoria, insuficiencia pancreática) , entre otras . La prevalencia de la malnutrición es muy elevada en las enfermedades crónicas y puede estar presentes al diagnóstico o aparecer en cualquier momento evolutivo de la enfermedad. En estas enfermedades, el estado nutricional es considerado un factor pronóstico de supervivencia, así como de calidad de vida. Por tanto, es importante detectar aquellos pacientes en situación de riesgo de poder presentar una malnutrición, realizar una valoración nutricional y ofrecer un soporte nutricional en aquellos pacientes que lo precisen.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualmente se está realizando un soporte nutricional en aquellos pacientes en los que se detecta una malnutrición . En algunas patologías se han realizado protocolos para poder prevenir estados de malnutrición e iniciar un soporte precoz y se ha demostrado que la prevención y el tratamiento precoz es más efectiva. Estas actividades son un porcentaje pequeño dentro del conjunto de pacientes con enfermedad crónica compleja.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de cultura de la importancia del soporte nutricional. De manera que se acepta que la malnutrición es "normal "en estas enfermedades  
Necesidad de detectar los factores de riesgo  
Necesidad de protocolos valoración nutricional  
Apoyo en el soporte nutricional a las familias

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1.- Aumentar la cultura de la importancia de la nutrición en la calidad de vida y la supervivencia del paciente con enfermedad crónica compleja
- 2- Realizar y actualizar protocolos de valoración y soporte nutricional en el paciente crónico complejo
- 3- Que la mayoría de los facultativos y residentes de pediatría sean capaces de detectar pacientes en riesgo de presentar una malnutrición, realizar una valoración nutricional
- 4- Apoyar a las familias en soporte nutricional especializado (sondas, gastrostomías)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1.Realizar protocolo de valoración nutricional

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Esperanza Castejon

2. Revisar protocolos ya realizados de nutrición en paciente cardiópata, oncológico y valorar la necesidad de realizar protocolos específicos

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 02/01/2023

Responsable.: Ruth Garcia Romero , Ignacio Ros , Esperanza Castejon

3. 3.Elaboración de hoja de información de cuidados de sonda nasogástrica, gastrostomía

Fecha inicio: 03/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1106

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA COMPLEJA

Fecha final.: 09/01/2023

Responsable.: Enfermería

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Durante todo este tiempo se ira ofreciendo a las familias el apoyo con la documentacion y realizando la docencia y cuidados precisos

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Elaboración de un protocolo de actuación de valoración nutricional

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: protocolo realizado  
Denominador .....: total de protocolos  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: protocolos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

##### 2. Elaboración de una hoja de información a las familias en relación a la seguridad de la alimentación

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Hojas de informacion realizadas  
Denominador .....: Total de hojas de informacion  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Protocolos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

##### 3. Pacientes con valoracion nutricional al diagnostico

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Porcentaje de pacientes con valoracion nutricional realizada al debut  
Denominador .....: Total de pacientes diagnosticados en este tiempo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Pacientes controlados en unidad de paliativos , oncologia , gastroenterologia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

##### 4. Pacientes con enfermedad cronica compleja valorados durante el seguimiento

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pordcentaje de pacientes con valoracion nutricional  
Denominador .....: Total de pacientes con seguimiento  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Pacientes controlados en unidad de paliativos , oncologia , gastroenterologia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

##### 5. Pacientes con nutricion enteral y sonda nasogastrica que han recibido hoja de informacion

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes con sng que han recibido informacion  
Denominador .....: Total de pacientes con sonda nasogastrica  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Pacientes controlados en unidad de paliativos , oncologia , gastroenterologia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

##### 6. pacientes con gastrostomia que han recibido hoja de informacion

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pacientes con gastrostomia que han recibido hoja de informacion  
Denominador .....: Total de pacientes con gastrostomia  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Pacientes controlados en unidad de paliativos , oncologia , gastroenterologia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1106

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA COMPLEJA

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1254

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN AULA DE SIMULACION PEDIATRICA EN EL HOSPITAL INFANTIL ASOCIADO A UN PROGRAMA FORMATIVO CONTINUADO PARA LA ATENCION AL PACIENTE CRÍTICO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1254 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CAMPOS CALLEJA MARIA CARMEN

Título  
CREACION DE UN AULA DE SIMULACION PEDIATRICA EN EL HOSPITAL INFANTIL ASOCIADO A UN PROGRAMA FORMATIVO CONTINUADO PARA LA ATENCION AL PACIENTE CRÍTICO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
ARRUDI MORENO MARTA  
FERNANDO MARTINEZ RUTH  
GARCES GOMEZ RAQUEL  
GOMEZ BARRENA VIRGINIA  
RIOS PEREZ SARA  
ROMAGOSA SANCHEZ-MONGE INES  
RUIZ DE LA CUESTA MARTIN CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La simulación como sistema de enseñanza práctica basado en escenarios previamente diseñados y validados sirve para mejorar la capacitación de los profesionales, evitar errores y aportar una actividad clínica de mayor calidad. La enseñanza se refuerza mediante la puesta en común del caso con los registros de las acciones (debriefing). En los últimos meses, hay un interés creciente en la plantilla del hospital por la simulación pediátrica, conocedores de la importancia de la formación en la atención al niño grave y de la escasez de casos reales que permiten adquirir los conocimientos mediante la experiencia. La simulación juega un papel fundamental en la formación del personal sanitario, y es un buen sistema para conseguir un equipo formado y organizado para la atención del niño grave.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la capacitación en la atención al paciente crítico en urgencias de pediatría de los profesionales de la unidad mediante la realización de actividades en simulación y talleres prácticos de forma periódica.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La presentación de forma imprevista de situaciones críticas en pacientes pediátricos dificulta la adquisición de la capacitación necesaria de una forma rápida y uniforme en todo el personal de la unidad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1-Disponer de un espacio permanente habilitado para la realización de talleres prácticos de simulación. Esto supondría un beneficio para la totalidad de la plantilla, permitiéndoles estar más familiarizados con la sistemática de la asistencia al niño grave.
- 2-Adquisición de habilidades y competencias en la atención al paciente pediátrico crítico de todos los profesionales sanitarios que trabajan en Urgencias Pediátricas estandarizando las actuaciones y sistematizando el trabajo en equipo.
- 3-Mejorar la satisfacción de los profesionales

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Diseño de un aula de simulación con todo el material necesario para la realización de simulacros, talleres y seminarios.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Carmen Campos Calleja

2. Establecimiento de un calendario mensual con uno o dos simulacros semanales en horario de mañana y/o tarde.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/10/2023

Responsable.: Carmen Ruiz de la Cuesta

3. Elaboración de escenarios estandarizados de Casos clínicos (8 modelos).

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: Virginia Gómez Barrena



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1254

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN AULA DE SIMULACION PEDIATRICA EN EL HOSPITAL INFANTIL ASOCIADO A UN PROGRAMA FORMATIVO CONTINUADO PARA LA ATENCION AL PACIENTE CRÍTICO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS

4. Elaboración de ficha específica de registro de evaluación para cada escenario (tiempos, procedimientos, fármacos...) incluido debriefing.

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 01/10/2022  
Responsable.: Carmen Campos Calleja

5. Elaboración de encuesta de satisfacción a profesionales participantes.  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 01/04/2023  
Responsable.: Raquel Garcés Gómez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Realización de ejercicios de simulación por médicos residentes de pediatría  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de residentes de Pediatría (R2+R3+R4) que han realizado ejercicios de simulación  
Denominador .....: Número total de residentes de Pediatría (R2+R3+R4)  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de firmas de actividad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Realización de ejercicios de simulación por personal de enfermería de urgencias de pediatría  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de enfermeras y TCAEs de urgencias de pediatría que han realizado ejercicios de simulación  
Denominador .....: Número total de enfermeras y TCAEs de urgencias de Pediatría  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de firmas de actividad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Realización de ejercicios de simulación por FEA de pediatría  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de FEA de pediatría que han realizado ejercicios de simulación  
Denominador .....: Número total de FEA de Pediatría que hacen guardias  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de firmas de actividad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Registro de evaluación de escenarios  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de fichas con datos de evaluación cumplimentados  
Denominador .....: Número total de escenarios registrados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros de simulacros  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Registro de realización debriefing  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de fichas con datos de debriefing cumplimentados  
Denominador .....: Número total de escenarios registrados  
x(1-100-1000) ...: 100



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1254

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN AULA DE SIMULACION PEDIATRICA EN EL HOSPITAL INFANTIL ASOCIADO A UN PROGRAMA FORMATIVO CONTINUADO PARA LA ATENCION AL PACIENTE CRÍTICO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS

Fuentes de datos.: Registros de simulacros

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. Satisfacción de los profesionales participantes en cuanto a formación adquirida  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de encuestas cumplimentadas con satisfacción global positiva  
Denominador .....: Número total de encuestas cumplimentadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todas las patologías urgentes y críticas posibles en la edad pediátrica

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#834

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION CON UNIDADES ASISTENCIALES DE HUMS. CRITERIOS DE DERIVACION DE LOS TRABAJADORES

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#834 \*\* Atención a tiempo: interconsulta \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CAMPO SANZ SOCORRO MATILDE

Título  
COORDINACION CON UNIDADES ASISTENCIALES DE HUMS. CRITERIOS DE DERIVACION DE LOS TRABAJADORES

Colaboradores/as:  
CARRASCO CARBO CRISTINA  
DUEÑAS JOLLARD SANDRA  
EZPELETA ASCASO IGNACIO  
GIL NAVARRO SABRINA  
IGUACEL ACIN TERESA  
LATORRE MOSTEO MARIA DEL CARMEN  
TERREN MARCO NOELIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Línea estratégica: Atención a tiempo: interconsulta

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Establecer un procedimiento de Coordinación con las Unidades asistenciales de HUMS para unificar criterios de colaboración y derivación de los trabajadores del HUMS. Es un proyecto necesario e incluido en el acuerdo de gestión. Se procederá a la realización de un calendario planificado de comunicación con varios servicios asistenciales que mas patología presentan los trabajadores del Sector Sanitario, posteriormente un programa de sesiones y la realización de unos documentos acordando criterios colaboración y derivación, para agilizar la asistencia de los trabajadores y así indirectamente la reducción de ausencias laborales. Será un procedimiento para evitar diferentes conflictos y el uso de criterios homogéneos, mejora la asistencia sanitaria. La UBPR, durante los dos últimos años se ha dedicado a trabajar en la aplicación de los criterios dictados por los protocolos del Ministerio de Sanidad, en relación al Sars Cov -2 en los trabajadores sanitarios y no ha sido posible la realización de las tareas esenciales, propias del Real Decreto 843/2011.

#### ÁREAS DE MEJORA

Es un proyecto necesario para mejorar el servicio sanitario y la atención a los trabajadores , así como para evitar conflictos, entre los trabajadores y la UBPR( Unidad básica de prevención de riesgos laborales) con criterios claros de competencias.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Es necesario el análisis de la situación de las derivaciones de los trabajadores a distintas unidades asistenciales del HUMS , existe una falta de conocimiento no encontramos los momentos para realizar las reuniones de los distintos implicados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Cambios positivos en el trabajo diario de la Unidad básica de prevención de riesgos laborales.  
Poner en marcha un proyecto de mejora de la asistencia sanitaria a los Trabajadores del HUMS.  
Mejoras en la coordinación de la UBPR y los distintos servicios del HUMS, en los que es necesario derivaciones de trabajadores para tratamientos de distintas patologías y así contribuir en la colaboración de la recuperación de la salud del trabajador que implícitamente contribuir en la reducción de las ausencias laborales.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión de equipo de mejora para establecer los servicios asistenciales y establecer el acuerdo del calendario de sesiones o reuniones con los servicios establecidos.

Fecha inicio: 19/10/2022  
Fecha final.: 16/11/2022  
Responsable.: Matilde Campo

2. Ejecución de sesiones  
Fecha inicio: 18/01/2023  
Fecha final.: 15/03/2023  
Responsable.: Matilde Campo

3. Documentos de acuerdo realizados.  
Fecha inicio: 12/04/2023  
Fecha final.: 18/10/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#834

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION CON UNIDADES ASISTENCIALES DE HUMS. CRITERIOS DE DERIVACION DE LOS TRABAJADORES

Responsable.: Matilde Campo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Planificación de sesiones para determinar un documento de consenso en el que se registre los criterios de derivación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Numero de sesiones realizadas en con los servicios planificados.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de sesiones ejecutadas

Denominador .....: Numero de servicios planificados.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro de las actas de cada sesión en las que se los asistentes, los acuerdos.

Numero de documento de consenso realizados.

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 3.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Nada que aportar.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#985

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA VIGILANCIA DE LA SALUD. ADECUACION A GUÍAS EUROPEAS

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#985 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
EZPELETA ASCASO IGNACIO

Título  
MANEJO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA VIGILANCIA DE LA SALUD. ADECUACION A GUÍAS EUROPEAS

Colaboradores/as:  
CAMPO SANZ SOCORRO MATILDE  
CARRASCO CARBO CRISTINA  
DUEÑAS JOLLARD SANDRA  
GIL NAVARRO SABRINA  
IGUACEL ACIN TERESA  
LATORRE MOSTEO MARIA DEL CARMEN  
TERREN MARCO NOELIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las enfermedades cardiovasculares son un problema de Salud Pública y causa de accidentes de trabajo graves y/o mortales; en los últimos años en Aragón son n la primera causa de accidente mortal de causa no traumática. La vigilancia individual de la salud realizada por las unidades básicas de prevención de riesgos laborales del SALUD son un marco idóneo para la promoción de la salud por la accesibilidad, disponibilidad de tiempo y posibilidad de seguimiento y/o derivación al dispositivo asistencial adecuado. La estrategia europea para la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PST), formalizada en la Declaración de Luxemburgo preconiza la existencia de trabajadores sanos en empresas saludables.

1

#### ÁREAS DE MEJORA

Vigilancia de la salud. Prevención de enfermedad vascular. Promoción de la salud. En este contexto nos planteamos actualizar el calculo del riesgo cardiovascular de la población atendida en nuestra unidad de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Si bien anteriormente en al unidad ya se había realizado actuaciones para incorporar el calculo del riesgo a cardiovascular; la eclosión de la pandemia COVID en el año 2020 polarizó el trabajo en la unidad básica de forma monográfica por lo que algunos de los procedimientos de vigilancia de la salud pasaron a un segundo plano y en consecuencia las tareas de promoción de la salud.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Con motivo de la vigilancia de la salud; detectar los factores de riesgo cardiovascular (RCV), la clasificación del RCV y las intervenciones propuestas para prevenir la enfermedad cardiovascular.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Información sobre las novedades de la Guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología.

Fecha inicio: 16/08/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Responsable del proyecto

2. Incorporación del uso de la herramienta SCORE2 para el calculo del riesgo cardiovascular en las actividades de vigilancia individual de la salud. Clasificación del RCV.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: responsable y colaboradores del proyecto

3. Abordaje personalizado de los factores de riesgo cardiovascular detectados y consejo adecuado sobre estilo de vida y factores modificables.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: responsable y colaboradores del proyecto

4. Registro del RCV y consejo personalizado en el programa de vigilancia de la salud MEDTRA.

Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#985

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA VIGILANCIA DE LA SALUD. ADECUACION A GUÍAS EUROPEAS

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: responsable y colaboradores del proyecto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Intentaremos contar con una sesión de actualización impartida por persona experta ( colaborador externo) del servicio de Cardiología.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Cálculo del riesgo cardiovascular

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: personas con cálculo de RCV

Denominador .....: personas que las que han realizado vigilancia individual de la salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica, programa MEDTRA

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

##### 2. Abordaje personalizado promoción de la salud

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: personas con consejo sobre estilo de vida y factores de riesgo modificables

Denominador .....: personas que las que han realizado vigilancia individual de la salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica, programa MEDTRA

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1154

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA ISO 9001 EN LA SECCION DE GENITO URINARIO DEL HUMS

Fecha de entrada: 02/08/2022

Nº de registro: 2022#1154 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SOLANAS ALAVA SUSANA

Título  
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA ISO 9001 EN LA SECCION DE GENITO URINARIO DEL HUMS

Colaboradores/as:  
CASTILLO ESCUDERO JUAN-JOSE  
ESCARTIN MARTINEZ IRENE MARIA  
RIAGUAS ALMENARA ANA LUISA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El modelo de sistema de gestión de la calidad (SGC) que ha sido impulsado en el HUMS e implantado progresivamente en varias unidades del servicio de radiodiagnóstico del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), con el apoyo proporcionado desde la Unidad de Calidad Asistencial (UCA), se ha basado en la Norma ISO 9001:2015. Desde que se certificó la primera unidad (Unidad de mama), se estableció el objetivo a largo plazo de ir progresivamente aumentando el número de secciones certificadas

T

#### ÁREAS DE MEJORA

La certificación ISO 9001 es una herramienta que proporciona una garantía de la calidad interna y externa. De forma que, conseguir su implantación en la sección de Genito-urinario del Servicio de Radiodiagnóstico, es una oportunidad para:

- Mejorar la calidad de la Sección, así como su imagen y credibilidad
- Aumentar la satisfacción tanto de los pacientes como de los médicos peticionarios
- Generar una cultura de mejora continua y aumentar el compromiso de los empleados en relación con la mejora de procesos

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Alta variabilidad en el desarrollo de los procesos con trascendencia clínica
- Necesidad de rediseñar los procesos
- Necesidad de sistematizar el control del personal y lo equipos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Desarrollar progresivamente la implantación del SGC basado en la norma ISO 9001:2015 en la sección de genito-urinario del HUMS, en un período de 16 meses.
- Obtener la certificación ISO en Junio de 2023.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Definir el contexto (DAFO, necesidades y expectativas de clientes), el alcance de la certificación y elaboración del mapa de procesos de la Unidad

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Susana Solanas

2. - Lectura y consenso sobre los procedimientos de nivel de Sector, recopilación de documentación existente y elaboración de procedimientos operativos

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Juan Jose Castillo

3. - Definir cuadro de indicadores clave

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Susana Solanas

4. - Elaboración de procedimiento de gestión del riesgo, procedimiento de personal, procedimiento de compras y equipos y procedimiento general complementario

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1154

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA ISO 9001 EN LA SECCION DE GENITO URINARIO DEL HUMS

Responsable.: Ana Riaguas

5. - Inicio de registro de incidencias y elaboración de No Conformidades

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Irene Escartín

6. - Definir objetivos anuales para 2023

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Susana Solanas

7. - Implantar el sistema

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Todos

8. - Realizar una Auditoria Interna y realizar la Revisión del sistema por la dirección:

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Todos

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de actividades realizadas anualmente

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº actividades realizadas en el año

Denominador .....: nº actividades planificadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Sistema de gestión de calidad. Evaluación (diciembre 2022 y junio 2023), Registros de actas de reuniones del grupo de implantación ISO. Existencia de documentación

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Realización de auditoría interna

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Auditoria interna realizada

Denominador .....: Auditoria interna planificada

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Informe de auditoria interna

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1183

### 1. TÍTULO

#### CAMINANDO HACIA LA PETICION ELECTRONICA: IMPLEMENTACION DE LA SOLICITUD ELECTRONICA EN TODAS LAS SECCIONES DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1183 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VILLA VIÑAS DIASOL

Título  
CAMINANDO HACIA LA PETICION ELECTRONICA: IMPLEMENTACION DE LA SOLICITUD ELECTRONICA EN TODAS LAS SECCIONES DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

Colaboradores/as:  
CASTILLO ESCUDERO JUAN-JOSE  
CRUZ CIRIA SILVIA  
GERONA IÑIGUEZ BLANCA  
GUILLEN SUBIRAN MARIA EUGENIA  
MARIN CARDENAS MIGUEL ANGEL  
MEDRANO PEÑA JOAQUIN  
SARRIA OCTAVIO DE TOLEDO LUIS

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se precisa adaptar la solicitud de petición electrónica para que contemple las necesidades de las distintas secciones del Servicio de Radiodiagnóstico de cara a la gestión de las solicitudes. En dependencia del tipo de estudio, la solicitud deberá contener la información necesaria que requiere la gestión y realización de la prueba radiológica.

El manejo de las solicitudes está diferenciado en dependencia de factores como la urgencia del estudio y su utilidad (diagnóstica, terapéutica o de control del tratamiento). Cada Sección aportará los datos y circunstancias que deben constar en las solicitudes que le son afines y propias.

Dada la complejidad de la organización del servicio de Radiodiagnóstico, la implantación será progresiva en las distintas Secciones, a fin de establecer una rutina de trabajo con los Servicios peticionarios y afrontar los problemas que se vayan presentando.

Para los peticionarios los formularios de solicitud resultarán más claros y útiles a la hora de rellenarlos. Se pretende eliminar progresivamente el uso de solicitudes en papel. Resulta más sostenible, rápido y evita errores causados por la ilegibilidad del texto escrito a mano.

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1)Facilitar la información clínica necesaria para la gestión de la solicitud.
- 2)Mejorar la legibilidad de la información clínica, permitiendo así una óptima planificación del estudio.
- 3)Reducir el tiempo de llegada de solicitudes en papel al Servicio de Radiodiagnóstico.
- 4)Actualizar las prestaciones radiológicas, adaptadas a los códigos SERAM 2016 y más asequibles para el médico peticionario

#### ANALISIS DE CAUSAS

- 1)En ocasiones no consta si se precisa anestesia, alergias a fármacos, dispositivos implantados y otros.
- 2)Se tiende a escribir a mano, con siglas y fuera de los apartados, causando ilegibilidad.
- 3)Pérdida o retraso en la llegada de las solicitudes a las salas de Radiodiagnóstico.
- 4)Prestaciones en uso anticuadas, obsoletas y con descripciones no intuitivas para los médicos peticionarios.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Diseñar formularios de petición adaptados a los diferentes tipos de solicitud de prueba radiológica, que permitan gestionar y realizar la prueba radiológica con mayor eficiencia.

Gestionar los circuitos para la distribución de peticiones urgentes y no urgentes en los pacientes ingresados.

Implantar el sistema de citación para todas las secciones de Radiodiagnóstico.

Actualizar la cartera de prestaciones con los códigos SERAM 2016.

Agilizar la realización de exploraciones a expensas de reducir el tiempo de llegada de la solicitud en papel al Servicio.

Eliminar el uso de solicitudes en papel en los pacientes ingresados.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión informativa con interlocutores de las Secciones para el plan de implantación

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final: 31/01/2022

Responsable.: Luis Ros

2. Reunión con Informática para el diseño de tablas y formularios

Fecha inicio: 01/02/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1183

### 1. TÍTULO

#### CAMINANDO HACIA LA PETICION ELECTRONICA: IMPLEMENTACION DE LA SOLICITUD ELECTRONICA EN TODAS LAS SECCIONES DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

Fecha final.: 28/02/2022

Responsable.: Blanca Gerona

3. Elaboración de tablas de contenido con códigos SERAM 2016, nombre de prestaciones y validación. Datos de los formularios

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 30/04/2022

Responsable.: Jefes de Sección

4. Envío al Servicio de Informática de las tablas

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/05/2022

Responsable.: Jefes de Sección

5. Selección de Servicios peticionarios de referencia para el inicio de la implantación

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Jefes de Sección

6. Formación a los médicos peticionarios y a los radiólogos en el manejo del programa GIPE, validación y redistribución de estudios

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Por determinar

7. Inicio de implantación en la Sección de Mama

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Jefe de Sección

8. Inicio de implantación en la Sección de Tórax

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Jefe de Sección

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Colaboraciones necesarias con el Servicio de informática, a demanda, para la elaboración del formato de las tablas y formulario.

Colaboraciones con interlocutores en los servicios peticionarios para la vista de los formularios.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de implantación del GIPE en cada Sección

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: peticiones de pacientes ingresados (no urgentes) presente en el sistema GIPE en el mes en curso

Denominador .....: Estudios realizados ese mes en el RIS por la Sección

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Consulta en el GIPE y en el RIS con fechas seleccionadas y profesionales de cada sección

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

2. Porcentaje de implantación del GIPE en el Servicio.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº Secciones con GIPE implantado

Denominador .....: Secciones existentes que asisten a pacientes ingresados (8)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Consulta en bases de datos (GIPE y RIS)

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

3. Número de peticiones GIPE no atendidas.

Tipo de indicador: Impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1183

### 1. TÍTULO

#### CAMINANDO HACIA LA PETICION ELECTRONICA: IMPLEMENTACION DE LA SOLICITUD ELECTRONICA EN TODAS LAS SECCIONES DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

Numerador .....: Solicitudes presentes en el GIPE sin validar > 72 horas hábiles.  
Denominador .....: ?  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Búsqueda semanal en el GIPE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

**\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación**

La implantación en cada Sección se evaluará trimestralmente. Se considerará medio implantada si > 50% de las exploraciones de pacientes ingresados se solicitaron a través de GIPE. Se considerará implantada si más del 80% de las peticiones de pacientes ingresados se solicitaron a través del GIPE.

El ritmo de implantación en el Servicio está diseñado para concluir en el segundo semestre de 2023.

El número de peticiones GIPE no atendidas se conderará adecuado si es <3 a la semana durante el periodo de implantación.

**POBLACIÓN DIANA**

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todo tipo de patología en pacientes ingresados

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1198

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE RADIOLOGÍA TORACICA Y CARDIOVASCULAR DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL H.U. MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1198 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ROMEO TRIS ALFONSO

Título  
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE RADIOLOGÍA TORACICA Y CARDIOVASCULAR DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL H.U. MIGUEL SERVET

Colaboradores/as:  
ANGULO HERVIAS ELENA  
GUILLEN SUBIRAN MARIA EUGENIA  
RODRIGUEZ TORRES CRISTINA  
YAGUE ROMEO DOMINGO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El modelo de sistema de gestión de la calidad (SGC) que ha sido impulsado en el HUMS e implantado progresivamente en varias unidades del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Miguel Servet, con el apoyo proporcionado desde la Unidad de Calidad Asistencial (UCA), se ha basado en la Norma ISO 9001:2015. Desde que se certificó la primera Unidad (Unidad de Mama) en 2016, se estableció el objetivo a largo plazo de conseguir la Certificación en el resto de Secciones del Servicio.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Mejorar la calidad de la Sección de Radiología Torácica y Cardiovascular, así como su imagen y credibilidad.
- Aumentar la satisfacción tanto de los pacientes como de los médicos peticionarios.
- Generar una cultura de mejora continua y aumentar el compromiso de los empleados en relación con la mejora de procesos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Alta variabilidad en el desarrollo de los procesos con trascendencia clínica
- Necesidad de rediseñar los procesos
- Necesidad de sistematizar el control del personal y los equipos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Desarrollar progresivamente la implantación del SGC basado en la norma ISO 9001:2015 en la sección de Radiología Torácica y Cardiovascular del HUMS, en un período de 16 meses.
- Obtener la certificación ISO en Junio de 2023.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Definir el contexto (DAFO, necesidades y expectativas de clientes), el alcance de la certificación y elaboración del mapa de procesos de la Unidad

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Alfonso Romeo

2. -Lectura y consenso sobre los procedimientos de nivel de Sector, recopilación de documentación existente y elaboración de procedimientos operativos de los procesos

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Maria Eugenia Guillén

3. -Definir cuadro de indicadores clave

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Cristina Rodríguez

4. -Elaboración de procedimiento de gestión del riesgo, procedimiento de personal, procedimiento de compras y equipos y procedimiento general complementario

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Elena Angulo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1198

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD BASADO EN LA NORMATIVA ISO 9001 EN LA SECCION DE RADIOLOGÍA TORACICA Y CARDIOVASCULAR DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL H.U. MIGUEL SERVET

5. -Inicio de registro de incidencias y elaboración de No Conformidades

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Domingo Yagüe

6. -Definir objetivos anuales para 2023

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Alfonso Romeo

7. -Implantar el Sistema

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Todos

8. -Realizar una Auditoria Interna y realizar la Revisión del Sistema por la Dirección:

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Todos

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de actividades realizadas anualmente

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° actividades realizadas

Denominador .....: N° actividades planificadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: -Sistema de Gestión de Calidad.

-Evaluación (diciembre 2022 y Junio 2023)

-Registros de actas de reuniones del grupo de implantación ISO.

-Documentación ISO

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Realización de la Auditoría Interna

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Auditoría Interna realizada

Denominador .....: Auditoría Interna planificada

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: -Informe de Auditoría Interna

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1234

### 1. TÍTULO

#### ADAPTACION E IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICO (CHECK-LIST) EN LAS INTERVENCIONES DE NEURORRADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Fecha de entrada: 06/08/2022

Nº de registro: 2022#1234 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GRACIA FRANCO MARIA

Título  
ADAPTACION E IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICO (CHECK-LIST) EN LAS INTERVENCIONES DE NEURORRADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Colaboradores/as:  
GUERRERO SANCHEZ ANA ISABEL  
MARTIN AREVALO MARIA VICTORIA  
MAYORAL GARCIA MARIA ESTHER  
TIÑENA ARIÑO ALVARO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: Seguridad Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Mejora de la Seguridad del paciente en procedimientos de Neurorradiología Intervencionista.

ÁREAS DE MEJORA  
El check-list quirúrgico que se usa habitualmente no es el adecuado para los procedimientos de Neurorradiología Int. (tanto urgentes como programados), ya que no recoge los puntos críticos en seguridad de nuestros pacientes. Sobran parámetros para nuestros procedimientos y habría que añadir otros en cambio.

ANÁLISIS DE CAUSAS  
No contamos con el documento adecuado para recoger toda la información necesaria porqu eel actual listado de verificación quirúrgico no se ajusta a nuestros procedimientos.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
- Adaptar o realizar un listado de verificación (check-list) para los procesos de Neurorradiología Intervencionista, que cubra todos los puntos críticos del proceso; incidiendo en la seguridad del paciente y mejorando la calidad de la atención.  
- Implantación del mismo en todos los procedimientos de Neurorradiología Intervencionista.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Establecimiento del grupo de trabajo  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: María Gracia

2. - Revisión del actual listado de verificación del bloque quirúrgico. Estudiar su adaptación a nuestras necesidades  
Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: María Gracia

3. - Reunión con unidades y servicios que implicados: Unidad de Neuro. Intervencionista, Sº Anestesiología, UCA, Dirección Enf... para informarles del proyecto y que puedan realizar aportaciones al mismo  
Fecha inicio: 02/11/2022  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: María Gracia

4. - Elaboración del nuevo listado de verificación de NeuroRx  
Fecha inicio: 01/02/2023  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Equipo de trabajo

5. - Consenso del mismo con las unidades y servicios anteriormente mencionados  
Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: María Gracia

6. - Aprobación por parte de la UCA  
Fecha inicio: 01/04/2023  
Fecha final.: 30/04/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1234

### 1. TÍTULO

#### ADAPTACION E IMPLANTACION DE UN LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICO (CHECK-LIST) EN LAS INTERVENCIONES DE NEURORRADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Responsable.: María Gracia

7. - Reunión con las unidades responsables de HCE para proceder al registro electrónico del nuevo listado de verificación

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: María Gracia

8. - Formación del personal de enfermería de la unidad para utilizar el nuevo listado de verificación quirúrgico para Neurorradiología Int. e implantación del mismo en HCE

Fecha inicio: 01/09/2023

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: María Gracia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Realización del check-list antes del procedimiento de Neurorradiología Intervencionista

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de listados de verificación quirúrgicos realizados

Denominador .....: Número de procedimientos realizados en Neurorradiología Intervencionista

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 98.00

2. Índice de personal de Enfermería que usa el listado de verificación quirúrgica en Neurorradiología I

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de enfermeros formados en el uso del listado de verificación quirúrgica

Denominador .....: Número de enfermeros de la unidad de Neurorradiología Int.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: La propia unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes que necesiten atención en la unidad de Neurorradiología Intervencionista (problemas vasculares cerebrales, de columna vertebral, etc)

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1236

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS DE LA VIABILIDAD DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN NEURRADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Fecha de entrada: 06/08/2022

Nº de registro: 2022#1236 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BELLO VILLANUEVA SANDRA

Título  
ANÁLISIS DE LA VIABILIDAD DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN NEURRADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Colaboradores/as:  
GRACIA FRANCO MARIA  
MARTIN AREVALO MARIA VICTORIA  
MAYORAL GARCIA MARIA ESTHER  
TIÑENA ARIÑO ALVARO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Hay pacientes de Neurorradiología Interv. que requieren una serie de actuaciones de enfermería (en concreto, control de niveles de antiagregación y accesos vasculares) que ahora mismo se realizan, pero no de una forma organizada y sistematizada; por lo que se alargan tiempos de atención al paciente y disminuye la calidad de la atención al mismo. Supone una sobrecarga de trabajo del personal enfermero que interrumpe su actividad para hacerse cargo de estas otras actuaciones. Puede producir demoras en los procesos que influyen en la realización de la intervención. Finalmente el problema repercute en todos los pacientes que se atienden ese día en la Unidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Optimizar el tiempo que pasan los pacientes en la Unidad. Organizar y estructurar el trabajo de los profesionales sanitarios enfermeros de la Unidad. Realizar una atención de calidad para todos los pacientes atendidos en la Unidad. Mejorar la práctica asistencial y la satisfacción del profesional.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Los puntos importantes en la atención a los pacientes en una consulta de enfermería de Neurorradiología Interv. son principalmente el control de los niveles de antiagregación y el control de los accesos vasculares necesarios y posibles en cada intervención. No hay un lugar organizado donde poder realizar estas actividades de enfermería, por lo que se realizan en las salas quirofanadas de la unidad. Tampoco hay un tiempo previsto para hacerlo ni un recurso humano dedicado a ello. La atención se realiza a costa de un gran esfuerzo por parte del profesional y del paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Definir una consulta de enfermería en la Unidad de Neurorradiología Interv. que recoja el lugar adecuado, el recurso humano necesario y el tiempo disponible para realizar estas actividades
- Analizar la viabilidad de la misma.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Establecimiento del grupo de trabajo de la unidad para analizar el problema detectado.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final: 30/09/2022  
Responsable.: Sandra Bello

2. - Definir el contenido de la actividad de enfermería, tiempo necesario y las personas adecuadas para la realización de la misma

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final: 30/11/2022  
Responsable.: María Gracia

3. - Definir la consulta de enfermería y consensuar con Dirección de Enfermería para informarles del proyecto y que puedan realizar aportaciones al mismo

Fecha inicio: 14/11/2022  
Fecha final: 15/01/2023  
Responsable.: Equipo de trabajo

4. - Consenso con resto de la Unidad de Neurorradiología y Jefe de Servicio de Radiología

Fecha inicio: 16/01/2023  
Fecha final: 31/01/2023  
Responsable.: Equipo de trabajo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1236

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS DE LA VIABILIDAD DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN NEURRADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

5. - Presentación de la consulta de enfermería de Neurorradiología Intervencionista  
Fecha inicio: 01/02/2023  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Equipo de trabajo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. - Número de reuniones realizadas para llevar a cabo el proyecto  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de reuniones realizadas para llevar a cabo el proyecto  
Denominador .....: No hay  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Actas de las propias reuniones  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes que necesiten atención en la unidad de NeuroRx Intervencionista (problemas vasculares cerebrales, de columna vertebral, etc)

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#373

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL ABORDAJE DE LA PLAGIOCEFALIA POSICIONAL EN RECIEN NACIDOS

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#373 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHO GARCIA MARIA MAR

Título  
MEJORA DEL ABORDAJE DE LA PLAGIOCEFALIA POSICIONAL EN RECIEN NACIDOS

Colaboradores/as:  
DE FRANCISCO GARCIA ANA MARIA  
GARCES CARDOS TERESA  
JIMENEZ MARTIN MARIA  
LAZARO LOSCOS ALFREDO  
VALER PELARDA ANA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde que en el año 1989 se publicara un trabajo en la revista "Pediatrics" en el que se alertaba del riesgo de dormir boca abajo (ya que se relacionaba con una mayor incidencia de muerte súbita), y en 1992 la Academia Americana de Pediatría lanzara la campaña "Back to sleep" para prevenirla, se han observado dos fenómenos: por un lado una disminución de la muerte súbita, pero por otro lado, un aumento considerable de los casos de plagiocefalia posicional o postural (deformación del cráneo debida a la aplicación constante de fuerzas de presión sobre la parte posterior del cráneo, muy maleable en los niños pequeños).

Está demostrada la eficacia de no dejar que los bebés duerman boca abajo, ya que así se reduce el riesgo de muerte súbita, pero sin embargo también es recomendable que los bebés pasen tiempo boca abajo, supervisados por el adulto, cuando estén despiertos.

Los datos publicados en bibliografía estipulan que la incidencia real de la plagiocefalia posicional es difícil de establecer, pero se estima que puede llegar hasta un 48% en niños sanos por debajo del año de edad. Por otro lado, la prevalencia va variando, aumentando su porcentaje en las 6-7 primeras semanas de vida (algunos estudios fijan porcentajes del 6,1-13% al nacer y 16-22,1% en las 6-7 semanas).

Es por ello que, considerando la prevención como una parte importantísima de nuestra intervención, nos planteamos la confección de un folleto informativo (consensuado con todos los profesionales implicados) que recoja estos y otros aspectos básicos y que se pueda proporcionar a los padres y/o cuidadores de todos los bebés que nacen en el hospital. Educar en el manejo postural a los padres tiene un impacto significativo en la prevención y reducción de la plagiocefalia posicional.

#### ÁREAS DE MEJORA

En nuestra práctica habitual, como fisioterapeutas infantiles del Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Miguel Servet, observamos cómo nos siguen derivando casos con este diagnóstico. Una deformidad que creemos que podría evitarse educando a los padres y proporcionándoles información; dándoles pautas y pequeños consejos a nivel postural desde el momento cero, es decir, en el propio hospital, donde consideramos que la información dada adquiere una especial relevancia.

En la población de prematuros, que ocupa gran parte de nuestra práctica asistencial, dentro de nuestro protocolo de intervención está incluida la educación a los padres sobre diversos temas: posicionamiento, movimiento, ejercicios para estimulación de la succión... Pero, la población de bebés nacidos a término sin patología susceptible de nuestra intervención, muchas veces nos llega semanas y/o meses después con diagnósticos de plagiocefalias, torticolis posturales..., cuestión que podría evitarse si los padres fueran informados de pautas para prevenirlas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

la plagiocefalia se inicia en el primer trimestre de vida, cuando el bebé todavía no ha adquirido el control cefálico y permanece colocado en la posición de boca arriba largos periodos de tiempo sin control postural.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Proporcionar información sencilla y muy útil a los padres y/o cuidadores de todos los bebés que nazcan en el Hospital materno-infantil Miguel Servet, con el objetivo de prevenir la aparición de plagiocefalia posicional.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Constitución del grupo de trabajo

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: M<sup>a</sup>Mar Sancho García

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#373

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL ABORDAJE DE LA PLAGIOCEFALIA POSICIONAL EN RECIEN NACIDOS

2. Reunión con los profesionales implicados (pediatría de maternidad, enfermería y servicio de rehabilitación)

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Ana C. Valer Pelarda

3. Búsqueda de bibliografía y elaboración del folleto inicial

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: MªTeresa Garcés Cardós

4. Presentación a los Servicios. Propuestas de cambios

Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: María Jiménez Martín

5. Elaboración del folleto definitivo

Fecha inicio: 01/02/2023  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Alfredo Lázaro Loscos

6. Implantación

Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Ana de Francisco García

7. Evaluación de indicadores

Fecha inicio: 01/07/2023  
Fecha final.:  
Responsable.: MªMar Sancho García

8. Propuestas de mejora

Fecha inicio: 01/09/2023  
Fecha final.: 30/09/2023  
Responsable.: MªTeresa Garcés Cardós

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cobertura

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº de folletos repartidos  
Denominador .....: nº de bebés nacidos vivos en maternidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de nacimientos vivos en las plantas de maternidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Satisfacción

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº de encuestas con valoración positiva global  
Denominador .....: nº de encuestas cumplimentadas por los padres  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas repartidas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Lactantes                      Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#373

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL ABORDAJE DE LA PLAGIOCEFALIA POSICIONAL EN RECIEN NACIDOS

Tipo de patología: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#652

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA EINTER (EJERCICIO INTENSIVO TERAPEUTICO) EN LA SALA MULTIFUNCIONAL DE LA U.L.M.E PARA PACIENTES CON LESION MEDULAR

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#652 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GARAY SANCHEZ AITOR

Título  
IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA EINTER (EJERCICIO INTENSIVO TERAPEUTICO) EN LA SALA MULTIFUNCIONAL DE LA U.L.M.E PARA PACIENTES CON LESION MEDULAR

Colaboradores/as:  
ANDRES MARTINEZ ANA ISABEL  
FERNANDEZ CELAYA ALOÑA  
NAVARRO SEGURA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las alteraciones metabólicas del paciente con lesión medular están asociadas, entre otras, a la hipertensión arterial, alteraciones lipídicas, hiperinsulinemia y trastornos en el transporte de la glucosa pudiendo producirse diabetes. Esto puede favorecer la aparición de fenómenos de obesidad en este tipo de pacientes. La disminución del ejercicio físico puede acrecentar estas complicaciones.

Con un incremento del nivel de actividad física, se aumenta el gasto calórico mejorando así el transporte de la glucosa en sangre y disminuyendo los procesos de diabetes. Además, se mejoran componentes del movimiento como son la fuerza y la resistencia, lo que proporciona una mejora del equilibrio. Por tanto, con este aumento de actividad física facilitamos que el paciente tenga una mayor participación en su entorno una vez reciban el alta hospitalaria.

Dentro del ámbito hospitalario, el tiempo fuera de la terapia programada en pacientes con lesión medular de la U.L.M.E constituye la mayor parte de su tiempo de vigilia cuando están ingresados en esta planta. Hay estudios de otros hospitales que demuestran que, por norma, este tiempo es de 4 h. diarias aproximadamente, de las cuales se destinan solamente entre 7-10 minutos al día para realizar actividad física moderada y alta.

#### ÁREAS DE MEJORA

Aumentar el nivel de actividad física terapéutica de los pacientes con lesión medular de la ULME

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La lesión neurológica de estos pacientes les dificulta la realización de ejercicio terapéutico de manera autónoma, con el impacto negativo que esto conlleva en su estado de salud

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Mejorar las alteraciones metabólicas derivadas de la lesión medular de la U.L.M.E.
2. Mejorar componentes musculoesqueléticos del movimiento del paciente con lesión medular de la U.L.M.E.
3. Mejorar la fuerza del paciente con lesión medular de la U.L.M.E.
4. Mejorar la resistencia cardiovascular del paciente con lesión medular de la U.L.M.E.
5. Mejorar el equilibrio y prevenir caídas del paciente con lesión medular de la U.L.M.E.
6. Inculcar una cultura de actividad física y responsabilidad al paciente con lesión medular de la U.L.M.E
7. Aumentar la participación social del paciente con lesión medular de la U.L.M.E. en su entorno una vez recibida el alta hospitalaria
8. Ofrecer un servicio asistencial complementario de calidad en el servicio de rehabilitación de la U.L.M.E.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Implementar lunes y miércoles el protocolo de circuito aeróbico, martes y jueves el de fuerza (sala multifuncional de U.L.M.E) con una duración de 30 minutos para el grupo A y después para el grupo B.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Aitor Garay Sánchez

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Previo a la ejecución de los protocolos, se establecerá 2 tipos de grupos de pacientes, con un máximo de 4, conforme sus capacidades funcionales (en la sala multifuncional de la U.L.M.E), según criterios de la escala de Berg.

GRUPO A: Pacientes que si tienen control de tronco en sedestación durante al menos 2 minutos y no tienen control de la bipedestación.

GRUPO B: Pacientes que si tienen control de tronco en bipedestación y realizan transferencias de manera autónoma

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#652

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA EINTER (EJERCICIO INTENSIVO TERAPEUTICO) EN LA SALA MULTIFUNCIONAL DE LA U.L.M.E PARA PACIENTES CON LESION MEDULAR

1ª y 2ª memoria)

##### 1. Ejercicio físico terapéutico

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N.º de pacientes en el programa

Denominador .....: N.º de pacientes ingresados en la U.L.M.E

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

##### 2. Participación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N.º de sesiones por paciente

Denominador .....: no hay

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

##### 3. Mejora de salud

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N.º de pacientes que mejoran la fuerza

Denominador .....: N.º pacientes totales del programa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

##### 4. Mejora de salud

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N.º de pacientes que mejoran la resistencia

Denominador .....: N.º pacientes totales del programa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

##### 5. Calidad percibida

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N.º de pacientes satisfechos con el programa

Denominador .....: N.º pacientes totales del programa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#746

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA DERIVACION DE PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA SUBSIDIARIA DE TRATAMIENTO CON ONDAS DE CHOQUE DESDE CONSULTAS EXTERNAS DE REHABILITACION (UNIDAD MUSCULOESQUELETICA)

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#746 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PANIEGO LOPEZ ANA

Título  
MEJORA DE LA DERIVACION DE PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA SUBSIDIARIA DE TRATAMIENTO CON ONDAS DE CHOQUE DESDE CONSULTAS EXTERNAS DE REHABILITACION (UNIDAD MUSCULOESQUELETICA)

Colaboradores/as:  
GARCIA GALAN MARIA JOSE  
HERRAIZ GASTESI ISABEL DOLORES  
ORELLANA GARCIA RAQUEL  
SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA  
SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR  
VELLOSILLO ORTEGA JUAN MANUEL

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La patología musculoesquelética es una de las más prevalentes en consultas externas de Rehabilitación. En el momento actual se deriva patología subsidiaria a tratamientos con ondas de choque a la consulta de RHB intervencionista, junto a patología que precisa tratamiento intervencionista ecoguiado. Esto conlleva a una demora en la valoración y tratamiento de estos pacientes. Realizar un protocolo de derivación directa a unidad de ondas de choque nos permitirá atender a los pacientes con mayor celeridad basado en las últimas recomendaciones y evidencias científicas más actualizadas en dicho tratamiento.

#### ÁREAS DE MEJORA

Tratar de mejorar y agilizar la derivación de pacientes con patología subsidiaria de tratamiento con ondas de choque

#### ANALISIS DE CAUSAS

Actualmente los pacientes pendientes de tratamiento con ondas de choque se encuentran en la misma lista de espera que otros pacientes pendientes de tratamiento intervencionista, ya que en el inicio se gestionó por la misma unidad. Dada el aumento de la demanda de tratamiento con ondas de choque, se trata de realizar una derivación directa con unas indicaciones estrictas con evidencia científica

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1) Revisar las patologías subsidiarias a tratamiento con ondas de choque según la evidencia científica más actualizada.

2) Agilizar la lista de espera de los pacientes pendientes de realizar tratamiento con ondas de choque.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

##### 1. Crear un grupo de trabajo

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 15/08/2022

Responsable.: Ana Paniego

##### 2. Realizar una revisión científica de las patologías subsidiarias a tratamiento con ondas de choque

Fecha inicio: 15/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Ana Paniego

##### 3. Redactar un protocolo de derivación a unidad de ondas de choque y consensuarlo con el grupo

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Raquel Orellana

##### 4. Realización de hoja de derivación, tipo check list, para realizar la canalización de los pacientes

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Antonia Pilar Soriano

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#746

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA DERIVACION DE PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA SUBSIDIARIA DE TRATAMIENTO CON ONDAS DE CHOQUE DESDE CONSULTAS EXTERNAS DE REHABILITACION (UNIDAD MUSCULOESQUELETICA)

5. Implantación del protocolo mejorando los circuitos de derivación

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: M Jose Garcia Galan y servicio de MF y RHB

6. Evaluación

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Ana Paniego / Raquel Orellana

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes correctamente derivados a tratamiento con ondas de choque

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de pacientes correctamente derivados (con check list) a los que se les hace tratamiento con ondas de choque

Denominador .....: N° total de pacientes que reciben tratamiento con ondas de choque

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Disminución de días de espera para tratamiento con ondas de choque

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Tiempo (en días de espera) a fecha 31-12-22

Denominador .....: tiempo en días de espera a fecha 31-3-22

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.95

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.85

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.85

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.80

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#812

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTOS ERGONOMICOS PARA EL CONFORT Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#812 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ANDRES MARTINEZ ANA ISABEL

Título  
PROCEDIMIENTOS ERGONOMICOS PARA EL CONFORT Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Colaboradores/as:  
ROMEO IGLESIAS ANA PILAR  
GARAY SANCHEZ AITOR  
PUEYO ACIN BLANCA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde el servicio de fisioterapia se trata al paciente ingresado para conseguir la mayor independencia posible dentro de su patología, la evolución se traslada a los profesionales de la planta y familiares para complementar el tratamiento del paciente. Debido a patologías asociadas, sobreprotección, inseguridad del paciente y familiares, ... no se aprovecha esta posibilidad de ttº continuado durante el ingreso en dichas plantas. En muchos casos alarga la estancia del paciente o aparecen complicaciones, crea inquietud en los familiares y lesiones en el personal.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Fomentar la autonomía del paciente en las transferencias de forma segura.
- Educar la paciente y familiares para su colaboración en el proceso de rehabilitación de su funciones.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desconocimiento de las técnicas seguras y específicas de movilización que puede abordar cada tipo de paciente en función de su patología.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Aprovechamiento de los beneficios conseguidos con el ttº de fisioterapia.
  - Mejorar las destrezas del personal para el manejo del paciente, según su patología y estado de evolución en el que se encuentra.
  - Implicar a las familias, dentro de sus posibilidades, para conocer el manejo del paciente en su domicilio.
- Población Diana: Personal de las plantas 0 y 8-9 hospital de traumatología.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión diaria del fisioterapeuta con el paciente

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/07/2024

Responsable.: Ana Isabel Andrés Martínez

2. Infografías

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/07/2024

Responsable.: Ana Isabel Andrés Martínez

3. Sesiones clínicas teórico-prácticas ( Ergonomía y fomento de la autonomía del paciente)

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/07/2024

Responsable.: Ana Isabel Andrés Martínez

4. Escuela de familias y trípticos

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/07/2024

Responsable.: Ana Isabel Andrés Martínez

5. Reuniones multidisciplinares

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/07/2024

Responsable.: Ana Isabel Andrés Martínez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#812

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTOS ERGONOMICOS PARA EL CONFORT Y LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Educación del paciente

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes que reciben las sesiones educativas

Denominador .....: Numero total de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Anotaciones en las historias clínicas de los pacientes

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.30

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.50

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.60

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.70

##### 2. Sesiones clínicas a los profesionales

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Profesionales que reciben la formación

Denominador .....: Total de profesionales de la planta.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de asistencia.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.30

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.50

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.60

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.70

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#814

### 1. TÍTULO

#### EFICIENCIA EN ELECTROESTIMULACION MEDIANTE CURVA I/T

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#814 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
SANTA INES DURAN JOSE IÑIGO

Título  
EFICIENCIA EN ELECTROESTIMULACION MEDIANTE CURVA I/T

Colaboradores/as:  
CAMBRA LINES MARIA PILAR  
DOSUNA DE BUSTOS MIKEL  
FERNANDEZ SIMON FATIMA  
PUEYO ACIN BLANCA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las curvas de respuesta fisiológica se utilizan en Terapia Física para determinar denervación de una fibra muscular, el grado de afectación de ésta y los puntos del posible tratamiento. Los componentes del equipo de fisioterapeutas hemos detectado la necesidad de desarrollar una metodología ágil y precisa para el manejo de la electroestimulación muscular de musculatura inervada en el departamento de electroterapia. De esta forma se consiguen los parámetros específicos para cada paciente, en la construcción de la corriente eléctrica para la electroestimulación. Esta curva nos indica como responde una fibra nerviosa o muscular ante estímulos eléctricos bruscos e invasivos que provoquen la despolarización de membrana con la mayor eficacia posible.

#### ÁREAS DE MEJORA

Personalizar los parámetros de la corriente eléctrica utilizada en electroestimulación muscular en músculos inervados.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En la actualidad se utilizan valores prefijados en los generadores de corriente, sin discriminación de patología o característica fisiológica del músculo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Establecer los parámetros de respuesta fisiológica muscular propios de cada paciente.
2. Construcción de la corriente de electroestimulación con los valores más eficaces y con menos intensidad, lo que la convierte en más confortable.
3. Objetivar la evolución y resultado de la terapia de electroestimulación, en sus fases de evaluación inicial y final, analizando la curva resultante.
4. Desarrollar los gráficos (que se pueden incorporar a la HCE) para valorar la evolución de la terapia, por su componente de electrodiagnóstico.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recogida de datos bibliográficos y de evidencia sobre la EEM (Electroestimulación muscular)  
Reunión con el equipo de mejora para asignar tareas.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final: 31/08/2022

Responsable.: Iñigo Santa Inés Durán

2. Establecer en hoja de Excel, las curvas y parámetros a recoger.

Puesta en común de la bibliografía y evidencia encontrada.

Detallar criterios de inclusión de pacientes y de exclusión.

Fecha inicio: 31/08/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Iñigo Santa Inés Durán / Equipo

3. Construcción de la corriente eléctrica y forma de aplicación en función del músculo y patología. Puntos motores.

Diseño de hoja Excel con las curvas y parámetros obtenidos

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final: 31/10/2022

Responsable.: Iñigo Santa Inés Durán / Equipo

4. Desarrollar los gráficos y datos más importantes de la curva I/T.

Establecer metodología de aplicación del tratamiento.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#814

### 1. TÍTULO

#### EFICIENCIA EN ELECTROESTIMULACION MEDIANTE CURVA I/T

Ejecución de la curva I/T y aplicación.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Iñigo Santa Inés Duran / Equipo

5. Evaluación, valoración, puesta en común y resultados.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Iñigo Santa Ines Duran /Equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. CURVA PREVIA

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de pacientes con curva previa al tratamiento de electroestimulación

Denominador .....: Numero de pacientes totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: REGISTRO DE PLAN DE TRATAMIENTO

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#830

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA EN LESION MEDULAR ASIA A

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#830 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BLASCO GARCIA TANIA

Título  
PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA EN LESION MEDULAR ASIA A

Colaboradores/as:  
FERNANDEZ CELAYA ALOÑA  
LAJUSTICIA BUENO EMILIANO  
MALDONADO LARIO ALBERTO  
NAVARRO SEGURA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Establecer una unificación de criterios en base al abordaje del paciente con ASIA A, desde la perspectiva de la fisioterapia, con el fin de limitar en lo posible la variabilidad clínica, aumentando de esta forma la calidad asistencial y por tanto la seguridad del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Practica clinica basada en la evidencia  
Calidad asistencial  
Seguridad del paciente

#### ANALISIS DE CAUSAS

Variabilidad clinica  
Técnicas de baja evidencia científica

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Unificar criterios para el abordaje del lesionado medular ASIA A, estableciendo una práctica clínica basada en la evidencia y aportando al paciente una mayor calidad asistencial

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar una búsqueda bibliografica en diferentes bases de datos indexadas con el fin de dar sostén científico a las técnicas de tratamiento.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: Alberto Maldonado Lario

2. Elaborar un protocolo clinico de práctica basada en la evidencia.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 01/03/2023

Responsable.: Tania Blasco Garcia

3. Recoger los datos de los indicadores.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Emiliano Lajusticia Bueno

4. Evaluar las posibles mejoras derivadas de la implantacion del protocolo, mediante los indicadores descritos.

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: Maria Navarro Segura

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes con lesiones dorsales D1-D5

Mejoría de la capacidad respiratoria. (VC)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de pacientes que mejoran su capacidad respiratoria

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#830

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA EN LESION MEDULAR ASIA A

Denominador .....: N° de pacientes tratados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

2. Pacientes con lesiones dorsales D1-D5:  
Mantenimiento de la sedestación con apoyo en manos.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes que mantienen la sedestación con apoyos  
Denominador .....: N° de pacientes tratados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Pacientes con lesiones a partir de D6:  
Mantenimiento de la sedestación sin apoyo.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes que mantienen la sedestación sin apoyos  
Denominador .....: N° de pacientes tratados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#957

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL PROTOCOLO ASIA B

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#957 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
LAJUSTICIA BUENO EMILIANO

Título  
IMPLANTACION DEL PROTOCOLO ASIA B

Colaboradores/as:  
BLASCO GARCIA TANIA  
JUBERO PUNTOS ARACELI  
MALDONADO LARIO ALBERTO  
MONSERRAT CANTERA FRANCISCO JAVIER  
OREJUELA APARICIO MARIA ELENA  
SANZ RODRIGUEZ ESTER

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Unificar criterios en base al abordaje del paciente con ASIA B, desde el ámbito de la fisioterapia, con el fin de mejorar la practica clínica basándola en la evidencia mas actual, con el fin de limitar en lo posible la variabilidad clinica, y aumentando de esta forma la calidad asistencial y por tanto la seguridad clínica del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Practica clínica basada en la evidencia  
Calidad asistencial  
Seguridad del paciente

#### ANALISIS DE CAUSAS

Variabilidad clínica  
Técnicas de baja evidencia científica

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Unificar criterios con respecto al abordaje del lesionado medular ASIA B, estableciendo una practica común basada en la evidencia, y aportando al paciente una mayor calidad asistencial.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos indexadas con el fin de dar el mayor sostén científico a las técnicas de tratamiento.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: Alberto Maldonado Lario

2. Elaborar un protocolo clínico de practica basada en la evidencia.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 01/03/2023

Responsable.: Emiliano Lajusticia Bueno

3. Recoger los datos de los indicadores.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Tania Blasco Garcia

4. Evaluar las posibles mejoras derivadas de la implantación del protocolo, mediante los indicadores descritos.

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: Ester Sanz Rodriguez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes con lesiones dorsales D1-D5

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#957

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL PROTOCOLO ASIA B

Mejoría de la capacidad respiratoria.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de pacientes que mejoran su capacidad respiratoria

Denominador .....: N° de pacientes tratados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 35.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

2. Pacientes con lesiones dorsales D1-D5:

Mantenimiento de la sedestación con apoyos.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de pacientes que mantienen la sedestación con apoyos

Denominador .....: N° de pacientes tratados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 35.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 55.00

3. Pacientes con lesiones a partir de D6:

Mantenimiento de la sedestación sin apoyos.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de pacientes que mantienen la sedestación sin apoyos

Denominador .....: N° de pacientes tratados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 55.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1012

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO QUE VA A SER SOMETIDO A CIRUGÍA ABDOMINAL ALTA O CARDIOTORACICA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#1012 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ABAD MARCO ANA ISABEL

Título  
ABORDAJE DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO QUE VA A SER SOMETIDO A CIRUGÍA ABDOMINAL ALTA O CARDIOTORACICA

Colaboradores/as:  
BALLESTER CUENCA CARLOS  
CLARACO VEGA LUIS MANUEL  
FERNANDEZ SIMON FATIMA  
LABORDA SANZ MARIA PILAR  
LARA MORENO NURIA  
LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO  
MORATA CRESPO ANA BELEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En los últimos años la optimización prequirúrgica de los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía mayor, bien sea abdominal o cardiotorácica, ha ido cobrando fuerza. La evidencia científica destaca la importancia de las medidas prequirúrgicas fundamentadas en tres pilares: la mejora del estado nutricional, de la condición física, así como del estado emocional. El objetivo de estas medidas es la disminución de la estancia hospitalaria, mejorar la capacidad funcional al alta del paciente y disminuir las complicaciones postquirúrgicas. El número de pacientes que se intervienen en el Hospital Universitario Miguel Servet de estas patologías es muy elevado, siendo necesario establecer los adecuados cauces de derivación al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación y su valoración con datos objetivos. Estas actuaciones van dirigidas principalmente a aquellos pacientes con comorbilidades asociadas, menor capacidad funcional y con más riesgo de desarrollar complicaciones postquirúrgicas.

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1.- Derivación. Aunque las medidas de optimización prequirúrgica deben formar parte del global de los cuidados pre, intra y postoperatorios del paciente es importante que los diferentes Servicios Clínicos implicados establezcamos la estructura de derivación y las actuaciones más costo-efectivas.
- 2.- Valoración. Para valorar la efectividad de nuestra actuación se requieren métodos objetivos de evaluación clínica.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Mejorar los criterios de derivación para optimizar la situación funcional de un mayor número de pacientes. Ser más exhaustivo en la exploración y recogida de datos objetivos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Nuestra actuación va dirigida principalmente a aquellos pacientes con más comorbilidades asociadas, menor capacidad funcional y con más riesgo de desarrollar complicaciones postquirúrgicas.

#### Objetivos:

- Dotar a los Servicios derivadores de herramientas para enviar a los pacientes que más se beneficiarían.
- Establecer medidas funcionales objetivas que permitan programar actuaciones terapéuticas rehabilitadoras y tomar decisiones de idoneidad para el acto quirúrgico.
- Coordinación con el resto de Servicios implicados: Anestesiología y reanimación, Servicios Quirúrgicos, Endocrinología y Nutrición, Geriatria.
- Realizar un programa de tratamiento en base a la situación clínica y funcional de cada paciente.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Mejorar el circuito de derivación de pacientes al Sº de Medicina Física y RHB previa a su intervención quirúrgica.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Ana Belén Morata Crespo

2. Realizar una correcta valoración del paciente en consulta según datos y escalas objetivas

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Ana Abad Marco

3. Realizar un programa de tratamiento encaminado a mejorar la sarcopenia, capacidad funcional y fuerza de la



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1012

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO QUE VA A SER SOMETIDO A CIRUGÍA ABDOMINAL ALTA O CARDIOTORACICA

musculatura respiratoria.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: Fátima Fernández Simón

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Derivación

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Porcentaje de pacientes derivados según criterios determinados con los Servicios derivadores  
Denominador .....: Total de pacientes derivados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

##### 2. Valoración

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Porcentaje de pacientes valorados en los aparezca en la historia clínica electrónica valoración funcional con escalas y pruebas objetivas.  
Denominador .....: Total de pacientes valorados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1091

### 1. TÍTULO

#### **BLOQUEO PENG (DENERVACION SENSITIVA) COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO AL DOLOR COXOFEMORAL REFRACTARIO**

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1091 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SORIANO GUILLEN ANTONIA PILAR

Título  
BLOQUEO PENG (DENERVACION SENSITIVA) COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO AL DOLOR COXOFEMORAL REFRACTARIO

Colaboradores/as:  
BEJARANO LASUNCION CARLOS  
CONDE GONZALEZ LUIS  
FERNANDEZ LOPEZ LAURA MARIA  
GARCIA GALAN MARIA JOSE  
LU ZHU DAVID  
MAYAYO SINUES ESTEBAN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*RADIODIAGNOSTICO\*HOSP (Hospitalización)  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La patología musculoesquelética es una de las más prevalentes en consultas externas de Rehabilitación. En los últimos años las dolencias a nivel coxofemoral y la fractura de cadera suponen una emergencia ortopédica en edad media avanzada y anciana, ello conlleva el aumento de uso de analgésicos opioides mayores lo que provoca un deterioro en la funcionalidad y ocasiona un aumento del gasto en analgésicos. El aumento de la esperanza de vida conlleva el aumento en la prevalencia de los procesos que cursan con dolor coxofemoral, a veces refractarios a tratamiento conservador o en espera de una cirugía. Es necesario implementar una técnica relativamente nueva que evite las complicaciones motoras de realizar técnicas clásicas de denervación sobre la articulación coxofemoral.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Disminuir el consumo de analgésicos y AINE
- Evitar los efectos adversos del consumo prolongado de AINE y analgésicos
- Mejorar la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes con dolor coxofemoral

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Pacientes que acuden a consultas de RHB y Traumatología, pendientes de alguna prueba complementaria (Radiodiagnóstico) con dolor coxofemoral, a los que se les han aplicado tratamientos conservadores y no responden, con largo historial de consumo de analgésicos, con afectación funcional, y pacientes en espera de artroplastia de cadera o que rechazan la misma o no son tributarios a la misma por la alta comorbilidad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Reducir el dolor coxofemoral
2. Mejorar la funcionalidad de los pacientes
3. Mejorar la percepción en calidad de vida relacionada con la salud
4. Reducir el número de complicaciones y coste económico por consumo prolongado de analgésicos y AINE

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 2. Crear grupo de trabajo

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 12/08/2022  
Responsable.: Dra. Antonia Pilar Soriano

#### 3. Definir los criterios de inclusión para realizar bloqueo PENG

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 12/08/2022  
Responsable.: Dra. Antonia Pilar Soriano

#### 4. Redactar un protocolo de derivación a unidad de RHB intervencionista y sección de radiología musculoesquelética y consensuarlo con el grupo

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 12/08/2022  
Responsable.: Dra. Antonia Pilar Soriano/Dr. Esteban Mayayo/Dr. Carlos Bejarano

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1091

### 1. TÍTULO

#### BLOQUEO PENG (DENERVACION SENSITIVA) COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO AL DOLOR COXOFEMORAL REFRACTARIO

5. Realización de hoja de derivación, tipo check list, para realizar la canalización de los pacientes

Fecha inicio: 15/08/2022

Fecha final.: 29/08/2022

Responsable.: Dra. María José García Galán

6. Implantación del protocolo, informar a los servicios implicados, mejorando los circuitos de derivación

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 16/09/2022

Responsable.: Dra. Antonia Pilar Soriano/Dr. Carlos Bejarano/ Dra. María José García Galán

7. Aplicación de la técnica, mismo protocolo, en sala de rhh intervencionista y sala de radiología musculoesquelética

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Dra. Antonia Pilar Soriano/Dr. Esteban Mayayo

8. Evaluación

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dr. Luis Conde/Dr. David Lu/Dra. Laura Fernández

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Realizaremos evaluación basal el día de la técnica, evaluación telefónica al mes, evaluación presencial a los 3 meses de la técnica

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. % de pacientes correctamente derivados a tratamiento

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de

pacientes

correctamente

derivados

(con check

list) a los

que se les

hace

tratamiento

Denominador .....: Nº total de

pacientes

que

reciben

tratamiento

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Disminución valor en la escala numérica EVA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Valor EVA final

Denominador .....: Valor EVA inicial

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 45.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 45.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Disminución valor en la escala numérica WOMAC

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Valor WOMAC final

Denominador .....: Valor WOMAC inicial

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 45.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1091

### 1. TÍTULO

#### **BLOQUEO PENG (DENERVACION SENSITIVA) COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO AL DOLOR COXOFEMORAL REFRACTARIO**

Est.Mín.2ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Se recogerán los indicadores en una evaluación basal (día de la técnica), al mes y tres meses.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1114

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE INTEGRAL DE LA PARALISIS FACIAL PERIFERICA

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1114 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTITEGUI JIMENEZ ELENA

Título  
ABORDAJE INTEGRAL DE LA PARALISIS FACIAL PERIFERICA

Colaboradores/as:  
BERNAL MARTINEZ ALVARO JESUS  
BLASCO PALACIO JULIA CAYETANA  
GIL PARDOS BELEN  
LEACHE PUEYO JUAN JAIME  
PINILLA VELA ANA MARIA  
SANTA INES DURAN JOSE IÑIGO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La parálisis facial periférica tiene una incidencia aproximada de entre 13 y 34 casos / 100000 hab en la población general en España. Más de la mitad de los casos son idiopáticas (parálisis de Bell) pero existen otras causas como la cirugía de schwannomas del VIII pc, el cáncer de cabeza y cuello, la yatrogenia, el zóster ótico y los traumatismos. El abordaje de cada una de estas situaciones es totalmente diferente por lo que se precisa un equipo interdisciplinar para dar el mejor tratamiento y seguimiento que esté disponible.

Es una entidad incapacitante con consecuencias sociales y psicológicas devastadoras para el paciente afecto. La ausencia de un protocolo de actuación claro genera errores frecuentes en el tratamiento lo que conlleva complicaciones que podrían evitarse con un abordaje correcto desde el inicio. Hemos observado gran variabilidad en el tratamiento y las recomendaciones que se dan a estos pacientes en dependencia del profesional que lo atiende, por eso es importante unificar criterios basándonos siempre en las últimas actualizaciones sobre evidencia. Las posibilidades de reinervación disminuyen con el tiempo así que la toma de decisiones de forma precoz es fundamental.

#### ÁREAS DE MEJORA

Planificación y consenso en la toma de decisiones.  
Identificación de las necesidades de formación, herramientas y recursos.  
Acceso equitativo a todas las técnicas de tratamiento.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de comunicación entre los profesionales que tratan a estos pacientes.  
Falta de conocimiento de las actividades que realizan otros servicios.  
Dudas en qué tratamiento es el más eficaz en cada momento.  
Falta de información a los pacientes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Creación de un protocolo y cronograma de actuación.  
Ofrecer el tratamiento más adecuado en cada momento para disminuir la discapacidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados de parálisis facial periférica sea del origen que sea

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones de equipo para poner en conocimiento de los demás qué opciones de tratamiento ofrece cada servicio, realizar el cronograma de actuación y realizar un protocolo tras revisar la bibliografía m

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 19/06/2023

Responsable.: Elena Martitegui.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de profesionales que trabajan en el proyecto.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de participantes.

Denominador .....: Nº total de integrantes del grupo.

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1114

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE INTEGRAL DE LA PARALISIS FACIAL PERIFERICA

Fuentes de datos.: Los asistentes a las reuniones.

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. % de pacientes que siguen el protocolo establecido

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° pacientes en protocolo.

Denominador .....: N° de pacientes atendidos.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica.

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1127

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION ESTRUCTURADO PARA PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACION PULMONAR CON EPOC

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1127 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HERRAIZ GASTESI ISABEL DOLORES

Título  
REALIZACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION ESTRUCTURADO PARA PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACION PULMONAR CON EPOC

Colaboradores/as:  
DIEZ ALONSO MARIA ISABEL  
FOLLOS AGORRETA M. CRISTINA  
GARCIA ALVAREZ ELENA  
GRACIA FRANCO ANA  
HERRERO LABARGA MARIA INES

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Rehabilitación Pulmonar tienen un grado de recomendación A con evidencias consolidadas en todas las Guías de práctica Clínica y Organismos de la Salud en el paciente con EPOC. Dentro de los programas estructurados de rehabilitación pulmonar se incluye la educación terapéutica. En la actualidad esta educación no está estructurada por lo que existe gran variabilidad en la información que recibe el paciente en cuanto a cantidad y contenidos, persona que lo imparte o si se realiza o no.

#### ÁREAS DE MEJORA

Aportar información simple y científicamente correcta, de forma estructurada y consensuada por los diferentes miembros del Equipo, dirigida al paciente y sus cuidadores, sobre el proceso que les afecta, para que puedan asumir más responsabilidad en su autocuidado, lograr un manejo óptimo de la enfermedad, y aceptar los cambios que han sufrido en su estado físico, funcional, y emocional.

Los contenidos mínimos a tratar serían:

- Educación sobre la enfermedad
- Taller manejo de inhaladores.
- Promoción de actividad física, hábitos saludables, nutrición, deshabituación tabáquica.
- Manejo de oxigenoterapia.
- Ocio y tiempo libre.
- Técnicas de ahorro de energía.
- Manejo de exacerbaciones.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Las enfermedades crónicas (y por tanto, la EPOC) producen una limitación funcional en el paciente que repercute en su estado emocional y en su calidad de vida. No sólo afectan al paciente, sino también a su entorno familiar y/o cuidador, por lo que la educación debe extenderse también a este entorno.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Conseguir que el paciente y sus cuidadores tengan un conocimiento mayor sobre su enfermedad, que les permita asumir más responsabilidad en su autocuidado, lograr un manejo óptimo de la enfermedad, y ser capaces de aceptar los cambios que han sufrido en su estado físico y funcional.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Programar una reunión del Equipo para distribuir las tareas.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Isabel Herraiz Gastesi

2. Elaboración de las sesiones educativas en P.Point según tarea asignada.

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: cada uno de los miembros del equipo, según tarea asignada

3. Puesta en común del Proyecto.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 01/01/2024

Responsable.: Todo el Equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1127

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION ESTRUCTURADO PARA PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACION PULMONAR CON EPOC

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes que cumplimentan las sesiones de Educación Terapéutica del programa de Rhb Pulmonar.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes con EPOC que cumplimentan las sesiones.

Denominador .....: Número de pacientes con EPOC incluidos en el programa.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos propia/HCE.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1256

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION MEDICA DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN EVENTOS EN LAS SALAS DE TERAPIAS DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1256 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MORATA CRESPO ANA BELEN

Título  
MEJORA EN LA ATENCION MEDICA DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN EVENTOS EN LAS SALAS DE TERAPIAS DE REHABILITACION

Colaboradores/as:  
CONDE GONZALEZ LUIS  
FOLLOS AGORRETA M. CRISTINA  
GIMENO GONZALEZ MARINA  
LABORDA SANZ MARIA PILAR  
LU ZHU DAVID  
RUEDA GORMEDINO MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el momento actual el número de pacientes activos en tratamiento de rehabilitación es de más de quinientos al día, algunos de ellos se encuentran hospitalizados y otros acaban de ser dados de alta, la patología que les origina el tratamiento rehabilitador en muchas ocasiones es de origen neurológico, traumáticos o cardiovascular.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora la atención médica de los eventos en las salas de tratamiento, Desarrollar un sistema de registro de los eventos en las salas de tratamiento, Detectar áreas de mejora

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de un plan de actuación ante eventos que sucedan en salas de terapias

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar los circuitos de derivación y la información del personal sobre las actuaciones a realizar durante un evento

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Establecer Calendario de atención a los eventos en sala, con busca para localizar al facultativo responsable.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/10/2022  
Responsable.: DRA MORATA

2. - Sesión de formación básica para la atención de emergencias en las salas de tratamiento: la realizará la Unidad de Rehabilitación cardiorrespiratoria  
Fecha inicio: 07/11/2022  
Fecha final.: 17/12/2022  
Responsable.: DRA GIMENO, MORATA, SRA FOLLOS Y LABORDA

3. Difusión de instrucciones de derivación entre terapeutas, TCAES y celadores del Servicio.  
Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: DR LU Y DRA CONDE

4. Registro de eventos acontecidos en salas de terapias, actuaciones realizadas  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/11/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1256

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION MEDICA DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN EVENTOS EN LAS SALAS DE TERAPIAS DE REHABILITACION

Responsable.: FACULTATIVO QUE ATIENDA EL EVENTO

5. Análisis del registro con el fin de detectar las posibles causas que eventos en salas de tratamientos

Fecha inicio: 01/12/2023

Fecha final.: 31/01/2024

Responsable.: DRA MORATA Y DRA GIMENO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de eventos graves

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° eventos graves  
Denominador .....: n° eventos totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

2. Resolución

n por los facultativos del Servicio/nº total de eventos  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Resolucion de eventos por facultativos del Servicio  
Denominador .....: n° eventos totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: resgitro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología susceptible de tratamiento rehabilitador.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1260

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION ESTRUCTURADO PARA PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACION PULMONAR CON EPOC

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1260 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HERRAIZ GASTESI ISABEL DOLORES

Título  
REALIZACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION ESTRUCTURADO PARA PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACION PULMONAR CON EPOC

Colaboradores/as:  
DIEZ ALONSO MARIA ISABEL  
FOLLOS AGORRETA M. CRISTINA  
GARCIA ALVAREZ ELENA  
GRACIA FRANCO ANA  
HERRERO LABARGA MARIA INES

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Rehabilitación Pulmonar tienen un grado de recomendación A con evidencias consolidadas en todas las Guías de práctica Clínica y Organismos de la Salud en el paciente con EPOC. Dentro de los programas estructurados de Rehabilitación Pulmonar se incluye la Educación Terapéutica. En la actualidad esta educación no está estructurada por lo que existe gran variabilidad en la información que recibe el paciente, en cuanto a cantidad y contenidos, persona que lo imparte o si se realiza o no.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se trata de aportar información simple y científicamente correcta, de forma estructurada y consensuada por los diferentes miembros del Equipo, dirigida al paciente y sus cuidadores, sobre el proceso que les afecta, para que puedan asumir más responsabilidad en su autocuidado, lograr un manejo óptimo de la enfermedad, y aceptar los cambios que han sufrido en su estado físico, funcional, y emocional.

Los contenidos mínimos a tratar serían:

- Educación sobre la enfermedad
- Taller manejo de inhaladores.
- Promoción de actividad física, hábitos saludables, nutrición, deshabituación tabáquica.
- Manejo de oxigenoterapia.
- Ocio y tiempo libre.
- Técnicas de ahorro de energía.
- Manejo de exacerbaciones.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Las enfermedades crónicas (EPOC) producen una limitación funcional en el paciente, repercutiendo en su estado emocional y en su calidad de vida. El tiempo del que se dispone en las Consultas para dar información detallada de la Enfermedad y su manejo, tanto al paciente como a sus cuidadores es limitado. Es por ello, que la Educación para la Salud grupal es una actuación que complementa las recomendaciones dadas en la consulta (consejo breve e individualizado). El contexto grupal, además favorece el aprendizaje, por la interacción entre los participantes, refuerza la motivación y facilita el apoyo y ayuda mutua. La Educación Terapéutica supone una intervención muy eficiente, si bien es verdad, que requiere un esfuerzo organizativo importante por parte de todos los miembros del Equipo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Conseguir que el paciente y sus cuidadores tengan un conocimiento mayor sobre su enfermedad, que les permita asumir más responsabilidad en su autocuidado, lograr un manejo óptimo de la enfermedad, y ser capaces de aceptar los cambios que han sufrido en su estado físico y funcional.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Programar una reunión del Equipo para distribuir las tareas.

Fecha inicio: 30/09/2022  
Fecha final.: 17/10/2022  
Responsable.: Isabel Herráiz Gastesi

2. Elaboración de las sesiones educativas en P.Point según tarea asignada.

Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Cada uno de los miembros del equipo, según tarea asignada

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1260

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION ESTRUCTURADO PARA PACIENTES INCLUIDOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACION PULMONAR CON EPOC

3. Puesta en común del Proyecto.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 01/01/2024

Responsable.: Todo el Equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes que cumplimentan las sesiones de

Educación Terapéutica del programa de Rhb

Pulmonar

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes con EPOC que cumplimentan las sesiones.

Denominador .....: Número de pacientes con EPOC incluidos en el Programa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos propia/HCE.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#908

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO EN LA UNIDAD DE NEURORREHABILITACION Y LESION MEDULAR DE "MANTENIMIENTO SILENCIO"

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#908 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TERRER PEREZ ISABEL MARIA

Título  
PROYECTO EN LA UNIDAD DE NEURORREHABILITACION Y LESION MEDULAR DE "MANTENIMIENTO SILENCIO"

Colaboradores/as:  
CAMPILLOS OFICIALDEGUI LARA  
DE MIGUEL SALVADOR JOSE IGNACIO  
MAGALLON DOMINGUEZ DELIA MARIA  
MARTINEZ PARDINILLA ANA  
MONTERDE HERNANDEZ NORA  
SANCHEZ JUAN MARIA ISABEL  
SANCHEZ LOPEZ ANA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN HOSPITALIZACION

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Nuestra unidad es lugar de largas estancias hospitalarias (meses), el objetivo principal de nuestros pacientes es la rehabilitación mediante terapias diversas. Es fundamental que el paciente se encuentre en las mejores condiciones físicas y mentales para abordar dichas terapias. El descanso y mantenimiento de un entorno tranquilo favorece la rehabilitación y mejora el pronóstico de nuestros pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Algunas de las intervenciones del personal sanitario ocasiona un aumento de ruido en ocasiones puntuales:  
En los cambios de turno  
Interrupción del sueño en los cambios posturales que se realizan cada 3 horas.  
-En turnos nocturnos.  
-Exceso de visitas por paciente

#### ANALISIS DE CAUSAS

Intercambio de información de un turno a otro justo en el momento que además esta la plantilla doblada por la coincidencia de la entrada y la salida del personal.  
Por la prevención de las úlceras por presión se realizan los cambios posturales de los pacientes.  
El silencio en los turnos nocturnos hace que cualquier ruido se magnifique.  
La gravedad de las patologías de los pacientes hace que acudan numeroso miembros de la familia y círculo social.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Minimizar el nivel de decibelios en cada turno.  
Disminuir el número de entradas en las habitaciones del paciente.  
Especial cuidado en los turnos nocturnos.  
Hacer partícipes de la colaboración del mantenimiento del silencio y demás restricciones hospitalarias a las visitas.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Colocación de semáforo medidor de decibelios frente al control.

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final: 06/06/2024

Responsable.: Isabel Terrer Perez

2. Designar una persona responsable en cada turno que controle ruidos de voces, aparataje y demás advirtiendo a las personas si es el caso.

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final: 06/06/2024

Responsable.: Isabel Terrer Perez

3. Planificación de las intervenciones de cada paciente para agruparlas y conseguir entrar en la habitación el mínimo número de ocasiones

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final: 06/06/2024

Responsable.: Isabel Terrer Perez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#908

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO EN LA UNIDAD DE NEURORREHABILITACION Y LESION MEDULAR DE "MANTENIMIENTO SILENCIO"

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % Pacientes que perciben la planta como un entorno confortable y silencioso.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: pacientes que responden afirmativamente

Denominador .....: Numero total de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas de satisfaccion

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. % Profesionales sanit que estan registrados como responsables de mantenimiento del silencio cada dia

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: profesionales sanitarios (enfermera-tcae) registrados cada dia

Denominador .....: total de profesionales trabajando en planta cada dia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas.

Registro con los nombres del responsable por turno.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1239

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN REHABILITADORA COORDINADA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Fecha de entrada: 07/08/2022

Nº de registro: 2022#1239 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GIMENO GONZALEZ MARINA

Título  
ATENCIÓN REHABILITADORA COORDINADA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Colaboradores/as:  
CAPAPE GENZOR MARIA YOLANDA  
DIEZ ANGULO MARIA MERCEDES  
GIL PARDOS BELEN  
LORENTE SANZ ELENA  
MONSERRAT CANTERA FRANCISCO JAVIER  
VICENTE CARNICER MARIA ROSARIO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN HOSPITALIZACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La actuación del Equipo de RHB de forma coordinada con el equipo UCI :

- Reduce la estancia hospitalaria
- Mejora los resultados funcionales al alta
- Previene las complicaciones asociadas a la inmovilización y sedación prolongada
- Previene la incidencia de delirio en las Unidades de Cuidados Intensivos-
- Permite la detección precoz de los casos con riesgo alto de discapacidad y dependencia .
- Consigue disminuir la discapacidad del paciente a medio y largo plazo
- Humaniza la atención al paciente involucrándolo en su recuperación precozmente

#### ÁREAS DE MEJORA

- Se articula y describe la actuación del equipo de RHB para el desarrollo de un programa efectivo de valoración , movilización temprana y seguimiento médico - RHB en la UCI .
- Descripción de los roles de cada profesional implicado del S. de RHB. Coordinación del equipo RHB y el equipo UCI.
- Descripción de problemas más frecuentes y la aportación del equipo profesional de RHB y de las distintas terapias ( fisioterapia, terapia ocupacional , logopedia) en su resolución .
- Puesta en marcha de un programa de movilización precoz con sus distintos niveles de progresión adaptado a nuestro medio.
- Determinación de medidas consensuadas de valoración de resultados de la intervención RHB .

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- La atención clínica actual de RHB en el paciente crítico puede mejorarse significativamente implementando medidas de coordinación de los equipos profesionales implicados de RHB y de UCI , estandarizando los niveles de movilización temprana lo que reducirá la variabilidad clínica e incluyendo sistemáticamente indicadores de resultados .

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejora del funcionamiento del equipo RHB en UCI
- Mejora de la coordinación Equipo RHB - Equipo UCI
- Desarrollo e implantación de modelo de movilización precoz en UCI
- Ordenación-coordinación de las actuaciones de TO / logopedia y FT en UCI
- Aportación a la humanización de la atención al paciente
- Consensuar indicadores de resultados

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Revisión de las actuaciones que cuentan con mayor evidencia científica, observación de centros que cuentan con programa integrado eficiente y posibilidades de adaptación a nuestro medio.

Fecha inicio: 12/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Drs Gimeno, Capape, Olmos

2. - Definición de Criterios de inclusión y exclusión en el programa de RHB uci .  
Fecha inicio: 12/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Drs. Gimeno, Capape, Olmos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1239

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN REHABILITADORA COORDINADA EN EL PACIENTE CRÍTICO

3. - Descripción de niveles de movilización precoz y criterios de progresión

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Srs. Monserrat, Diez , Capape

4. - Descripción de las actuaciones del Fisioterapeuta en el manejo del paciente candidato a intervención del equipo RHB e indicadores de resultados. Descripción de medios materiales necesarios.

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Srs. Monserrat, Diez

5. - Descripción de las actuaciones del Terapeuta Ocupacional en el manejo del paciente candidato a intervención del equipo RHB e indicadores de resultados. Descripción de medios materiales necesarios.

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Srs Gil , Lorente

6. - Descripción de las actuaciones del logopeda en el manejo del paciente candidato a intervención del equipo RHB e indicadores de resultados. Descripción de medios materiales necesarios.

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Sra. Vicente

7. - Puntos esenciales de aportación de la Rehabilitación médica en el paciente crítico . Indicadores de resultados.

- Aspectos prácticos en la Coordinación de equipos de RHB y UCI

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Dres. Gimeno, Capape, Olmos

8. - Documento escrito del estudio realizado

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Todos los participantes

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes que son incluidos en programa de movilización temprana / total de pacientes RHBuci

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes incluidos en programa de movilización precoz

Denominador .....: Total de pacientes UCI candidatos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: historia clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. % de pacientes con estimulación neurosensorial / total de pacientes candidatos .

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Total de pacientes incluidos en programa de estimulación neurosensorial

Denominador .....: Total de pacientes UCI candidatos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: historia clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

3. % de pacientes con registro escala IMS al alta / total de pacientes RHB-UCI

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes con registro IMS al alta

Denominador .....: Total de pacientes UCI candidatos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: historia clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1239

### 1. TÍTULO

#### ATENCION REHABILITADORA COORDINADA EN EL PACIENTE CRITICO

4. % con valoración objetiva de la fuerza muscular al alta UCI ( dato predictor de resultados)

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes con valoración fuerza muscular al alta

Denominador .....: Total de pacientes UCI candidatos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: historia clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes con ingreso prolongado en Unidades de cuidados intensivos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1249

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE RENDIMIENTO DE HOSPITAL DE DIA DE REHABILITACION (OBJETIVO 1 ISO:9001)

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1249 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
JARIOD GAUDES RICARDO

Título  
MEJORA DE RENDIMIENTO DE HOSPITAL DE DIA DE REHABILITACION (OBJETIVO 1 ISO:9001)

Colaboradores/as:  
CAMPILLOS OFICIALDEGUI LARA  
HIDALGO MENDIA BEGOÑA BETEL  
MONTERDE HERNANDEZ NORA  
POLO ROYO MARCO  
SALCEDO SAIZ INMACULADA  
SANCHEZ LOPEZ ANA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN HOSPITALIZACION

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El hospital de día de Rehabilitación (HDR) está sito en la planta ULME planta 0 de CRTQ de HUMS. fue abierto en enero de 2021 siendo diseñado con la siguiente estructura: puesto 1 (agenda médica), puesto 2 (agenda de enfermería), puesto 3 y 4 (ingresos para terapias)-. Aunque la mayor parte de los huecos de agenda del puesto 1 son ocupados por pacientes de neurorehabilitación, se propone incrementar la prestación y abrirlas al resto de Unidades. En la actualidad ya se realizan procedimientos de aparato locomotor e infantil. El HDR permite asistir a terapias en puestos 3 y 4, mejorando la eficiencia (por la diferencia de costes entre hospitalización y ambulatorización). El hospital de día de Rehabilitación (HDR) está sito en la planta ULME planta 0 de CRTQ de HUMS. fue abierto en enero de 2021 siendo diseñado con la siguiente estructura: puesto 1 (agenda médica), puesto 2 (agenda de enfermería), puesto 3 y 4 (ingresos para terapias)-. Aunque la mayor parte de los huecos de agenda del puesto 1 son ocupados por pacientes de neurorehabilitación, se propone incrementar la prestación y abrirlas al resto de Unidades. En la actualidad ya se realizan procedimientos de aparato locomotor e infantil. El HDR permite asistir a terapias en puestos 3 y 4, mejorando la eficiencia (por la diferencia de costes entre hospitalización y ambulatorización). el hospital de día, para ambulatorizar el tratamiento de los pacientes cuando sea posible, dada la gran diferencia de costes entre tratamiento ambulatorio o ingresado. Durante 2021, Las 129 asistencias a los puestos 3 y 4 del hospital de día -hasta 31/12/2021- han ahorrado 49794 €, respecto de si hubieran tenido que seguir ingresados de forma convencional para realizar su tratamiento de rehabilitación. se propone así mismo aumentar las prestaciones que por falta de recursos aún no han podido ser implantadas -ejemplo: -recarga de bombas de baclofeno.

ÁREAS DE MEJORA  
MEJORAR eficiencia del sistema -estratificación RHB-  
terminar de implantar prestaciones a realizar en HDR

ANALISIS DE CAUSAS  
apertura en 2021. implementación progresiva a lo largo de 2021 y 2022

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
resultado en mejora de alcance: que el porcentaje de cobertura de huecos de agenda en puestos 1 y 2 sea más del 75% (entre 70 y 80% en 2022 y >80% en 2023. resultado en mejora en impacto. ocupacion de puestos 3 y 4 en más de 50% en 2022 y 2023.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. terminar de implementar prestaciones

Fecha inicio: 08/08/2022

Fecha final.: 15/12/2023

Responsable.: Ricardo Jariod Gaudes

2. incrementar volumen de uso -mejorar eficiencia-

Fecha inicio: 08/08/2022

Fecha final.: 15/12/2023

Responsable.: Ricardo Jariod Gaudes

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1249

### 1. TÍTULO

#### MEJORIA DE RENDIMIENTO DE HOSPITAL DE DIA DE REHABILITACION (OBJETIVO 1 ISO:9001)

1. porcentaje de cobertura puestos 1 y 2  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: pacientes citados en puestos 1 y 2  
Denominador .....: total de huecos disponibles en puestos 1 y 2  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: agendas HISS -NUT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. ocupación puestos 3 y 4  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº de días con pacientes en puestos 3 y 4  
Denominador .....: total de días disponibles en esos puestos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: agendas NUT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1218

### 1. TÍTULO

#### SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LAS JAKINASAS (TOFACITINIB, BARICITINIB, UPADACITINIB Y FILGOTINIB) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL SECTOR II-HUMS

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1218 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PECONDON ESPAÑOL ANTONIA ANGELA

Título  
SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LAS JAKINASAS (TOFACITINIB, BARICITINIB, UPADACITINIB Y FILGOTINIB) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL SECTOR II-HUMS

Colaboradores/as:  
ARCE BENAVENTE MARILIA  
BELTRAN AUDERA JESUS  
LESTA ARNAL ALVARO  
MEDRANO SAN ILDEFONSO MARTA  
PEREZ BORAU MARIA ANTONIA  
VAZQUEZ GALEANO CARLOS

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REUMATOLOGÍA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

A diferencia de los FAME sintéticos tradicionales (metotrexato, leflunomida...), los inhibidores de las jakinasas son FAME sintéticos dirigidos que han sido desarrollados con un conocimiento claro de su mecanismo de acción y diana terapéutica en los procesos inflamatorios. Se trata de una familia de pequeñas moléculas de naturaleza química de introducción relativamente reciente en nuestra farmacopea. Actualmente las moléculas comercializadas en nuestro país son tofacitinib, baricitinib, upadacitinib y filgotinib. Tienen la indicación en artritis reumatoide moderada-severa refractaria a FAME sintético tradicional o a biológico. El perfil de seguridad de estos fármacos descrito a partir de sus ensayos clínicos es similar al de los antagonistas del TNF en cuanto a infecciones bacterianas y otros, a excepción de las tasas de reactivación del virus del herpes zoster que es casi dos veces superior, sobre todo en poblaciones asiáticas.

#### ÁREAS DE MEJORA

El area de mejora en el que trabaja este proyecto es la seguridad en pacientes con Artritis Reumatoide que estan siendo tratados con inhibidores jak

#### ANALISIS DE CAUSAS

Conocer la frecuencia con que estos pacientes desarrollan herpes zoster para determinar si es un acontecimiento adverso a tener en cuenta y si este se relaciona o se ve favorecido cuando se asocia con otros farmacos antireumaticos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Conocer la frecuencia de herpes zoster en nuestros pacientes con artritis reumatoide bajo tratamiento con alguno de los jakinib y si su aparicion tiene relación con la asociacion a otros farmacos antireumaticos (corticoides, FAME tradicionales) .

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recogida de datos a traves de la revision de cuadernillos-protocolo donde se guarda las comunicaciones de todos los facultativos, asi como a traves de la informacion de HCE

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Dra Pecondon/Dr Manero

2. Introducción de datos en base de datos y estimación inicial de indicadores

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dra Pecondon/Dr Manero

3. Introducción periódica de datos en base de datos y estimación final de indicadores

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Dra Pecondon/Dr Manero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se analizaran resultados al final del 2022 y al final del 2023

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1218

### 1. TÍTULO

#### SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LAS JAKINASAS (TOFACITINIB, BARICITINIB, UPADACITINIB Y FILGOTINIB) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL SECTOR II-HUMS

1. % de pacientes con AR en tratamiento con Jackinib en que se evalúa si desarrollan herpes zoster  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº de pacientes con AR que están tomando inhibidores jack y se comprueba desarrollo de herpes zoster  
Denominador .....: nº total de pacientes con AR que toman jackinib  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica electrónica y cuadernos de recogida de datos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de pacientes con herpes zoster que se ha evaluado asociación con FAME y/o corticoides.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº de pacientes que están tomando jackinib y se evalúa asociación con FAME y/o corticoides  
Denominador .....: nº total de pacientes con AR que están tomando jakinib  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica electrónica y cuadernos de recogida de datos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Realizaremos un análisis preliminar a finales de 2022 y el análisis completo a finales del 2023.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1275

### 1. TÍTULO

#### ANALISIS DE SEGURIDAD DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN EL NIÑO REUMÁTICO. 2022-2023

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1275 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MANERO RUIZ FRANCISCO JAVIER

Título  
ANALISIS DE SEGURIDAD DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN EL NIÑO REUMÁTICO. 2022-2023

Colaboradores/as:  
BELTRAN AUDERA JESUS  
BOSELLI OPORTO GIULIANO  
LESTA ARNAL ALVARO  
MEDRANO SAN ILDEFONSO MARTA  
PECONDON ESPAÑOL ANTONIA ANGELA  
ULIER BELLMUNT JULIA  
VAZQUEZ GALEANO CARLOS

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: REUMATOLOGÍA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El espectro de las enfermedades reumáticas en la infancia abarca un extenso grupo, muchas de las cuales son de naturaleza sistémica por lo que en ocasiones requieren ser tratadas con fármacos biológicos. Estos fármacos constituyen uno de los avances más importantes del tratamiento de las enfermedades reumáticas infantiles, siendo la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) y los síndromes autoinflamatorios donde se indican con mayor frecuencia y por lo tanto donde se tiene mayor experiencia de uso. Las dianas terapéuticas para las cuales disponemos actualmente biológicos son: 1.- Citocinas como la IL-1, IL-6, TNF alfa. 2.- Moléculas asociadas a la activación de linfocitos B (CD 20, BlyS). 3.- Moléculas coestimuladoras del linfocito T 4.- Las que actúan sobre el eje IL-23/IL 17. Al igual que pasa en la edad adulta, los AA graves más frecuentes detectados tanto en los ensayos como en los registros son los relativos a infecciones y con menor frecuencia el desarrollo de enfermedades autoinmunes. La tasa de AA graves es variable y dependiente del fármaco. Estamos interesados en conocer y analizar los AA de los biológicos en nuestro medio.

#### ÁREAS DE MEJORA

El área de mejora es la seguridad en los niños reumáticos

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de evidencia actual sobre el índice de AA severos en nuestros pacientes

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Conocer la frecuencia de acontecimientos adversos en nuestro medio y si tienen relación con la asociación otros fármacos inmunomoduladores que pueden llevar los pacientes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recoger los acontecimientos adversos en todos los niños reumáticos con edad igual o inferior a 16 años que estén siguiendo tratamiento con cualquier biológico

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Dra Medrano

2. Analisis semestral de resultados

Fecha inicio: 31/12/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Dra Medrano, Dra Ullier, Dr Boselli

3. Presentacion de resultados a los miembros del servicio

Fecha inicio: 31/12/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Dra Medrano, Dr Manero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La fuente de esta información será de una parte los cuadernillos/protocolo, donde se guardan las comunicaciones que hacen los facultativos que hacen reumatología pediátrica (Dra. Medrano) y de otra el registro multicéntrico nacional Biobadaser, donde nuestro servicio comunica dichos acontecimientos

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1275

### 1. TÍTULO

#### ANALISIS DE SEGURIDAD DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN EL NIÑO REUMÁTICO. 2022-2023

1ª y 2ª memoria)

1. % de niños reumáticos con t. biológica que se siguen para detectar acontecimiento adverso severo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de niños en tratamiento con fármacos biológicos en seguimiento para detección de acontecimiento adverso

Denominador .....: Número de niños en tratamiento con fármacos biológicos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: - Cuadernillos/protocolo, donde se guardan las comunicaciones de los facultativos

- Registro multicéntrico nacional Biobadaser

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de niños reumáticos con acontecimiento adverso severo que se evalúa asociación con FAME

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de niños en tratamiento con fármacos biológicos y FAME o corticoides y se detecta acontecimiento adverso

Denominador .....: Número de niños en tratamiento con fármacos biológicos y se detecta acontecimiento adverso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadernillos/protocolo, donde se guardan las comunicaciones de los facultativos

- Registro multicéntrico nacional Biobadaser

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#182

### 1. TÍTULO

#### EJERCICIOS FISIOTERAPICOS PARA LA REHABILITACION DE LA MUÑECA, EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DISTALES DE RADIO Y/O CUBITO EN LA INFANCIA, TRAS RETIRADA DE LA INMOVILIZACION CON ESCAYOLA

Fecha de entrada: 20/06/2022

Nº de registro: 2022#182 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA

Título  
EJERCICIOS FISIOTERAPICOS PARA LA REHABILITACION DE LA MUÑECA, EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DISTALES DE RADIO Y/O CUBITO EN LA INFANCIA, TRAS RETIRADA DE LA INMOVILIZACION CON ESCAYOLA

Colaboradores/as:  
GIL ALBAROVA JORGE  
MARTIN HERNANDEZ CARLOS  
PARADA AVENDAÑO ISABEL  
PEÑA GIMENEZ ANA  
SORIANO GRANDEL REBECA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las fracturas de muñeca, son las más frecuentes del niño. Por lo que supone un gran reto poder obtener los mejores resultados tras el tratamiento. Las posibilidades en el tratamiento de las mismas, van desde un tratamiento conservador mediante una escayola, hasta un tratamiento en quirófano mediante reducción y osteosíntesis de la fractura. Tan importante es el tratamiento de cualquiera de las formas comentadas anteriormente. Como es el seguimiento de las mismas. Para obtener unos mejores resultados. Un punto importante es conseguir la mayor movilidad de la muñeca del niño, es decir, un balance articular lo más completo, para evitar secuelas. De ello la importancia de una correcta fisioterapia de la muñeca.

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1) Intentar conseguir la mejor movilidad de la muñeca.
- 2) Disminuir el número de derivaciones a la consulta de la sección de rehabilitación infantil.
- 3) Aumentar la satisfacción de los pacientes y familias

#### ANALISIS DE CAUSAS

- 1) Es importante conseguir la mayor movilidad de la muñeca, tras una fractura. La funcionalidad de un niño de su muñeca es clave para su actividad diaria y futuro.
- 2) La lista de espera en las consultas suele ser amplia, así que conseguir la disminución de esta, es un parametro importante.
- 3) Las familias y pacientes al tener un seguimiento mas exhaustivo, presentan mas satisfaccion y se sienten mas arropados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- a) Se ofrecerá al paciente y a la familia una infografía con diferentes ejercicios de fisioterapia de la muñeca. En este se incluirá la explicación de los mismos al igual que dibujos explicativos para los niños, para mejorar el balance articular tras la retirada de escayola. Se incluirá el número de repeticiones de cada ejercicio, al igual que el tiempo global dedicado al día. Para que sea útil, teniendo siempre delante la infografía y que haya mejor cumplimiento.
- b) Se pasará un cuestionario de valoración, en la consulta de revisión, para testear la efectividad de dicha infografía. Que será contestado por padres/tutores junto con el niño, sobre la ayuda que ha representado tener dichos ejercicios en soporte físico, para el correcto seguimiento. Y su idoneidad. Dicho cuestionario, tendrá diferentes apartados que se contestaran de forma numérica del 0 al 10.
- c) Se pasará a los padres/ tutores un consentimiento informado, de participación en dicho proyecto. Explicando proceso y objetivo del mismo.

- Disminuir el número de derivaciones a la consulta de la sección de rehabilitación infantil.
- Aumentar la satisfacción de los pacientes y familias, con un seguimiento más completo y exhaustivo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se ofrecerá al paciente y a la familia una infografía con diferentes ejercicios de fisioterapia de la



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#182

### 1. TÍTULO

#### EJERCICIOS FISIOTERAPICOS PARA LA REHABILITACION DE LA MUÑECA, EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DISTALES DE RADIO Y/O CUBITO EN LA INFANCIA, TRAS RETIRADA DE LA INMOVILIZACION CON ESCAYOLA

- muñeca.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: RESPONSABLE Y COMPONENTES DEL EQUIPO
2. Se pasará un cuestionario de valoración, en la consulta de revisión, para testear la efectividad de dicha infografía.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: RESPONSABLE Y COMPONENTES DEL EQUIPO
3. Se pasará a los padres/ tutores un consentimiento informado, de participación en dicho proyecto  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: RESPONSABLE Y COMPONENTES DEL EQUIPO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Se contabilizará los resultados de los cuestionarios de valoración.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: No es numerico  
Denominador .....: No es numerico  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: No es numerico  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. Mejora de la rehabilitación de la muñeca del niño, en su balance articular.

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: No es numerico  
Denominador .....: No es numerico  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: No es numerico  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 180.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 180.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#241

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE GUÍA INFORMATIVA SOBRE LA CORRECTA COLOCACION DEL ARNES EN EL TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA INFANTIL

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#241 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PARADA AVENDAÑO ISABEL

Título  
IMPLANTACION DE GUÍA INFORMATIVA SOBRE LA CORRECTA COLOCACION DEL ARNES EN EL TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA INFANTIL

Colaboradores/as:  
GIL ALBAROVA JORGE  
GOMEZ PALACIO VICTORIA EUGENIA  
MARTIN HERNANDEZ CARLOS  
MARTINEZ FORCEN SUSANA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La displasia del desarrollo de cadera es un trastorno del desarrollo que puede resultar en una displasia acetabular, subluxación o luxación de la cadera secundaria a una laxitud capsular e inestabilidad mecánica. Es la patología ortopédica más común en los recién nacidos teniendo una incidencia de 1:100 en el caso de la displasia y 1:1000 en casos de luxaciones. Dentro de los factores de riesgo se incluyen sexo femenino, primer nacimiento, antecedentes personales de displasia de cadera y oligohidramnios entre otras causas. El tratamiento inicial en menores de 6 meses se basa en el uso de arnés de abducción. Debido a que durante nuestra práctica clínica se han observado incidencias en la colocación y adhesión a este tipo de tratamiento que pueden conllevar una evolución desfavorable de la patología se plantea este proyecto de mejora.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la adhesión al tratamiento con arnés  
Evitar colocaciones incorrectas de estas ortesis  
Disminuir los riesgos asociados a un uso incorrecto de las ortesis

#### ANALISIS DE CAUSAS

Las causas se deben a que en nuestra práctica clínica se detectan errores en la información que se le transmite a los padres en la correcta colocación de estos dispositivos y puede llevar como consecuencia la aparición de complicaciones en el desarrollo evolutivo de la misma y la falta de adherencia al tratamiento por parte de los padres o cuidadores del menor.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Evitar errores en la colocación de los arneses que pueden provocar una mala evolución en el tratamiento y complicaciones asociadas.  
Informar a los padres sobre la correcta colocación y uso de los mismos aumentando la adhesión al tratamiento y la implicación de los padres en la patología.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se realizará formación al personal de enfermería y técnicos auxiliares que están en contacto con esta patología tanto al nacimiento (unidad de neonatología) como durante su evolución (servicio de trauma)

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: RESPONSABLE Y COLABORADORES DEL PROYECTO

2. Se ofrecerá a la familia una guía informativa sobre la patología con infografía sobre el uso adecuado de los distintos tipos de arnés

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: RESPONSABLE Y COLABORADORES DEL PROYECTO

3. Cuestionario de satisfacción entregado a padres/tutores con respuesta numérica del 0 al 10

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: RESPONSABLE Y COLABORADORES DEL PROYECTO

4. Recogida de incidencias y/o posibles complicaciones asociadas a su uso incorrecto

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: RESPONSABLE Y COLABORADORES DEL PROYECTO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#241

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE GUÍA INFORMATIVA SOBRE LA CORRECTA COLOCACION DEL ARNES EN EL TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA INFANTIL

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

-

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Profesionales que han recibido formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Profesionales que han recibido formación

Denominador ..... Profesionales de los servicios implicados en el proyecto

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Hospital

Est.Mín.1ª Mem .. 80.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 80.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

##### 2. Guías informativas entregadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Número de guías informativas entregadas

Denominador ..... Número total de pacientes atendidos con displasia de cadera

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Historia clinica

Est.Mín.1ª Mem .. 90.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 90.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

##### 3. Encuestas de satisfacción

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Número de encuestas con satisfacción global positiva

Denominador ..... número total de pacientes incluidos en el proyecto

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Historia clinica

Est.Mín.1ª Mem .. 95.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 95.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

##### 4. Adherencia al tratamiento

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Número de pacientes con adherencia completa al tratamiento

Denominador ..... numero total de pacientes incluidos en el proyecto

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Historia clinica

Est.Mín.1ª Mem .. 95.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 100.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

##### 5. Complicaciones y efectos adversos derivados del mal uso del arnés

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... número de complicaciones y/o efectos adversos del uso del arnés

Denominador ..... numero total de pacientes incluidos en el proyecto

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Historia clinica

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 0.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 0.00

##### 6. Complicaciones y efectos adversos derivados del mal uso del arnés

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... número de complicaciones y/o efectos adversos del uso del arnés

Denominador ..... numero total de pacientes incluidos en el proyecto

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Historia clinica

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 0.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 0.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#241

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE GUÍA INFORMATIVA SOBRE LA CORRECTA COLOCACION DEL ARNES EN EL TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA INFANTIL

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se contabilizarán los resultados de los cuestionarios de valoración recogidos en la consulta y se evaluarán las incidencias y/o posibles complicaciones recogidas en los cursos clínicos asociados al uso del arnés. Los datos se extraerán de los pacientes con diagnóstico de patología displasia o luxación congénita de cadera. De ahí se emitirá un informe de los resultados donde se desprenderá la utilidad de la guía informativa valorando si se ha producido el cumplimiento de los objetivos descritos anteriormente con respecto al uso correcto del arnés, aumento de la adhesión al tratamiento y disminución de complicaciones asociadas.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Lactantes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#280

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA GUÍA PARA LA REALIZACION DE EXPLANTES OSTEOTENDINOSOS EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#280 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ANGULO TABERNERO MARINA

Título  
ELABORACION DE UNA GUÍA PARA LA REALIZACION DE EXPLANTES OSTEOTENDINOSOS EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Colaboradores/as:  
ARNAUDAS CASANUEVA MARIA  
GARZA CASTILLON MARIA  
MACHO MIER MARIA  
MARTINEZ LORENZO MARIA JOSE  
PEÑA JIMENEZ DIEGO  
VALLEJO GUTIERREZ RAQUEL

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde hace años en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUMS se lleva a cabo como actividad complementaria la realización de explantes por un equipo de voluntarios que consta de dos traumatólogos (un facultativo especialista de área y un residente) y dos miembros del equipo de enfermería. El listado de voluntarios se elabora en función del interés personal de cada profesional en realizar esta actividad, sin formación específica en este campo. Esto hace que haya gran variabilidad en la forma de obtener las piezas entre cada extracción e incluso dentro de la misma extracción, entre un lado y el otro.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la calidad y la técnica de la extracción de las piezas en los explantes para que no se desechen posteriormente en su procesado en el Banco de Tejidos.  
Analizar las causas por las que las piezas se desechan.  
Rentabilizar el tiempo empleado en la extracción.  
Eliminar la variabilidad interindividual al realizar las extracciones.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de formación o de la elaboración de una guía para las personas que forman los equipos extractores.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Elaborar una guía para eliminar la variabilidad en la realización de los explantes osteotendinosos.
- Explicar los principales pasos a seguir para el tratamiento de las piezas en quirófano.
- Determinar las características mínimas de las piezas consideraras aptas para hacer correctamente la extracción.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Registrar las incidencias en los últimos 10 explantes realizados para analizar los puntos susceptibles de mejora (técnica de extracción, de procesado, de embalaje,...).

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: María José Martínez Lorenzo

2. Elaborar una guía para Traumatología para la realización de explantes osteotendinosos.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: Marina Angulo Tabernero

3. Elaborar una guía para Enfermería para la realización de explantes osteotendinosos.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: María Garza Castillon

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de piezas de la extracción que se desechan

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#280

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA GUÍA PARA LA REALIZACION DE EXPLANTES OSTEOTENDINOSOS EN CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de piezas desechadas  
Denominador .....: N° total de piezas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Banco de Tejidos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Extracción de Tejido Osteotendinoso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#53

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION ENTRE ENFERMEROS DE UCE (UNIDAD CORTA ESTANCIA PSIQUIATRIA) Y USM (UNIDAD DE SALUD MENTAL) PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE PACIENTES CON TMG

Fecha de entrada: 06/06/2022

Nº de registro: 2022#53    \*\* Salud Mental    \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALAYETO ADIEGO GLORIA PATRICIA

Título  
COORDINACION ENTRE ENFERMEROS DE UCE (UNIDAD CORTA ESTANCIA PSIQUIATRIA) Y USM (UNIDAD DE SALUD MENTAL) PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE PACIENTES CON TMG

Colaboradores/as:  
BAENA ESTELA ANTONIO  
NOVELLA NEBREDA SUSANA  
PAYAN RIVERA MARIA DEL PATROCINIO  
PELLICER FRANCO AINHUA  
PEREZ POZA ALFONSO  
RIPALDA ROVIRA MARIA DOLORES

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UCE HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Uno de los principales retos que se presenta durante el ingreso del paciente con enfermedad mental en las unidades de corta estancia (UCE) consiste en la desvinculación de su medio social, debiendo adaptarse a un espacio nuevo y desconocido para él.

Los momentos de mayor gravedad de la patología son los que predisponen el ingreso en dichas unidades, siendo de gran trascendencia, tanto en la evolución del trastorno como de su posterior seguimiento, lo que se trabaje durante su estancia en la unidad.

Tras el alta hospitalaria, las personas con patología psiquiátrica continúan manteniendo el seguimiento de su enfermedad y sus cuidados a nivel ambulatorio en las unidades de salud mental (USM).

Durante este trayecto, es posible que ciertos pacientes se desvinculen del sistema de salud y se pierda su seguimiento, siendo necesaria una comunicación eficaz entre los profesionales sanitarios de la UCE y las USM para intercambiar información de utilidad en relación a dichos pacientes y evitar posibles pérdidas y abandonos del tratamiento terapéutico.

La descompensación de la enfermedad mental necesita el ingreso de la persona en Unidades de Corta Estancia (UCE) siendo prioritario establecer la relación terapéutica entre la enfermera y el paciente, con el objetivo de conseguir

una relación de confianza que favorezca las intervenciones a realizar.

Es necesario hacer hincapié en la conciencia de enfermedad, la adherencia al tratamiento y la orientación en la realidad, todo esto contribuye a una mejor evolución del episodio y por lo tanto una mayor calidad de vida.

Contar con enfermeras en USM que supervisen y ayuden al paciente como profesionales de apoyo al alta en la UCE asegura una buena evolución y evita futuras recaídas. Por ello es muy necesario que enfermeras de ambos dispositivos trabajen en equipo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Coordinación entre enfermeros de UCE y USM  
Continuidad de cuidados de pacientes con TMG

#### ANALISIS DE CAUSAS

Es una evidencia que el colectivo de personas que padecen patologías psiquiátricas graves no solo precisan de una atención sanitaria, sino de otras actuaciones como la rehabilitadora y potenciadora de su reinserción social. Por todo esto, es de suma importancia la coordinación de estas unidades de agudos con las USM, Hospital de día y resto de dispositivos de la red de salud mental, con la finalidad de prevenir el fenómeno de puerta giratoria, casos de reagudizaciones, "pérdidas" de pacientes y nuevos ingresos.

La figura de enfermero especialista en salud mental como referente del paciente para desarrollar una buena alianza terapéutica y facilitar la adherencia al tratamiento es una de las bases fundamentales sobre las que se apoya la evolución posterior.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Promover la coordinación y la comunicación entre los Enfermeros Especialistas de la UCE y de la USM para

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#53

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION ENTRE ENFERMEROS DE UCE (UNIDAD CORTA ESTANCIA PSIQUIATRIA) Y USM (UNIDAD DE SALUD MENTAL) PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE PACIENTES CON TMG

contribuir en la mejoría de la continuidad asistencial del paciente con enfermedad mental.

- Fomentar la adherencia al tratamiento terapéutico del paciente al alta.
- Detección temprana de recaídas.
- Evitar posibles pérdidas y abandonos de pacientes con enfermedad mental tras el alta hospitalaria.

La población diana estará formada por pacientes ingresados en UCE HUMS y pacientes atendidos en las diferentes USM pertenecientes al sector II de Zaragoza.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación del equipo de trabajo.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2022

Responsable.: PATRICIA ALAYETO ADIEGO

2. Elaboración y desarrollo del programa.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: EQUIPO DE TRABAJO

3. Diseñar un informe de continuidad de cuidados al alta que recoja las necesidades específicas de estos pacientes para informar al enfermero de referencia de la USM.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: EQUIPO DE TRABAJO

4. Dar a conocer el programa a todos los enfermeros de Salud mental de UCE y USM del sector II de Zaragoza (HUMS).

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: EQUIPO DE TRABAJO

5. Implementación del programa.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/05/2023

Responsable.: EQUIPO DE TRABAJO

6. Comunicación directa (vía mail o telefónica) entre enfermeros de ambos dispositivos.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/05/2023

Responsable.: EQUIPO DE TRABAJO

7. En casos difíciles seguimiento más personalizado, incluso visitas o acompañamiento y reuniones individualizadas entre enfermeros.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.:

Responsable.: EQUIPO DE TRABAJO

8. Recogida y análisis de los datos.

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: EQUIPO DE TRABAJO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Satisfacción de los enfermeros participantes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° ENFERMEROS SATISFECHOS CON LA COORDINACION UCE-USM

Denominador .....: N° TOTAL DE ENFERMEROS ENCUESTADOS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ESCALA LIKERT

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#53

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION ENTRE ENFERMEROS DE UCE (UNIDAD CORTA ESTANCIA PSIQUIATRIA) Y USM (UNIDAD DE SALUD MENTAL) PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE PACIENTES CON TMG

##### 2. Coordinación entre enfermeros en casos de pacientes difíciles

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° VISITAS DE ENFERMEROS DE USM A PACIENTES INGRESADOS EN UCE REALIZADAS  
Denominador .....: N° VISITAS DE ENFERMEROS DE USM A PACIENTES INGRESADOS EN UCE PROGRAMADAS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: REGISTRO PROPIO  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Coordinación entre enfermeros de ambos dispositivos

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° LLAMADAS TELEFÓNICAS/MAILS ENTRE ENFERMEROS DE AMBOS DISPOSITIVOS REALIZADAS  
Denominador .....: N° LLAMADAS TELEFÓNICAS/MAILS ENTRE ENFERMEROS DE AMBOS DISPOSITIVOS PROGRAMADAS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: REGISTRO PROPIO  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#380

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO DE CONTENCIÓN MECÁNICA (CM) EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE) DE PSIQUIATRÍA DEL HUMS

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#380 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ORTEGA LOPEZ-ALVARADO PABLO

Título  
REGISTRO DE CONTENCIÓN MECÁNICA (CM) EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE) DE PSIQUIATRÍA DEL HUMS

Colaboradores/as:  
ARILLA ANDRES SANDRA  
BLASCO FRESCO MARIA DEL CARMEN  
CIRIA VILLAR SERGIO  
GRACIA BIARGE BEATRIZ  
GUARCH ONCINS MARINA  
PEREZ PEMAN MARIA DEL CAMINO  
TORRIJO BORI MIGUEL ANGEL

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UCE HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se entiende por contención física de pacientes como un procedimiento terapéutico que consiste en la restricción de la movilidad mediante el uso físico o de dispositivos mecánicos que impiden o limitan los movimientos de todo o parte del cuerpo del paciente. Es una medida de último recurso, siempre que otros métodos hayan fracasado (contención, verbal, ambiental y farmacológica). Su duración debe ser lo más breve posible, así como en las condiciones más óptimas para el paciente.

En ocasiones los pacientes que presentan una descompensación psicopatológica que precisan ingresos en una Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría, presentan alteraciones de conducta y crisis de agitación psicomotriz, propias de la sintomatología que padecen. Por ello, se debería agilizar el proceso de ingreso de la forma más rápida posible ya que una persona en estado de agitación no debiera permanecer en el S. de Urgencias por más de 24 horas, ya que va en detrimento de una mejor atención específica que requiere este tipo de paciente, evitar riesgos de fugas, intentos autolíticos, manejo del delirio y alucinaciones, etc.

Así mismo, en el pasado plan de Salud Mental del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón (2017-2021) se contemplaba como uno de los proyectos el desarrollo de un protocolo para la contención mecánica, con el fin de establecer procedimientos garantes de buenas prácticas y de los derechos y la dignidad de los usuarios en el contexto de la contención mecánica.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disponer de datos de pacientes que han precisado de contención mecánica durante su ingreso en UCE de Psiquiatría.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En la actualidad no existe un registro en el que queden reflejadas las contenciones físicas que se realizan y la ausencia de un registro en la HCE.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disponer de un registro de las contenciones mecánicas realizadas, con la finalidad de poder evaluar el proceso con el fin de implementar posibles modificaciones para reducir contenciones mecánicas, así como poder valorar la adecuación de la prescripción de contención mecánica de acuerdo con el Protocolo de Contención aprobado por el Centro.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1. Elaboración de un registro informatizado para evaluar la prescripción de contenciones mecánicas en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Pablo Ortega López-Alvarado

2. 2. Evaluación de las contenciones mecánicas llevadas a cabo en la UCE de Psiquiatría.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: María del Camino Pérez Pemán

3. 3. Valoración mediante diversos indicadores del número de CM, de la adecuación del uso de CM y de las tasas de Efectos adversos secundarios a la CM

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 31/05/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#380

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO DE CONTENCIÓN MECÁNICA (CM) EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE) DE PSIQUIATRÍA DEL HUMS

Responsable.: Sergio Ciria, Sandra Arilla y Beatriz Gracia

4. 4. Presentación en Sesión Clínica del Servicio de Psiquiatría de los resultados, y consenso de alternativas que faciliten una mejor adecuación de la prescripción de la contención mecánica

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final: 30/06/2023

Responsable.: Pablo Ortega López-Alvarado

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cumplimiento de registro

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº Registros realizados

Denominador .....: Nº de pacientes que han precisado de CM

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Intranet y registro realizado

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 35.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

2. % de pacientes que han precisado CM durante el en UCE de Psiquiatría

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes que han precisado CM durante el ingreso en UCE de Psiquiatría

Denominador .....: Total de pacientes ingresados en UCE de Psiquiatría

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Intranet y registro realizado

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1255

### 1. TÍTULO

#### COLABORACION INTERDISCIPLINAR ENTRE UCMORA Y LOS SERVICIOS DE NEUROCIRUGÍA DE LOS HOSPITALES HUMS Y HCULB PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA RIO CEREBRAL

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1255 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CAMPOS BONEL ARANTXA

Título  
COLABORACION INTERDISCIPLINAR ENTRE UCMORA Y LOS SERVICIOS DE NEUROCIRUGÍA DE LOS HOSPITALES HUMS Y HCULB PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA RIO CEREBRAL

Colaboradores/as:  
CALATAYUD PEREZ JUAN BOSCO  
CERROLAZA PASCUAL MARIA  
CLARAMONTE DE LA VIUDA MARTA  
NOVO GONZALEZ BEATRIZ  
RIVERO CELADA DAVID  
TEJEDOR GUTIERREZ MARTIN  
VELA MARIN ANA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UCM ONCOLOGIA RADIOTERAPICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La incidencia de metástasis cerebrales varía entre el 2,8 y el 11,1/100.000 de la población general, siendo la causa más frecuente de lesiones cerebrales en los adultos. Las opciones de tratamiento en el caso de lesiones únicas son la cirugía, cuando es una lesión única resecable, que debe completarse con radioterapia externa (RTE) para disminuir la probabilidad de recurrencia local. Si la cirugía no es posible, se realiza RTE con distintos fraccionamientos, para intentar conseguir un adecuado control local.

#### ÁREAS DE MEJORA

Para administrar RTE tras la cirugía hay que esperar alrededor de 6 semanas, lo que puede condicionar un retraso en la administración de tratamientos sistémicos y puede contribuir a producir una repoblación tumoral en ese intervalo. La administración de radioterapia intraoperatoria (RIO) puede mejorar el control local de la enfermedad, dado su efecto radiobiológico.

Por otra parte, si evitamos administrar RTE disminuiríamos el deterioro cognitivo que se produce en muchos pacientes cuando se irradian las células madre hipocámpales, en pacientes con una expectativa de vida de más de 4 meses.

Además, la RIO evita tener que administrar RTE después de la intervención, ahorrándole al paciente visitas al hospital y disminuyendo lista de espera.

#### ANALISIS DE CAUSAS

.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Se espera realizar RIO en pacientes diagnosticados de metástasis cerebrales únicas susceptibles de exéresis quirúrgica. Ello contribuirá a la mejora en el control local de la enfermedad, disminución de la toxicidad, disminuir el número de visitas al hospital, lo que redundará en una mejor calidad de vida de estos pacientes. Por otra parte, se conseguirá liberar huecos de tratamiento en los aceleradores que administran la RTE, con la consiguiente disminución de la lista de espera.

Pacientes diana: pacientes mayores de 18 años diagnosticados de metástasis cerebral única en hospitales de la Comunidad autónoma de Aragón y que vayan a ser intervenidos de la misma en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa o en el Miguel Servet.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se elaborará un protocolo consensuado con los integrantes de los Subcomités de Tumores cerebrales de ambos hospitales, lo que implica dar cobertura a todos los pacientes de la comunidad autónoma.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Arantxa Campos Bonel

2. Se diseñará el circuito del paciente para la realización de la técnica, disminuyendo el número de visitas y favoreciendo la comunicación interdisciplinaria en todo momento.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Arantxa Campos Bonel

3. Se recabará el consentimiento informado en visita conjunta de Neurocirugía y Oncología Radioterápica, para que el paciente pueda resolver todas sus dudas de forma global.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1255

### 1. TÍTULO

#### COLABORACION INTERDISCIPLINAR ENTRE UCMORA Y LOS SERVICIOS DE NEUROCIRUGÍA DE LOS HOSPITALES HUMS Y HCULB PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA RIO CEREBRAL

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2023  
Responsable.: Arantxa Campos Bonel

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Correcta indicación de la técnica de la RIO cerebral

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes a los que se realiza RIO

Denominador .....: Número de pacientes a los que se indica realización de RIO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de UCMORA / IACS

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1301

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES QUE REQUIEREN ALIMENTACION ARTIFICIAL POR SONDA

Fecha de entrada: 22/08/2022

Nº de registro: 2022#1301 \*\* Continuidad asistencial: interconsulta virtual \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BIMBELA SERRANO MARIA TERESA

Título  
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES QUE REQUIEREN ALIMENTACION ARTIFICIAL POR SONDA

Colaboradores/as:  
ALCOLEA HERRERO BEATRIZ  
GARCIA NAVALON PILAR  
GRACIA CAMPO ANAYET  
RODRIGUEZ HERNANDEZ JUDIT

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UE NUTRICION

Línea estratégica: Continuidad asistencial: interconsulta virtual

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El paciente con sonda de alimentación debe afrontar esta nueva situación con seguridad y tranquilidad. Para ello, las enfermeras de la Unidad de Nutrición del Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza) entregan y enseñan un documento de aprendizaje acerca del manejo y mantenimiento de su sonda de alimentación. Así mismo, el paciente recibe el material que va a precisar en su domicilio los primeros días posteriores al alta. Y por último, un Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería para Atención Primaria así como una llamada telefónica a su Enfermera Comunitaria. Mediante el Informe de Continuidad de Cuidados, el profesional de enfermería y el paciente reciben la información necesaria para saber los diagnósticos de enfermería resueltos, los cuidados que deben de realizar al alta hospitalaria, el material necesario y los teléfonos de contacto de la Unidad de Nutrición.

#### ÁREAS DE MEJORA

Unificar el informe de continuidad de cuidados de la UE Nutrición para que la persona y su Enfermera Comunitaria conozca al alta hospitalaria, los cuidados, los factores de riesgo y las complicaciones así como los dispositivos de administración..., en definitiva, manejar su situación de salud y que el personal que atiende a dicho paciente tenga acceso directo a esta información y pueda actuar en consecuencia dentro de sus competencias.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Necesidad de unificar la información que se entrega a los pacientes al alta hospitalaria en su Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería de la UE Nutrición (diagnósticos, cuidados, material...)

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Incrementar la calidad asistencial en el paciente con alimentación artificial por sonda proporcionando información al paciente y a su enfermera de Atención Primaria acerca de los cuidados del mismo, con el propósito de una alimentación eficaz y segura, y el conocimiento de los factores de riesgo de broncoaspiración, infección o material adecuado.
- Facilitar la información de los cuidados y mantenimiento de la sonda de alimentación, mediante la entrega del Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería de la UE Nutrición.
- Conocer al alta del estado del paciente por parte de la enfermera Comunitaria que lo atiende.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación de los profesionales de nueva incorporación en la Unidad de Enfermería de Nutrición para la elaboración de los DE en el Informe de Continuidad de Cuidados.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2024

Responsable.: MARIA TERESA BIMBELA SERRANO

2. Actualización de los diagnósticos para el desarrollo de cada DE, los NOC, los indicadores y las NIC más prevalentes que pueden ser necesarios en la práctica clínica en adultos.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2024

Responsable.: BEATRIZ ALCOLEA HERRERO

3. Actualización de los diagnósticos para el desarrollo de cada DE, los NOC, los indicadores y las NIC más prevalentes que pueden ser necesarios en la práctica clínica en pediatría.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2024

Responsable.: JUDIT RODRIGUEZ HERNÁNDEZ

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1301

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES QUE REQUIEREN ALIMENTACION ARTIFICIAL POR SONDA

4. Comunicación con los Centro de Atención Primaria en los pacientes adultos.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2024

Responsable.: PILAR GARCIA NAVALÓN

5. Comunicación con los Centro de Atención Primaria en los pacientes pediátricos.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2024

Responsable.: ANAYET GRACIA CAMPO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La validez de los DE seleccionados se basa en la documentación consultada y en el consenso obtenido en el ámbito del equipo de trabajo. Por tanto, los diagnósticos deberán ser sometidos a revisiones periódicas, y adaptándose según las necesidades de las personas, la evidencia científica del momento, con la progresión de conocimientos en este dominio y con los valores y cambios de la sociedad.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de pacientes sonda de alimentación "alta con sonda" en hospital en la UE Nutrición.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes sonda de alimentación "alta con sonda" en hospital

Denominador .....: Nº de pacientes avisados a las enfermeras de la Unidad que van a salir con sonda

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de UE Nutrición e HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Nº de informes de Continuidad de cuidados con diagnósticos de enfermería en la UE Nutrición.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de informes de Continuidad de cuidados con diagnósticos de enfermería entregados a pacientes con sonda de alimentación

Denominador .....: Nº de informes de continuidad de cuidados entregados a pacientes con sonda de alimentación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de UE Nutrición e HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Nº de enfermeras Comunitarias informadas por la UE Nutrición

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de enfermeras Comunitarias informadas mediante los diagnósticos de enfermería

Denominador .....: Nº de enfermeras Comunitarias informadas del paciente con sonda de alimentación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de UE Nutrición e HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#800

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA DE ENFERMERIA GERIATRICA: APOYO AL CUIDADOR NATURAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#800 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SALVADOR GOMEZ MARIA

Título  
CONSULTA DE ENFERMERIA GERIATRICA: APOYO AL CUIDADOR NATURAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

Colaboradores/as:  
BERGES FERNANDEZ JESUS  
ESTEBAN SORIANO MARIA BELEN  
GARCIA FERNANDEZ LORENA CRISTINA  
MARDONES FUENTE AMAYA  
PEREZ VAQUERO ANA GRACIELA  
PERPIÑAN SANCHEZ LAURA  
VILLABONA JIMENEZ MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE VALORACION SOCIOSANITARIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El crecimiento actual de la población geriátrica conlleva un aumento de prevalencia de deterioro cognitivo, tal es así que la OMS ha aprobado el plan de acción mundial sobre la respuesta de Salud Pública a la demencia (2017-2025) en la que insta a los Estado Miembros a aplicar estrategias enfocadas a diferentes objetivos, entre ellos, reducción del impacto de la enfermedad, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de personas con demencia y sus cuidadores naturales, en su convivencia con la enfermedad y en el ejercicio de todos sus derechos. Cuidar a personas mayores que han sido diagnosticados de demencia, con la consecuente dependencia funcional, puede estar asociado a niveles elevados de sobrecarga. Por todo esto, y siguiendo el criterio de equidad de la prestación sanitaria, consideramos necesario la puesta en marcha de esta consulta de enfermería geriátrica que ya se ofrece en otros sectores de nuestra comunidad, para poder ayudar/apoyar al cuidador natural que va a estar al lado del paciente con diagnóstico de deterioro cognitivo durante la evolución de la enfermedad.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Educación para la salud en los diferentes cuidados que necesitan las personas con deterioro cognitivo.
- Manejo no farmacológico de las alteraciones de conducta de los pacientes con deterioro cognitivo.
- Sobrecarga del cuidador.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Necesidad de información y formación a la hora de cuidar y vivir con un paciente con deterioro cognitivo. Dada la dependencia funcional que terminan teniendo estos pacientes, necesidad de cuidados y dificultad de manejo sobre ellos, ya que su situación cognitiva puede no ser colaborativa con su cuidador, e incluso llegar a tener alteraciones de conducta, hace que aumente de manera importante los niveles de sobrecarga de nuestra población diana (cuidador natural del paciente con deterioro cognitivo)

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Crear la consulta de enfermería atención al cuidador natural del paciente con deterioro cognitivo.
- Formar al cuidador natural en el proceso de acompañamiento y prestación de cuidados de forma segura y con calidad.
- Disminuir la sobrecarga del cuidador.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1. Creación de grupo de trabajo.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: María Salvador Gómez.

2. 2. Creación y definción de la consulta.

Fecha inicio: 24/10/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Todos los integrantes del grupo de trabajo.

3. 3. Diseñar material de apoyo: trípticos informativos.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Todos los integrantes del grupo de trabajo.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#800

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA DE ENFERMERIA GERIATRICA: APOYO AL CUIDADOR NATURAL DEL PACIENTE CON DETERIORO COGNITIVO

4. 4. Diseñar talleres de formación.

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final: 28/04/2023

Responsable.: Todos los integrantes del grupo de trabajo.

5. 5. Implantación de la consulta de enfermería, entrega de material de apoyo (trípticos informativos) e impartición de talleres formativos.

Fecha inicio: 02/05/2023

Fecha final: 15/12/2023

Responsable.: Todos los integrantes del grupo de trabajo.

6. 6. Evaluación del proceso.

Fecha inicio: 20/11/2023

Fecha final: 22/12/2023

Responsable.: Todos los integrantes del grupo de trabajo.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Las actividades 1, 2, 3 y 4 son las que se valoraran en la memoria del 2022.

La 5 y la 6 solo podrán ser valoradas por inicio de actividad en cronograma (junto a las anteriores) en la memoria final.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. 1. Porcentaje de actividades realizadas para el diseño del proyecto

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº actividades realizadas

Denominador .....: Nº actividades necesarias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio.

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. 2. Disminución de la sobrecarga del cuidador.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de escalas de Zarit con disminución en su puntuación tras la formación con respecto a las realizadas antes de la formación

Denominador .....: Nº de cuidadores con sobrecarga

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#564

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015 EN LA UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#564 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GRACIA CASADO GEMA LUCIA

Título  
IMPLANTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015 EN LA UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Colaboradores/as:  
CADEVILLA LOSTAO MARIA  
SOLANO BERNAD VICTOR MANUEL  
TRILLO MARTINEZ MARIA LUISA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CALIDAD

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El modelo de sistema de gestión de la calidad (SGC) que ha sido impulsado en el HUMS e implantado progresivamente en varias unidades y servicios del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), con el apoyo proporcionado desde la Unidad de Calidad Asistencial (UCA), se ha basado en la Norma ISO 9001:2015. Desde el año 2007 hasta la actualidad, son 24 las unidades y servicios que han obtenido la certificación según esta norma. En el informe de la última auditoría externa del sistema realizada por AENOR, del 8 al 10 de junio de 2022, se expuso como un área de mejora: "Plantear un cuestionario de auditoría interna específico para las actividades desarrolladas por la UCA". Bajo nuestro punto de vista, esta propuesta era muy consecuente, dado que la UCA representa el principal apoyo para el impulso y mantenimiento del SGC, y donde recae la responsabilidad de su gestión. Tras un período de reflexión y consenso con la dirección del hospital se ha visto pertinente avanzar con la propuesta de implementar este SGC en la UCA del HUMS, como una herramienta para la mejora tanto de los procesos relacionados con el mantenimiento del SGC en las áreas del hospital certificadas, como en el resto de los procesos de apoyo a la gestión de la calidad en los que se interviene.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora integral de la gestión de calidad en los procesos en los que interviene la Unidad de Calidad Asistencial

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Dificultad para medir y cuantificar la actividad desarrollada en la unidad  
Dificultad para analizar los procesos y detectar la mejora de forma objetiva

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Desarrollar progresivamente la implantación del SGC basado en la norma ISO 9001:2015 en la UCA, en un período de 2 años.
- Obtener la certificación ISO 9001 de la UCA en Junio de 2024

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Definir el contexto (DAFO, necesidades y expectativas de clientes)

Decidir el alcance de la certificación

Elaboración del mapa de procesos de la Unidad

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Marisa Trillo

2. Lectura y consenso sobre los procedimientos de nivel de Sector. Intranet Hospital

Recopilación de documentación existente: Instrucciones, protocolos, formatos, registros, etc

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Victor Solano

3. Elaboración de procedimiento operativos de los procesos, y adaptación/integración de los existentes

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Gema Gracia

4. Definir cuadro de indicadores clave

Fecha inicio: 01/12/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#564

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015 EN LA UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Marisa Trillo

5. Elaboración de procedimiento de gestión del riesgo, con planes de contingencia y preventivos

Elaboración de procedimiento de personal: manual de acogida, plan de formación, competencias

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Victor Solano

6. Elaboración de procedimiento de compras y equipos, con formatos y registros

Elaboración de procedimiento general complementario, con política de calidad, organigrama, mapa de procesos, control docu

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Gema Gracia

7. Inicio de registro de incidencias y elaboración de No Conformidades

Definir objetivos anuales

Implantar el sistema

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/01/2024

Responsable.: Marisa Trillo

8. Realizar una Auditoria Interna

Revisión del sistema

Solicitar la certificación

Fecha inicio: 01/02/2024

Fecha final.: 31/03/2024

Responsable.: Victor Solano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de actividades realizadas anualmente

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº actividades realizadas en el año

Denominador .....: nº actividades planificadas en el año

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros de actas de reuniones del grupo de implantación ISO. Existencia de documentación

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.70

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.90

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Realización de auditoría interna

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: sí

Denominador .....: sí + no

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Existencia de informe de auditoria interna

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Realización de revisión por la dirección

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: sí

Denominador .....: sí + no

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Existencia de acta de revisión por la dirección

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. Obtención de la certificación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: sí

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#564

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015 EN LA UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Denominador .....: sí + no  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Existencia de informe de auditoría externa con inclusión positiva de la Unidad de Calidad Asistencial  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> No afecta a una patología en concreto; afecta al apoyo a los profesionales para la disminución de la variabilidad, en general

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#589

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA ECMO HUMS: IMPLANTACION COMUNIDAD AUTONOMA

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#589 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CLARACO VEGA LUIS MANUEL

Título  
PROGRAMA ECMO HUMS: IMPLANTACION COMUNIDAD AUTONOMA

Colaboradores/as:  
DE AYALA FERNANDEZ JOSE ANGEL  
GARCIA LABORDA CRISTINA PILAR  
GURPEGUI PUENTE MARTA  
GUTIERREZ IBAÑES PABLO  
ROYO VILLA CRISTINA  
RUIZ DE GOPEGUI MIGUELENA PABLO  
SANCHO VAL MARIA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El oxigenador de membrana extracorpórea (ECMO) es un sistema de asistencia mecánica que proporciona soporte circulatorio y/o respiratorio durante un periodo corto de tiempo, días o semanas, en pacientes con insuficiencia cardíaca o respiratoria refractarias al tratamiento convencional. Lo que nos permite es GANAR TIEMPO en la recuperación, manteniendo una adecuada oxigenación, ventilación y perfusión sistémica. Y en el contexto de la donación, permite preservar la perfusión de los órganos abdominales durante su explante del donante mejorando los resultados post-implante, aumentando con ello el pool de órganos donables y su calidad.

La ELSO recomienda que la asistencia con ECMO se lleve a cabo en centros que garanticen las condiciones necesarias para una asistencia excelente, recomendando la concentración de casos en centros de referencia (ECMO center), con un número entre 15-20 al año.

El HUMS dispone y aplica esta tecnología desde el 23 de enero 2013; la ha aplicado a más de 90 pacientes como soporte cardiovascular; y a más de 30 pacientes desde 2018 como soporte respiratorio. El conocimiento de la tecnología, y el incremento de la demanda a nivel de la comunidad nos obliga a dar soporte y cubrir todas las necesidades en nuestra Comunidad.

Dado la complejidad invasiva de la técnica, que se utiliza en pacientes extremadamente graves y con una tasa significativa de complicaciones, se ha creado un grupo de expertos de intensivistas (soporte cardiovascular y respiratorio), junto con cirujanos cardíacos (soporte cardiovascular), perfusionistas (Enfermería) y cardiólogos (trasplante) en la toma de decisiones.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Evaluación y selección de los potenciales candidatos por el equipo ECMO: se trata de una técnica compleja, costosa económicamente y limitada en su oferta por el escaso número de dispositivos disponibles. Por ello es primordial una eficiente selección de pacientes candidatos a dicha terapia.
2. Implantación, inicio de terapia, seguimiento, manejo y toma de decisiones por grupo experto, proporcionando y aproximando esta tecnología a todos los centros sanitarios de la Comunidad de Aragón.
3. Facilitación de la donación de órganos mediante la perfusión abdominal normotérmica durante el explante.
4. Formación a facultativos y enfermería en el implante de ECMO y en el manejo y cuidados de los pacientes bajo tratamiento con ECMO.
5. Sesiones bimensuales del Grupo ECMO con la finalidad de evaluar la actividad realizada, los resultados obtenidos, actualización de protocolos de trabajo según la última literatura.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Cubrir un área asistencial no organizado en la Comunidad de Aragón.
2. Recurso escaso, costoso y con alta probabilidad de complicaciones: Adecuación del recurso, identificación del paciente en toda el área sanitaria de Aragón.
3. Mejora en la preservación de órganos durante el proceso de Donación en Asistolia controlada (DAC)
4. Desarrollo e implementación de un programa de formación específico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Acercamiento de esta tecnología a los centros de la red pública y privada de Aragón: 24h x 365 días.
2. Mejora en la calidad y seguridad en el traslado interhospitalario de los pacientes de alta complejidad. Implante del dispositivo ECMO por parte de miembros del Grupo ECMO en el hospital de origen (donde se haya el paciente) y traslado del mismo en condiciones de mayor seguridad al Servicio de Medicina Intensiva del HUMS.
3. En el contexto de la donación (Donación en Asistolia Controlada): preservar la perfusión de los órganos abdominales durante su explante del donante mejorando los resultados post-implante, aumentando con ello el pool de órganos donables y su calidad.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#589

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA ECMO HUMS: IMPLANTACION COMUNIDAD AUTONOMA

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Registro de la actividad realizada:

- Nº Valoraciones.
- Nº Implantes
- Motivo Indicación
- Motivo rechazo

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Dr.Luis Manuel Claraco Vega

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes con implantación ECMO/Total de pacientes con requerimiento de atención por el equipo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes Implanta asistencia ECMO

Denominador .....: Número total de casos evaluados para implantación asistencia ECMO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro ECMO-Servicio Medicina Intensiva.

Registro Servicio Extendido Medicina Intensiva

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

- Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología Respiratoria, Patología Cardiovascular, Donación (modalidad DAC)

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#593

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLÍNICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOFT, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#593 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:

RUIZ DE GOPEGUI MIGUELENA PABLO

Título

ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLÍNICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOFT, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA

Colaboradores/as:

CARRILLO LOPEZ ANDRES

GARISA ROCHA RAUL

GURPEGUI PUENTE MARTA

MUÑOZ MARCO JOSE JAVIER

OLMOS PEREZ FRANCISCO VICENTE

SANTED ANDRES MARIA JESUS

TEJADA ARTIGAS ANTONIO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO

Como parte de la estrategia de implementación del "Plan Estratégico y de Acción para Reducir el Riesgo de Selección y Diseminación de la Resistencia a los Antibióticos" (PNRAN) y de la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente, el Departamento de Sanidad ha puesto en marcha la Estrategia IRAS-PROA Aragón cuyo objetivo es optimizar la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, la resistencia y el uso de antibióticos.

La complejidad del paciente ingresado en las Unidades de Cuidados Intensivos conlleva un elevado consumo de recursos tanto a nivel microbiológico como farmacéutico, entre otros. No es suficiente con disponer de la información. El "cómo" se presenta y "cómo" se documenta es fundamental. El trabajo multidisciplinar es indispensable para ajustar la herramienta a la necesidad clínica, facilitando la obtención de la información y la generación de la información.

El empleo de sistemas de información clínica (SIC) persigue mejorar los resultados finales del proceso asistencial, mejorando la seguridad y la calidad, y colaborando en la mejora de su gestión. La adopción de herramientas que ayuden a gestionar los procesos de cuidados de estos enfermos puede generar una distribución más eficiente de los recursos sanitarios, puesto que los SIC facilitan a tiempo la información necesaria para optimizar la toma de decisiones clínicas y de gestión, y para desarrollar una asistencia más efectiva, eficiente y segura.

ÁREAS DE MEJORA

1. Proporcionar datos del protocolo de vigilancia y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en unidades de intensivos relacionados con el paciente (origen, destino, tipo de ingreso, cirugía previa, tratamiento antibiótico previo, infección-colonización multiresistencia previa, etc)

2. Proporcionar de forma resumida y accesible listado de procedimientos técnicos realizados, indicando fecha y hora de inicio, y fecha y hora de finalización.

3. Proporcionar de forma resumida el tratamiento antibiótico recibido, indicando fecha y hora de inicio y fecha y hora de finalización.

ANÁLISIS DE CAUSAS

Conocimiento de los procedimientos realizados y la presión antibiótica recibida durante su ingreso en UCI facilita la toma de decisiones en caso de nuevas complicaciones infecciosas en el evolutivo.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Adecuación de la herramienta informática a las necesidades de información IRAS-PROA.

2. Mejorar la seguridad de la transferencia de información en el traslado a planta de hospitalización.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Adecuación consultas automatizadas que permitan detectar el cumplimiento/no cumplimiento de las variables definidas IRAS-PROA previa al alta.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final: 31/01/2022

Responsable.: Dr. Pablo Ruiz de Gopegui

2. Mejora en la formación del personal médico y enfermería en la codificación temporal de los procedimientos realizados con fecha de inicio y fin.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#593

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DEL SISTEMA DE INFORMATIZACION CLÍNICA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (CLINISOFT, GE) A LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRATEGIA IRAS-PROA

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dr. Pablo Ruiz de Gopegui

3. Adecuación y revisión del tratamiento al alta a planta de hospitalización. Implantar la cultura de uso automatizado, evitando la introducción manual en el informe al alta.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dr. Pablo Ruiz de Gopegui

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. 1.Cumplimiento de las variables definidas IRAS-PROA por unidad/mes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes dados de alta con las variables predefinidas adecuadamente cumplimentadas

Denominador .....: Nºde pacientes dados de alta de UCI

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Sistema de Informatización de UCI (Clinisoft.GE)

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. 2Inclusión en los informes de alta de UCI de los procedimientos realizados con fecha de inicio y fin

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº pacientes dados de alta con los procedimientos realizados con fecha de inicio y fin

Denominador .....: Nºde pacientes dados de alta de UCI

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Intranet. HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. 3.Inclusión automatizada del tratamiento en los informes de alta.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº pacientes dados de alta con el tratamiento médico de forma automatizada

Denominador .....: Nºde pacientes dados de alta de UCI

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Intranet.HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Gestión de la Información

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#594

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA FORMACION Y CAPACITACION CON APOYO AUDIOVISUAL SOBRE TECNICAS ESPECÍFICAS EN MEDICINA INTENSIVA

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#594 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BERNAL MATILLA CRISTINA ISABEL

Título  
MEJORA DE LA FORMACION Y CAPACITACION CON APOYO AUDIOVISUAL SOBRE TECNICAS ESPECÍFICAS EN MEDICINA INTENSIVA

Colaboradores/as:  
ACERO BELLO SARA  
ANDRES GINES LAURA  
ESTEBAN MOLINA ANA  
FRANSI PORTELA IGNACIO  
LONGARES VELA ASUNCION DOLORES  
REQUESENS SOLERA MONICA  
SANCHEZ CHUECA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La elevada tecnificación de las Unidades de Cuidados Intensivos, especialmente en los últimos años, con la incorporación de nuevos procedimientos, exige un nivel elevado de capacitación y formación por parte de todo el personal que trabaja en estas áreas. Esta necesidad se incrementa en nuestro centro y servicio por tratarse de un centro de referencia de multitud de patologías que precisan, en algún momento del proceso asistencial, de la aplicación de cuidados extremadamente específicos y complejos. La formación específica y continuada en estos procedimientos siempre es dificultosa por la falta de sistematización, estandarización y por la falta de un soporte formativo adecuado.

Esta necesidad de formación ha sido identificada y subrayada por el GRUPO DE MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA EN MEDICINA INTENSIVA, como una de las demandas más reiteradas entre todo el personal asistencial en la encuesta realizada sobre la percepción del clima de seguridad llevado a cabo en mayo de 2021. Nuestro grupo entiende que una correcta formación sobre las técnicas y procedimientos complejos, usando elementos audiovisuales supone un elemento crucial en el uso "seguro" de todos ellos.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Formación y capacitación profesional. 2 Estandarización de procedimientos. 3 Actitud proactiva en mejora de la seguridad del paciente en el Servicio de Medicina Intensiva.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de formación específica reglada en el manejo de dispositivos críticos. Variabilidad en la práctica asistencial. Enfoque exclusivamente reactivo en la seguridad del paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1) Mejorar la formación y la capacitación en la preparación, montaje, uso y mantenimiento de dispositivos, aparataje e instrumental de uso específico y especializado de Medicina Intensiva.  
2) Elaborar un material audiovisual específico para cada técnica/ dispositivo que sirva de apoyo al profesional para su rápida consulta en caso de necesidad.  
3) Mejorar la seguridad del paciente en el Servicio de Medicina Intensiva a través de la estandarización de procedimientos y uso de material específico.  
Población diana: todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Miguel Servet o cualquiera atendido por profesionales del mismo en cualquier ubicación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación de equipos en cada una de las 4 unidades con DUEs, TCAEs y FEAs, miembros del grupo de mejora de la seguridad del paciente. Apoyo de los miembros de los Grupos de Calidad de cada Unidad.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 30/04/2022

Responsable.: Cristina Isabel Bernal Matilla

2. Selección de 3 equipamientos/técnica y/o dispositivo por Unidad para iniciar la elaboración de material audiovisual (preferiblemente vídeo) sobre el procedimiento elegido.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 30/04/2022

Responsable.: Cristina Isabel Bernal Matilla

3. Prueba "piloto" con un dispositivo: elaboración de vídeo explicativo de duración máxima 6-8 min y asociación con código QR que será visible en el propio dispositivo.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#594

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA FORMACION Y CAPACITACION CON APOYO AUDIOVISUAL SOBRE TECNICAS ESPECÍFICAS EN MEDICINA INTENSIVA

Fecha inicio: 01/05/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Cristina Isabel Bernal Matilla

4. Conversión del vídeo en contenido web con volcado en canal privado de [www.youtube.com](http://www.youtube.com) con acceso exclusivo a través del QR disponible en el dispositivo.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Cristina Isabel Bernal Matilla

5. Distribución del formato a todos los colaboradores e inicio de la grabación del resto de elementos asignados.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Cristina Isabel Bernal Matilla

6. Volcado de todo el material audiovisual desarrollado en el canal mencionado, con enlace a través de código QR propio de cada dispositivo.  
Fecha inicio: 30/09/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Cristina Isabel Bernal Matilla

7. Difusión del proyecto entre todo el personal asistencial en activo y de nueva incorporación.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Cristina Isabel Bernal Matilla

8. Revisión periódica de todo el material audiovisual para valorar la necesidad de actualización de los desarrollados, e incorporación de nuevos dispositivos o equipamientos.  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/11/2023  
Responsable.: Cristina Isabel Bernal Matilla

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Todo el material audiovisual elaborado será supervisado y aprobado por los responsables de calidad, el jefe del servicio y la supervisión de Enfermería de cada unidad previo a su publicación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Existencia de material audiovisual sobre toda la equipación susceptible de desarrollarlo.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Total de material audiovisual elaborado y publicado  
Denominador .....: Total de equipamiento planificado  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Inventario material UCI. Canal privado en [www.youtube.com](http://www.youtube.com)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Presencia de código QR sobre el material del que haya disponible material audiovisual explicativo

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Equipación/material con presencia de código QR  
Denominador .....: Toda la equipación/material sobre la que exista material audiovisual desarrollado  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Inventario material UCI. Almacén UCI.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

3. Estandarización de procedimientos

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Preparación/realización de procedimiento según contenido audiovisual  
Denominador .....: Total de veces que se emplea el material o realiza el procedimiento.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Situación de oportunidad, observación de los miembros del grupo de mejora.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#594

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA FORMACION Y CAPACITACION CON APOYO AUDIOVISUAL SOBRE TECNICAS ESPECÍFICAS EN MEDICINA INTENSIVA

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Eventos adversos relacionados con la inadecuada preparación de material o dispositivos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de eventos adversos relacionados con la inadecuada preparación de equipamiento/material

Denominador .....: Total de eventos adversos notificados en el Servicio de Medicina Intensiva

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: SiNASP

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

"La existencia de material audiovisual sobre la equipación susceptible de desarrollarlo" se evaluará sobre el material seleccionado y proyectado extraído del inventario de Medicina Intensiva.

La valoración sobre la "estandarización de los procedimientos" ajustándose a las indicaciones marcadas en los vídeos explicativos será evaluada por los miembros del grupo de mejora de seguridad clínica con observación directa y en situación de oportunidad.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#596

### 1. TÍTULO

#### MONITORIZACION DE LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LOS PROYECTOS-ZERO DURANTE EL INGRESO EN UCI: DIAGNOSTICOS CLÍNICOS Y DIAGNOSTICOS EPIDEMIOLOGICOS

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#596 \*\* IRAS PROA \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA MANGAS MARIA PILAR

Título  
MONITORIZACION DE LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LOS PROYECTOS-ZERO DURANTE EL INGRESO EN UCI: DIAGNOSTICOS CLÍNICOS Y DIAGNOSTICOS EPIDEMIOLOGICOS

Colaboradores/as:  
ESTEBAN MOLINA ANA  
IBÁÑEZ LANGA JOSE LUIS  
SANCHEZ CHUECA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: IRAS PROA

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La monitorización de las complicaciones infecciosas relacionadas con el uso de dispositivos invasores desarrolladas durante la estancia de los pacientes en UCI, nos permiten conocer la realidad de nuestro entorno para buscar acciones correctoras. Diagnósticos CLÍNICOS que no necesariamente debe coincidir con el diagnóstico EPIDEMIOLOGICO, pero que conlleva actuaciones durante la labor asistencial.

#### ÁREAS DE MEJORA

Conocimiento de las complicaciones documentadas durante el ingreso en UCI y la tendencia temporal de estas complicaciones.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La codificación de las complicaciones infecciosas desde un punto de vista clínica nos permite detectar desviaciones de forma precoz, poniendo en marcha medidas correctoras.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Codificación complicaciones infecciosas documentadas desde un punto de vista clínico.
2. Codificación complicaciones infecciosas documentadas desde un punto de vista clínico.
3. Monitorización de las complicaciones registradas.
4. Difusión periódica (x mes, CLÍNICAS) (x 3 meses EPIDEMIOLOGICAS) a todo el personal asistencial de la tendencia por unidad y grupo patológico.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Desarrollo de una guía de diagnósticos que nos permita unificar criterios de codificación

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/01/2022

Responsable.: Dra. Pilar Garcia Mangas

2. Revisión informe de altas

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dr.Andrés Carrillo López

3. Codificación diagnósticos epidemiológicos

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Servicio de Medicina Preventiva

4. Sesiones conjuntas: UCI, Preventiva, Microbiología: Unificar criterios diagnósticos

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Jefe Sección de cada UCI

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Tendencia nº casos con NAVM por Unidad y Grupos patológicos (Diagnostico Clinico y epidemiológico)

Tipo de indicador: Impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#596

### 1. TÍTULO

#### MONITORIZACION DE LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LOS PROYECTOS-ZERO DURANTE EL INGRESO EN UCI: DIAGNOSTICOS CLÍNICOS Y DIAGNOSTICOS EPIDEMIOLOGICOS

Numerador .....: N° casos con NAVM  
Denominador .....: N° casos con NAVM  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Sistema de Informatización Clínica de Uci (Clinisoft.GE)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

2. Tendencia n° casos con Bacteriemia por Unidad y Grupos patológicos (Diag. Clínico y epidemiológico)  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° casos (Bacteriemia o fungemia)  
Denominador .....: N° casos (Bacteriemia o fungemia)l  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Sistema de Informatización Clínica de Uci (Clinisoft.GE)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

3. Tendencia n° casos con ITU por Unidad y Grupos patológicos (Diag. Clínico y epidemiológico)  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° casos con ITU  
Denominador .....: N° casos con ITU  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Sistema de Informatización Clínica de Uci (Clinisoft.GE)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

4. Tendencia n° casos con Traqueobronquitis por Unidad y Grupos patológicos (Diag. Clínico)  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° casos con traqueobronquitis  
Denominador .....: N° casos con traqueobronquitis  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Sistema de Informatización Clínica de Uci (Clinisoft.GE)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

5. Tendencia n° casos con Colonización MR por Unidad y Grupos patológicos (Diag. Clínico)  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° casos que se documenta colonización germen MR tras su ingreso  
Denominador .....: N° casos que se documenta colonización germen MR tras su ingreso  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Sistema de Informatización Clínica de Uci (Clinisoft.GE)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

6. Tendencia n° casos con Infección MR por Unidad y Grupos patológicos (Diag. Clínico)  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° casos con infección documentada por germen MR  
Denominador .....: N° casos con infección documentada por germen MR  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Sistema de Informatización Clínica de Uci (Clinisoft.GE)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#596

### 1. TÍTULO

**MONITORIZACION DE LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LOS PROYECTOS-ZERO DURANTE EL INGRESO EN UCI: DIAGNOSTICOS CLÍNICOS Y DIAGNOSTICOS EPIDEMIOLOGICOS**

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#599

### 1. TÍTULO

#### **DONANTE POTENCIAL COMO CRITERIO DE INGRESO Y MUERTE ENCEFALICA COMO COMPLICACION EN UCI: RESULTADOS EN TERMINOS DE DONACION**

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#599 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
RUIZ AGUILAR ANTONIO LUIS

Título  
DONANTE POTENCIAL COMO CRITERIO DE INGRESO Y MUERTE ENCEFALICA COMO COMPLICACION EN UCI: RESULTADOS EN TERMINOS DE DONACION

Colaboradores/as:  
ARAUJO AGUILAR PILAR  
NEBRA PUERTAS AGUSTIN CARLOS  
UTANDE VAZQUEZ MARIA ARANZAZU

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La cama de UCI es un bien escaso, con el agravante de que un mal uso de éstas supone una merma de este recurso a pacientes que si lo necesitan. Por otra parte el trasplante de órganos es a veces la única alternativa terapéutica en diferentes enfermedades en situación terminal permitiendo mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes que las sufren. El desequilibrio entre la tasa de donación y las listas de espera de trasplante obliga a las instituciones sanitarias a optimizar los recursos para mejorar la detección y mantenimiento de los posibles donantes, y uno de estos recursos son las camas de UCI.

En los planes estratégicos de la Organización Nacional de Trasplantes figura la promoción de los llamados "cuidados intensivos orientados a la donación (CIOD)", esto es, en aquellos pacientes que sufren una enfermedad con pronóstico vital infausto a corto plazo (p.ej. hemorragia cerebral extensa), sin alternativa terapéutica curativa, considerar la opción de la donación de órganos como una parte más de los cuidados al final de la vida, y en este sentido plantear su ingreso en UCI con la única finalidad de aportar el soporte orgánico necesario para poder favorecer la donación.

Los CIOD requieren de la colaboración de los Servicios de Medicina Intensiva y la Coordinación Hospitalaria de Trasplantes. Una vez detectado el posible donante en un servicio externo (Neurología, Neurocirugía, Urgencias, ...), sin hallar contraindicación para la donación en una primera valoración, se considera su ingreso en UCI, ya sea tras consentimiento verbal para la donación o en espera de obtenerlo tras deliberación de la familia del paciente.

Con estas premisas tradicionalmente han ingresado en UCI pacientes sin recuperación esperable pero con el deseo manifiesto de donación por parte de sus familiares y por todo ello potencialmente donantes. Consideramos fundamental conocer el número de posibles donantes ingresados en UCI y el tiempo de estancia hasta su fallecimiento y posterior donación para mejorar la adecuación de los recursos empleados. También resulta de importancia conocer la magnitud de la donación considerando cuántos de estos posibles donantes se convierten en donantes reales y su traducción en número de órganos donados para trasplante.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Mejora en la adecuación del recurso "Cama de UCI".
2. Detección y notificación precoz de la "Muerte encefálica"
3. Incremento del número de casos potenciales como donantes.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La cama de UCI es un bien escaso. Adecuar al máximo este recurso es fundamental. El conocimiento de la eficacia del paciente ingresado como donante potencial nos permitirá mejora en los criterios y condiciones de ingreso en UCI.

La detección precoz de todos los casos que evolucionen a muerte encefálica, independiente del motivo de ingreso, nos permitirá maximizar la detección de Donantes, e incrementar el número de donantes en la comunidad..

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Conocer la eficiencia en el empleo de camas de UCI con el objetivo de donación, tanto en términos de pacientes, como de estancias hospitalarias en UCI
2. Conocer los motivos por los que no se optimizan las camas de uci en términos de donación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Cursos de formación: detección potencial donante y diagnóstico de muerte encefálica.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dr. Antonio Luis Ruiz Aguilar

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#599

### 1. TÍTULO

#### DONANTE POTENCIAL COMO CRITERIO DE INGRESO Y MUERTE ENCEFALICA COMO COMPLICACION EN UCI: RESULTADOS EN TERMINOS DE DONACION

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Donantes reales ingresados en UCI como CIOD / Donantes posibles ingresados en UCI como CIOD.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Donantes reales ingresados en UCI como CIOD  
Denominador .....: Donantes posibles ingresados en UCI como CIOD  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sistema de informatización de UCI (Clinisoft.GE)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Estancias de donantes posibles ingresados en UCI como CIOD hasta ME o LTSV < 6 d/ Donantes posibles

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Estancias de donantes posibles ingresados en UCI como CIOD hasta ME o LTSV (<6 días)  
Denominador .....: Donantes posibles ingresados en UCI como CIOD  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sistema de informatización de UCI (Clinisoft.GE)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Nºde órganos extraídos para Tx de donantes posibles en UCI como CIOD/Donantes posibles ingresadosUCI

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de órganos extraídos para trasplante de donantes posibles ingresados en UCI como CIOD  
Denominador .....: Donantes posibles ingresados en UCI como CIOD  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Sistema de informatización de UCI (Clinisoft.GE)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.80  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.20  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.80  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.20

4. Nºde tejidos de donantes posibles ingresados en UCI como CIOD /Donantes posibles ingresadosUCI

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de donaciones de tejidos de donantes posibles ingresados en UCI como CIOD  
Denominador .....: Donantes posibles ingresados en UCI como CIOD  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Sistema de informatización de UCI (Clinisoft.GE)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.80  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.20  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.80  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.20

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Donación

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#609

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DE LA DOSIFICACION DE FARMACOS EN PERFUSION EN UCI

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#609 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
TEJADA ARTIGAS ANTONIO

Título  
ESTANDARIZACION DE LA DOSIFICACION DE FARMACOS EN PERFUSION EN UCI

Colaboradores/as:  
ANDRES GINES LAURA  
BERNAL MATILLA CRISTINA ISABEL  
GUERRERO TRENADO ELISA  
VICENTE DE VERA BELLOSTAS MARIA BELEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Es bien conocido que la causa más habitual de eventos adversos en la asistencia clínica son los errores en la administración de fármacos. Si bien es cierto en los fármacos que se administran por vía oral, lo es tanto o más en aquellos que se administran en perfusión donde son frecuentes los errores derivados de bajas dosis según peso (infradosificación) como cuando es excesiva (sobredosificación) pero además con consecuencias muchas veces más graves. Estos errores se traducen en morbimortalidad de los pacientes, en ineficacia de los medicamentos administrados y en un incremento del coste asociado.

Hoy día contamos con valiosas herramientas tecnológicas que facilitan la prescripción y la administración estandarizada. Por un lado sistemas de gestión clínica, como es nuestro caso con el sistema de Historia Clínica Electrónica (Clinisoft-GE) y por otro toda una serie de bombas inteligentes que por medio de sus bibliotecas de fármacos permiten tener integradas un listado de fármacos así como sus límites absolutos y relativos de administración, en nuestro caso bombas de la casa comercial Braun?

#### ÁREAS DE MEJORA

Unificar dosificación utilizando un lenguaje común adecuado a lo establecido en la literatura.  
Reducir el error de dosificación (infra y sobredosificación)

#### ANALISIS DE CAUSAS

La práctica actual del uso de las infusiones ajustadas exclusivamente a volumen, son adecuadas y seguras cuando se utilizan de forma uniforme en un solo entorno, pero dificulta determinar el rango de seguridad del fármaco en infusión, muy relacionado con el peso del paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Estandarización de las perfusiones de los fármacos más frecuentemente utilizados en UCI en perfusión continua así como de aquellos que se consideran con más riesgo
- Crear una biblioteca de fármacos en perfusión, que incluye su preparación, y los límites de administración absolutos y relativos según peso.
- Trasmisión de esta biblioteca estandarizada tanto al sistema de gestión clínica como a las bibliotecas de fármacos de las bombas de perfusión.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de biblioteca y transferirla a sistema Clinisoft-GE. Corrección de errores.

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Antonio Tejada y Belen Vicente

2. Transferencia de biblioteca a sistemas de bombas Braum. Actividades formativas

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Antonio Tejada y Belen Vicente

3. Inicio de control. Corrección

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Antonio Tejada y Belen Vicente

4. Valoración global. Nuevas acciones de mejora.

Fecha inicio: 01/05/2023  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Grupo de Trabajo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#609

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DE LA DOSIFICACION DE FARMACOS EN PERFUSION EN UCI

**\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto**

Se realizará un punto de Corte Semanal en la UCI Trauma del número de perfusiones activas con fármacos incluido en la librería de tratamiento, indicándose el número de bombas adecuadamente programadas con ajuste de peso.

Indicador 1:

1. Número de bombas adecuadamente programadas con ajuste de peso / número total de bombas

a. Exclusión: Aquellas bombas con fármacos no incluidos en la biblioteca de fármacos

b. Objetivo: >90%

Indicador 2:

2. Número de enfermeras que conocen la biblioteca de fármacos / Total enfermeras de plantilla

a. Exclusión: Enfermeras de nueva incorporación

b. Objetivo: >90%

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de bombas adecuadamente programadas con ajuste de peso / número de bombas sin ajuste de peso

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de bombas adecuadamente programadas con ajuste de peso

Denominador .....: número de bombas en funcionamiento

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Revisión semanal de los pacientes ingresados en la UCI Trauma

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Número de enfermeras que conocen la biblioteca de fármacos / Total enfermeras de plantilla

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de enfermeras que conocen la biblioteca de fármacos

Denominador .....: Total enfermeras de plantilla

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta realizada por los integrantes del proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

**\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación**

**POBLACIÓN DIANA**

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes que precise fármacos en infusión continua.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#611

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS DE LA FRAGILIDAD EN EL PACIENTE CRÍTICO

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#611 \*\* Crónico Complejo \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ROYO VILLA CRISTINA

Título  
ANÁLISIS DE LA FRAGILIDAD EN EL PACIENTE CRÍTICO

Colaboradores/as:  
GUTIERREZ IBAÑES PABLO  
IBAÑEZ LANGA JOSE LUIS  
MORA RANGIL PATRICIA  
RUIZ AGUILAR ANTONIO LUIS

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Crónico Complejo

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El progresivo envejecimiento de la población y la mejoría de la atención sanitaria han favorecido que durante los últimos años se haya producido un aumento considerable de la población de pacientes ancianos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de los países del Primer Mundo. En este sentido, las personas de edad más avanzada constituyen un grupo muy heterogéneo en cuanto a condición física y capacidad funcional y cognitiva. Es decir, podemos encontrar diferencias muy importantes en el estado general, cognición y capacidad física entre paciente ancianos que tengan exactamente la misma edad cronológica. Por ello, la edad cronológica no debería ser un motivo "per se" que condicione la admisión en UCI o las medidas a implementar en los pacientes mayores sin antes haber considerado su verdadera edad "biológica". Aunque estas diferencias entre el estado general, funcional y físico entre las personas con la misma edad cronológica han sido siempre reconocidas en el ámbito médico, recientemente han empezado a considerarse de un modo más objetivo a través de la introducción del término de fragilidad. Actualmente se considera a la fragilidad como un síndrome médico asociado al envejecimiento en el que existe una mayor vulnerabilidad para la aparición de discapacidad y otros episodios de salud adversos incluyendo mortalidad, ante la presencia de un factor estresante externo (como puede serlo un cuadro crítico). De esta manera, existe evidencia creciente de que la fragilidad constituye un importante factor de riesgo para la aparición de complicaciones mayores, aumento de estancia en UCI y mortalidad secundarios a un cuadro crítico. En la actualidad existen escalas clínicas que son capaces de medir el grado de fragilidad de un paciente anciano en estado crítico, además las puntuaciones obtenidas se relacionan con su morbimortalidad en UCI. Entre estas escalas destaca el Índice de Fragilidad (IF).

#### ÁREAS DE MEJORA

Complementar la información proporcionada por otros estimadores de pronóstico en el paciente Crítico (APACHE-II, SAPS-II)

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Los estimadores clásicos de UCI incluyen variables fisiológicas y analíticas del proceso que motiva su ingreso, no profundizando en la fragilidad basal del paciente que ingresa en UCI.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Estimación del IF en los pacientes ancianos admitidos en la UCI del HUMS.
2. Análisis del grado de Fragilidad evaluado mediante el IF en el pronóstico de los pacientes críticos ancianos.
3. Estimación curva de supervivencia en UCI según grado de fragilidad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Aplicación de la calculadora diseñada para este fin, y revisión de todas las altas de UCI

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Cristina Royo Villa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Cálculo del IF en todos los pacientes ancianos (mayores de 70 años) admitidos en la UCI del HUMS.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes > 70 años admitidos en UCI con cálculo del IF al alta de UCI

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N°pacientes de >70a con IF estimado al alta

Denominador .....: Total de pacientes >70 años dado de alta de UCI

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#611

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS DE LA FRAGILIDAD EN EL PACIENTE CRÍTICO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Sistema de Informatización de UCI 8Clinisoft.GE)

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se estimará la distribución de los episodios de fallecimiento en el seguimiento mediante el método de supervivencia de Kaplan-Meier, comparándose los grupos mediante long-rank test.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Fragilidad

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#189

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE DISTINTOS ESTAMENTOS IMPLICADOS EN EL ALTA DEL BINOMIO MADRE/RECIEN NACIDO EN MATERNIDAD

Fecha de entrada: 20/06/2022

Nº de registro: 2022#189 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PINILLOS PISON RAQUEL

Título  
MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE DISTINTOS ESTAMENTOS IMPLICADOS EN EL ALTA DEL BINOMIO MADRE/RECIEN NACIDO EN MATERNIDAD

Colaboradores/as:  
FELEZ SANCHEZ JORGE  
FERNANDEZ ESPUELAS CRISTINA  
GARCIA ESCUDERO CRISTINA  
GARCIA MARTINEZ MIGUEL ANGEL  
LOREN GUERRERO LAURA  
SERRANO VIÑUALES ITZIAR  
TEJERO CABREJAS EVA LUCIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATOLOGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles. La atención hospitalaria al parto se articula alrededor de la maternidad hospitalaria, que se define desde el punto de vista estructural y organizativo, como el espacio en el que se ofrece asistencia multidisciplinar a la mujer, al recién nacido y familia en el parto y el nacimiento. En esta asistencia multidisciplinar están implicados profesionales del ámbito de la enfermería, matronas, ginecología y neonatología por lo que es fundamental una buena coordinación entre los distintos estamentos para mejorar la asistencia ofrecida y los resultados. Hay "picos asistenciales", donde aumenta significativamente el número de partos llegando a colapsar puntualmente las plantas 5ª y 7ª de maternidad. En estos momentos una buena organización es clave y permitirá entre otras cosas una más pronta realización de los cribados neonatales necesarios y sobre todo una entrega más precoz del informe de alta por parte de obstetricia/matrona/neonatólogo, con la consiguiente liberación de camas, que puede resultar de vital importancia en estos momentos de picos asistenciales.

#### ÁREAS DE MEJORA

Falta de camas durante los picos asistenciales en plantas de tocología.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Causas: 1. El propio pico asistencial, con mayor número de partos en los días previos, sobre lo que no podemos actuar. 2 Retraso del alta del binomio madre/recién nacido durante los picos asistenciales por no estar realizado el pase de visita e informe de alta por parte de ginecología, matrona y neonatología. Susceptible de mejorarse con una buena coordinación.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Adelantar (respecto a la actualidad) la entrega de altas de maternidad al binomio madre/recién nacido con la finalidad de liberar anticipadamente camas de planta 5-7ª de maternidad, de forma que en picos asistenciales de gran número de partos se disponga de camas libres más precozmente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de documento donde se refleje un cambio en la organización en los momentos de pico asistencial.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Raquel Pinillos Pison

2. Elaboración de una plantilla tipo "check-list" para preparar las altas del día siguiente organizadas por orden de prioridad.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Jorge Félez Sánchez

3. Dar a conocer a la plantilla ambos documentos.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Miguel García Martínez

4. Desarrollo del proyecto.

Fecha inicio: 01/01/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#189

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA COORDINACION ENTRE DISTINTOS ESTAMENTOS IMPLICADOS EN EL ALTA DEL BINOMIO MADRE/RECIEN NACIDO EN MATERNIDAD

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Raquel Pinillos Pisón

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Hemos definido por consenso "pico asistencial" una ocupación de 29 camas entre ambas plantas de maternidad (hay un total de 33 camas) para activar el protocolo.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de altas entregadas al binomio madre/recién nacido antes de as 12:00 horas.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de altas entregadas al binomio madre/recién nacido antes de las 12:00 horas.

Denominador .....: Número total de altas al binomio madre/recién nacido.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.:

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

2. Porcentaje de profesionales de la plantilla que ha sido convenientemente informado del cambio organizativo.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales de la plantilla que han sido convenientemente informados del cambio organizativo.

Denominador .....: Número total de profesionales de la plantilla.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.:

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Nivel de agregación de indicadores: maternidad del hospital materno infantil Miguel Servet, sector Zaragoza II.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#580

### 1. TÍTULO

#### "MIS PRIMEROS DÍAS"

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#580 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FUERTES ARAGUES MARIA ELENA

Título  
"MIS PRIMEROS DÍAS"

Colaboradores/as:  
CONTRERAS SABARIEGO MARIA JOSE  
FIGUEROLA NOVELL JANINA  
GARCIA MIGUEL PATRICIA  
PADILLA ARAGÜES GUSTAVO  
SIERRA ROYO MERCEDES  
TIRADO MACHO SARA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATOLOGIA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Cuando uno es conocedor de que va a ser papá o mamá, va acumulando recuerdos de la vida del bebé desde el primer momento de su concepción: su primera ecografía, la pulsera del hospital, su primera puesta, cientos de fotos de recién nacido, la pinza del cordón. Todos esos pequeños fragmentos conforman un testimonio del pasado del bebé lleno de recuerdos que se guardan como un tesoro, como una parte de su vida.

#### ÁREAS DE MEJORA

El proyecto surge de la necesidad de completar el vacío de objetos y recuerdos de los primeros días de vida de los niños y niñas que nacen en el centro y que se van con una familia de acogida y/o adopción dentro del plan de Humanización de la Unidad, vimos fundamental que estos niños y niñas tuvieran una serie de recuerdos de sus primeros días, como tienen todas las familias

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Los pequeños que no se van con sus padres biológicos al nacer y sus familias tienen una vivencia diferente, se pierden la memoria tangible del comienzo de su vida.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El personal de la Unidad neonatal/UCI Neonatal del Hospital Universitario Miguel Servet recopila una serie de recuerdos que se entregarán en una caja a las familias cuando al bebé se le da el alta. Documentar estos momentos por tratarse de una situación distinta. En ambos casos consideramos necesario tener recuerdos de esos primeros días de vida.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recogida y entrega de objetos e imágenes del recién nacido que va a ser entregado al tutor/a

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/09/2024

Responsable.: M<sup>a</sup> Elena Fuertes Aragües

2. Solicitud de consentimiento informado al tutor/a menores para la obtención de material audiovisual del menor.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/09/2024

Responsable.: M<sup>a</sup> Elena Fuertes Aragües

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cumplimiento en la obtención del consentimiento informado

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de consentimientos cumplimentados y recogidos

Denominador .....: Total de niños en proceso de tutorización por el Departamento de Menores

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros de la unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#580

### 1. TÍTULO

#### "MIS PRIMEROS DÍAS"

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#803

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE SISTEMA FORMATIVO EN UCI NN BASADO EN CODIGO QR

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#803 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CORTES MARTIN DIANA BELEN

Título  
CREACION DE SISTEMA FORMATIVO EN UCI NN BASADO EN CODIGO QR

Colaboradores/as:  
DAMIA LOZANO JOSE  
PADILLA ARAGÜES GUSTAVO  
PARRON DURAN LUZ MARIA  
ROYO SANCHEZ ANA BELEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATOLOGIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Favorecer la formación del personal de nueva incorporación para aumentar su curva de aprendizaje y facilitar la adaptación.

ÁREAS DE MEJORA  
Se pretende mejorar en las dificultades que encuentran los profesionales en estas unidades en su formación inicial.

ANÁLISIS DE CAUSAS  
Aumento del personal de nueva incorporación y la habitual rotación sumado a la especificidad de los cuidados neonatales.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
- Aplicar las posibilidades que incorpora la innovación tecnológica al campo del conocimiento, la formación y la mejora de la práctica clínica diaria.  
- La captura del código QR localizado en los propios equipos permite al trabajador acceder rápidamente a un video en el que los profesionales de las diferentes unidades explican lo relacionado con el funcionamiento del aparato.  
- Permite formar eficazmente a un elevado número de profesionales en poco tiempo y esto es fundamental en momentos de elevada presión asistencial.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de videos formativos sobre el montaje y uso de diversos aparatos de la unidad  
Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/09/2023  
Responsable.: Diana Cortes Martin

2. Elaboracion de códigos QR donde poder visualizar los videos, colocados en cada uno de los aparatos  
Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/09/2023  
Responsable.: Jose Damia Lozano

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Colocación de códigos QR en aparataje  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: número de códigos QR  
Denominador .....: números total de aparatos de la unidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: -  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Impacto de la formación en los profesionales  
Tipo de indicador: alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#803

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE SISTEMA FORMATIVO EN UCI NN BASADO EN CODIGO QR

Numerador .....: número de visualizaciones  
Denominador .....: número total de trabajadores de nueva incorporación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: -  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> -

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#712

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE SISTEMA FORMATIVO EN UCI PEDIATRICA BASADO EN CODIGO QR

Fecha de entrada: 20/07/2022

Nº de registro: 2022#712 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MERINO LEIVA DIANA

Título  
CREACION DE SISTEMA FORMATIVO EN UCI PEDIATRICA BASADO EN CODIGO QR

Colaboradores/as:  
ACHA BLATNIK VIRGINIA  
AREVALO CANTERO MANUELA  
CASTRO FERNANDEZ CAROLINA  
DOMINGUEZ ABAD ALBA MARIA  
FUERTES ARAGUES MARIA ELENA  
RODRIGUEZ LLANO JOSE MANUEL  
ROIG VISCARRO MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Favorecer la formación del personal de nueva incorporación para aumentar su curva de aprendizaje, facilitar la adaptación

#### ÁREAS DE MEJORA

Se pretende mejorar las dificultades que encuentran los profesionales en estas unidades en su formación inicial

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Aumento del personal de nueva incorporación y la habitual rotación sumado a la especificidad de los cuidados pediátricos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Aplicar las posibilidades que incorpora la innovación tecnológica al campo del conocimiento, la formación y la mejora de la práctica clínica diaria.  
La captura del código QR localizado en los propios equipos permite al trabajador acceder rápidamente a un vídeo en el que los profesionales de las diferentes unidades explican de un modo sencillo lo relacionado con el funcionamiento del aparato.  
Permiten formar eficazmente a un elevado número de profesionales en poco tiempo, y esto es fundamental en momentos de elevada presión asistencial.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de vídeos formativos sobre el montaje y uso de diversos aparatos de la unidad

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/09/2023  
Responsable.: Diana Merino Leiva

2. Elaboración de códigos QR donde poder visualizar los vídeos, colocados en cada uno de los aparatos.

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/09/2023  
Responsable.: Diana Merino Leiva

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Colocación de códigos QR en aparataje

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de códigos QR  
Denominador .....: nº total de aparatos en la unidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.:  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#712

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE SISTEMA FORMATIVO EN UCI PEDIATRICA BASADO EN CODIGO QR

#### 2. Impacto de la formación en los profesionales

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: nº de visualizaciones  
Denominador .....: nº total de trabajadores de nueva incorporación  
 $x(1-100-1000) \dots$ : 100  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> .

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#85

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DEL CATETER VENOSO PERIFERICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha de entrada: 10/06/2022

Nº de registro: 2022#85 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ROMERO MOLINA YOLANDA

Título  
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DEL CATETER VENOSO PERIFERICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Colaboradores/as:  
AYALA NAVARRO MARIA ESTRELLA  
BERNAL SEBASTIAN MARIA-PILAR  
GRACIADA PEREZ EVA MARIA  
MALLEN GARCIA PILAR  
MERCADAL ALEGRIA ANA-ISABEL  
PUERTOLAS PINA LORENA  
SIMON GARCIA MARIA ANGELES

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El 15 de mayo de 2018 se generó una encuesta de valoración de conocimientos/habilidades de vías venosas con objeto de detectar posibles líneas de mejora. Se facilitó un enlace de acceso a la misma al alcance de todos los enfermeros que se encontraban trabajando/rotando en el Servicio, hasta el 15 de octubre de 2018. De una muestra de 98 participantes, el 91% afirmaba no haber recibido formación sobre vías venosas en los últimos cinco años. Además, sólo el 66% afirmaba manejar de forma habitual el reservorio subcutáneo. Revisando los datos recogidos en el EPINE 2021, casi la mitad de bacteriemias son debidas a catéteres venosos (44,65%), y un 45% se asocian al uso de catéter venoso periférico (superando las cifras del EPINE 2019).

#### ÁREAS DE MEJORA

Implantación de protocolo unificado

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de un protocolo unificado en el servicio de Urgencias  
Falta de formación del personal de Enfermería

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Disminuir la infección nosocomial y las complicaciones derivadas de la cateterización venosa periférica ("Flebitis Zero");
  - Dotar a las enfermeras de un protocolo de actuación para la inserción, mantenimiento y retirada de una vía venosa, que permita reducir la variabilidad en los cuidados de pacientes portadores de accesos venosos periféricos y unificar el procedimiento.
- La población diana sobre la que se espera llevar a cabo la mejora será todo paciente que acuda al servicio de Urgencias y que precise de una vía periférica sin distinción de sexo o estratificación por edades.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Adaptación del protocolo de manejo de los Catéteres Venosos Periféricos (CVP) del HUMS al servicio de Urgencias.  
Fecha inicio: 01/02/2023  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Yolanda Romero Molina
2. - Elaboración de cartel resumen con los principales aspectos sobre cuidados de las vías en Urgencias y las medidas de seguridad clínica recomendadas en este protocolo.  
Fecha inicio: 01/02/2023  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: M<sup>a</sup> Estrella Ayala Navarro
3. - Elaboración de carteles de la escala de valoración de flebitis Maddox a implantar en el servicio.  
Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: M<sup>a</sup> Pilar Bernal Sebastián
4. - Introducir mejoras en la aplicación del Puesto Clínico Hospitalario (PCH), que nos permitan registrar el calibre del catéter venoso periférico y la incidencia de flebitis.  
Fecha inicio: 01/03/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#85

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DEL CATETER VENOSO PERIFERICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Eva M<sup>a</sup> Graciada Pérez

5. - Recoger información previa a la implantación del protocolo (análisis previo a la implantación de la mejora).

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Pilar Mallén García

6. - Elaboración de un programa de sesiones clínicas y solicitud de acreditación por la Comisión de Formación Continuada, sobre manejo de CVP en Urgencias. Se completará con el cuidado de otras vías.

Fecha inicio: 03/04/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Ana Isabel Mercadal Alegría

7. - Realización de dos sesiones informativas para Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Fecha inicio: 03/04/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Ángeles Simón García

8. - Implantación del protocolo.

- Recogida de los indicadores del protocolo, con una periodicidad trimestral, tras la implantación del mismo. (abril, julio, octubre 2023)

Fecha inicio: 03/04/2023

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Lorena Puértolas Pina

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de flebitis registradas en salas de observación o boxes de aislamiento

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de flebitis registradas en salas de observación o boxes de aislamiento

Denominador .....: Nº total de vías registradas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de enfermeras de urgencias que completan el programa de sesiones

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de enfermeras de urgencias que completan el programa de sesiones

Denominador .....: Nº total de enfermeras de Urgencias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de asistencia

Listado del personal del Servicio

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de TCAES de urgencias que acuden a las sesiones informativas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de TCAES que acuden a las sesiones informativas

Denominador .....: Nº total de TCAES de Urgencias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de asistencia

Listado del personal del Servicio

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#85

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DEL CATETER VENOSO PERIFERICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pluripatología

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#87

### 1. TÍTULO

#### CORRECTA ADMINISTRACION DE FARMACOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 10/06/2022

Nº de registro: 2022#87 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NOGUERA FERNANDEZ VERONICA

Título  
CORRECTA ADMINISTRACION DE FARMACOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
APARICIO GAMEZ VANESA MARIA  
LABORDA GARCIA INES  
MARTI SANTACRUZ VANESA  
ORTIGOSA AGUSTIN OSCAR  
RAMON CALVO JOANA  
REAL CAMPAÑA JOSE MANUEL  
RUIZ GARRIDO JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dado que la administración y prescripción de medicamentos supone un elevado porcentaje en los efectos adversos mas frecuentes (37,4% Estudio ENEAS 2005) y que en el servicio de urgencias se maneja mucho volumen de medicación, pasando por el mismo, gran cantidad de profesionales y muchos de ellos con poca experiencia laboral, los SUH ven necesario trabajar en ello para aumentar la seguridad tanto del profesional como del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Calidad asistencial ( del profesional)  
Seguridad del paciente y profesional  
Herramientas de ayuda para unificar criterios de administración y correcta dilución

#### ANALISIS DE CAUSAS

Muchos profesionales con poca experiencia laboral  
Gran volumen de medicación con mucha variabilidad de manera de diluir y administrar  
Manejo constante de nuevos fármacos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Ver los errores mas frecuentes en la administración de fármacos IV en urgencias  
Mejorar la seguridad del paciente relacionado con la administración de fármacos IV  
Mejorar la seguridad percibida por el profesional en la administración de fármacos  
Unificar las técnicas de preparación y administración de los fármacos IV según la guía de farmacia del hospital  
Sistematizar la norma de los 5 correctos

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formar el equipo de trabajo y reparto de funciones

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Veronica Noguera

2. Ordenar los cuartos de vitales del mismo modo y en cajetines: Nombre del fármaco, dilución y forma de administración

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Vanesa Marti y Joana Ramon

3. Encuestas a todos los profesionales para ver su seguridad percibida y errores mas frecuentes ( al inicio del proyecto y al final)

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 01/06/2023  
Responsable.: Vanesa Aparicio

4. Hacer una guía con los fármacos mas usados en urgencias

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 01/03/2023  
Responsable.: Oscar Ortigosa



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#87

### 1. TÍTULO

#### CORRECTA ADMINISTRACION DE FARMACOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

5. Crear un mensaje en el pyxis: dilución y administración del fármaco  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Jose Manuel Real

6. Impartir sesiones clínicas a las personas que lleguen nuevas al servicio y todo profesional que lo desee  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 01/06/2023  
Responsable.: Inés Laborda y Javier Ruiz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Como equipo interdisciplinar todos los colaboradores nos ayudaremos en las distintas actividades.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Enfermeros del servicio de urgencias que se sienten seguros a la hora de administrar medicamentos.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: nº enfermeros de urgencias con percepción positiva de seguridad en la administración de medicamentos.  
Denominador .....: nº total de enfermeros del servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. Enfermeros del servicio de urgencias que se sienten seguros a la hora de administrar medicamentos.  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº enfermeros de urgencias con percepción positiva de seguridad en la administración de medicamentos.  
Denominador .....: nº total de enfermeros del servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hojas de asistencia a sesiones y GPT para saber nº de enfermeros del servicio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

3. Enfermeros de urgencias que verifican: paciente, medicamento, dosis, vía y hora correcta  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº de enfermeros de urgencias que afirman realizar la comprobación de los 5 correctos  
Denominador .....: total de encuestas recibidas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. Errores más frecuentes en la administración de medicación IV  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº de errores detectados  
Denominador .....: Total de pacientes con tratamiento IV  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Observación directa  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Se utilizarán sesiones de mejora para preguntar a los profesionales los fármacos que con más frecuencia han observado que se producen efectos no deseados. Y a su vez durante 15 días, una vez al día tras la puesta de medicación IV se pasara por sala de observación y se observaran a los pacientes para detectar posibles errores. Se valorara a través de encuestas de satisfacción hechas por el grupo de mejora la seguridad percibida por el profesional y se verificara el cumplimiento de la identificación del paciente, preparación, administración y verificación del fármaco.  
Habrá una comunicación activa con el servicio de farmacia y revisaremos semestralmente la guía farmacológica del hospital para la actualización por posibles cambios.  
Haremos reuniones programadas y a petición de los trabajadores, así como la valoración de posibles

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#87

### 1. TÍTULO

#### **CORRECTA ADMINISTRACION DE FARMACOS POR VIA INTRAVENOSA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

sugerencias.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Serán incluidos todos los pacientes atendidos en urgencias de la general con tratamiento intravenoso y todo personal de la unidad.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#120

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA PARA EL AUMENTO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL AREA DE TRAUMATOLOGÍA DE URGENCIAS EN LA APLICACION DE INMOVILIZACIONES CON YESOS Y VENDAJES

Fecha de entrada: 15/06/2022

Nº de registro: 2022#120 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DOPICO VALERO LORENA

Título  
PROYECTO DE MEJORA PARA EL AUMENTO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL AREA DE TRAUMATOLOGÍA DE URGENCIAS EN LA APLICACION DE INMOVILIZACIONES CON YESOS Y VENDAJES

Colaboradores/as:  
ESTEVEZ HUERTA LORENA  
GROS BAÑERES BELEN  
LORDA OLIETE M.TERESA  
MASA LASHERAS MARIA ELENA  
PLANA FERNANDEZ BLANCA  
SERRANO HERNANDEZ RAUL  
SIERRA MARIN CAROLINA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el área de traumatología del servicio de Urgencias se realizan diferentes técnicas de inmovilización (yesos, vendajes y vendajes funcionales) y, a diferencia de otros hospitales de España, las realiza el personal de enfermería. También ese mismo personal es requerido para colaboración en las técnicas de inmovilización realizadas por especialistas en formación que componen el entramado de esta unidad.

Es por tanto importante llamar a la necesidad de mantener en constante formación a dicho personal sumando además el alto número de personas que lo componen ( 145 enfermeras y 90 auxiliares) y la constante renovación que sufre la plantilla. Además, existe un aumento de la necesidad expresada en dicho personal (en encuesta previa con 86 respuestas el 100% demandaba formación continuada).

El propósito de esta línea es ofrecer un plan formativo al personal de enfermería y TCAE para desarrollar y mejorar sus competencias en el área de traumatología (inmovilizaciones, vendajes y yesos) y aumentar con ello la seguridad del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Área de traumatología del servicio de urgencias del HUMS

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Necesidad expresada por el personal de urgencias
- Alto número de personal (145 enfermeras/90 TCAE)
- Constante renovación del personal
- Técnicas de alto grado de conocimientos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### A. Objetivo general

- Ampliar y mejorar el nivel de conocimientos del personal de enfermería del servicio de Urgencias del HUMS en materia de inmovilizaciones, yesos y vendajes.

##### B. Objetivos específicos

- Detectar los errores más frecuentes en la práctica habitual diaria.
- Mejorar el manual de vendajes y yesos ya existente en el servicio.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisar el manual de inmovilizaciones del servicio y actualizar las técnicas en él descritas mediante el uso de fotos más actualizadas y códigos QR que redirija a videos explicativos

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/02/2023

Responsable.: Lorena Dopico Valero

2. Formación del personal mediante sesiones periódicas de actualización de conocimientos, de manera sistemática

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Lorena Dopico Valero

3. Generar comunicación activa con la consulta de enfermería de yesos de las CCEE sobre inmovilizaciones realizadas en el servicio de Urgencias que son revisadas allí

Fecha inicio: 01/01/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#120

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA PARA EL AUMENTO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL AREA DE TRAUMATOLOGÍA DE URGENCIAS EN LA APLICACION DE INMOVILIZACIONES CON YESOS Y VENDAJES

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Lorena Dopico Valero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Grado de sensación de adquisición de conocimientos tras las sesiones formativas y mejora manual

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de trabajadores satisfechos con las sesiones formativas y el manual

Denominador .....: Nº de trabajadores que ha realizado las sesiones formativas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Personal del servicio de urgencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. Cuantificar y determinar los posibles errores a través de la cumplimentación de un check list

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº total de errores detectados en las inmovilizaciones

Denominador .....: Nº inmovilizaciones realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Personal del servicio de urgencias y consultas externas

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 35.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

3. Grado de asistencia del personal de enfermería a las sesiones formativas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de enfermeros que realizan las técnicas de manera sistemática

Denominador .....: Nº de enfermeros del servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Personal del servicio de urgencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

4. Reducción del número de readmisiones en las primeras 72 horas por consulta "revisión o cambio yesos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de Pacientes atendidos por dicho motivo de consulta en los meses de Enero a Marzo 2023

Denominador .....: Nº de Pacientes atendidos por dicho

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Sistema informático de urgencias PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#129

### 1. TÍTULO

#### IDENTIFICACION ACTIVA DEL PACIENTE CON ALERGIAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/06/2022

Nº de registro: 2022#129 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ARBUES MARTINEZ CLARA

Título  
IDENTIFICACION ACTIVA DEL PACIENTE CON ALERGIAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
ALCUBIERRE PAJARIN SOLEDAD  
GAÑAN PUMARES ADRIANA  
GRACIA FEDERIO FERNANDO LUIS  
LABORDA GARCIA INES  
MIGUEL BAIGORRI BLANCA BEATRIZ  
ORTIGOSA AGUSTIN OSCAR  
SANMARTIN ALLUE HECTOR

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los servicios de Urgencias (SU) son un elemento esencial del Sistema Sanitario no exento de un alto riesgo de efectos adversos (EA), teniendo esto en cuenta, el estudio EVADUR (Eventos Adversos en Urgencias) analizó la incidencia de estos EA en los pacientes visitados en los SU hospitalarios. Se realizó un trabajo multicéntrico entre SU de diferentes hospitales españoles, bajo el amparo de SEMES. Según el estudio, el 12% de los pacientes visitados en un SU se vieron afectados por algún Incidente/EA. Sobre el total de los Factores Causales identificados, los relacionados con el manejo de la medicación fueron un 23%. El 69% de los episodios fueron evitables. Y se determinó que los pacientes tuvieron más riesgo de padecer un incidente/EA en los SU de Hospitales de mayor actividad, especialmente entre 80-120.000 urgencias anuales. La gran variabilidad de alergias medicamentosas que puede presentar un paciente, unido a la gran afluencia y aumento del uso de los Servicios de Urgencias por parte de la población, hace que el uso de fármacos, sobre todo en momentos de rápida actuación y por vía intravenosa, pueda suponer un riesgo para la salud del usuario. A pesar de realizarse un correcto interrogatorio inicial en triaje por parte de Enfermería, en el que quedan reflejadas informáticamente posibles alergias medicamentosas, y tras una 2ª valoración por parte médica, en la que se vuelve a consultar sobre la posibilidad de alergias y su inclusión en el sistema informático del Servicio de Urgencias (PCH), en un Servicio en el que la afluencia mensual es aproximadamente de 12.000 pacientes y en el que en muchas ocasiones se debe realizar una rápida actuación, la identificación individual de alergias medicamentosas así como la rápida visualización y comprobación previa a la administración de cualquier fármaco, colaboraría en que los posibles errores de administración y/o prescripción fueran prácticamente inexistentes. Teniendo en cuenta que este método ya se está usando con éxito en otros centros y que los recursos a usar son francamente económicos, creemos que la elaboración de una estrategia de mejora específica como es el uso de dispositivo o adhesivo de color en la pulsera identificativa del paciente, supondría un beneficio importante para el paciente y ayudaría a minimizar los riesgos relacionados con la atención urgente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la seguridad clínica del paciente creando una alerta en las alergias medicamentosas

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Dificultad a la hora de determinar alergias medicamentosas en un paciente con bajo nivel de conciencia. No existe dispositivo visual de alerta.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Implementar desde el puesto de triaje la colocación de un adhesivo de color en la pulsera identificativa del paciente, en los pacientes con alergias medicamentosas.
- Aumentar la Seguridad Clínica del paciente en el Servicio de Urgencias a través del uso de estos dispositivos y gracias a su rápida visualización.
- Generalizar el uso de estos dispositivos identificativa de alergias medicamentosas en el servicio de Urgencias.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Formación de grupo y distribución de tareas

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Clara Arbués Martínez

2. Elaboración de un protocolo de manejo en Urgencias

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#129

### 1. TÍTULO

#### IDENTIFICACION ACTIVA DEL PACIENTE CON ALERGIAS MEDICAMENTOSAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Clara Arbués Martínez

3. Publicación, difusión en el servicio  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Clara Arbués Martínez

4. - Implantación del protocolo  
Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Clara Arbués Martínez

5. Evaluación final de indicadores  
Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: Clara Arbués Martínez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Pendiente de asignar personas responsables de las actividades una vez distribuidas las tareas

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes con alergias medicamentosas en el servicio de urgencias portadores de dispositivos  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N.º de pacientes con alergias medicamentosas incluidos en el Servicio de Urgencias portadores de estos dispositivos  
Denominador .....: N.º de pacientes con alergias medicamentosas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sistema Informático del Servicio de Urgencias (PCH)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. % de enfermeras informadas/formadas  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N.º de Enfermeras informadas/formadas  
Denominador .....: N.º de Enfermeras totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Supervisora  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> con Alergias medicamentosas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#207

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLEMENTACION DE AYUDAS INFORMATICAS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION VIH EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE LA CCAA DE ARAGON. PROTOCOLO VIH-SUH

Fecha de entrada: 21/06/2022

Nº de registro: 2022#207 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TRENCH ESPANOL PATRICIA

Título  
DISEÑO E IMPLEMENTACION DE AYUDAS INFORMATICAS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION VIH EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE LA CCAA DE ARAGON. PROTOCOLO VIH-SUH

Colaboradores/as:  
ARAZO GARCES PIEDAD  
DIAZ ROYO ROSALIA  
HERRER CASTEJON ROSA ANA  
LOPEZ LOPEZ FERNANDO  
MARRON TUNDIDOR RAFAEL  
ROC ALFARO MARIA LOURDES  
ROYO HERNANDEZ ROMAN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El diagnóstico de la infección VIH en España se sitúa lejos del 90% de pacientes diagnosticados, objetivo marcado para 2020 por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Se estima que en nuestro país el 18% de las personas con infección por VIH no están diagnosticadas y que aproximadamente la mitad de los nuevos diagnósticos de VIH son tardíos, con menos de 350 CD4/µl en la primera determinación tras el diagnóstico. Esta situación tiene consecuencias negativas sobre el pronóstico y calidad de vida de los pacientes, y también sobre la propagación de la epidemia.

Entre las estrategias para reducir el infradiagnóstico y el diagnóstico tardío de la infección VIH se incluye la obtención de una serología de VIH en los diferentes servicios sanitarios, incluidos los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), ante determinadas enfermedades asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado superior al 0,1% o que presenten una exposición de riesgo. El listado de estas enfermedades indicadoras de infección VIH se detalla en documentos como la "Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario", editada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recientemente, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y el Grupo de Estudio del SIDA-SEIMC (GESIDA) han publicado el documento de consenso "Recomendaciones de SEMES dirigidas a los servicios de urgencias para el diagnóstico precoz de pacientes con sospecha de infección por VIH y su derivación para su estudio y seguimiento", en el que se seleccionan algunas entidades clínicas con elevada prevalencia de infección por VIH (mayor del 5%) y alta frecuentación en los SUH. Este documento pretende promover la solicitud de la serología de VIH durante la atención urgente de estas enfermedades y la posterior derivación del paciente con resultado positivo para seguimiento por el experto en VIH.

El estudio de Gargallo-Bernad "Oportunidades perdidas en el diagnóstico de la infección por el VIH en la Comunidad de Aragón. Importancia del diagnóstico tardío" demostró una elevada prevalencia del diagnóstico tardío de VIH (49,4%) en esta comunidad autónoma y un número importante de contactos con el sistema sanitario en los tres años anteriores al diagnóstico, de los que el 12,2% se producían en los SUH. Casi un tercio (28,4%) del total de las oportunidades diagnósticas perdidas identificadas en este estudio se dieron en los SUH. Estos datos avalan la necesidad de promover un programa de cribado de infección VIH en los SUH Aragón. La utilización de un sistema de alarmas automatizado que sirva de recordatorio para realizar la serología para el VIH es una medida de bajo coste que puede ser de gran utilidad para incorporar de una forma efectiva a la práctica clínica de los SUH el cribado de VIH.

#### ÁREAS DE MEJORA

El proyecto se basa en la búsqueda de oportunidades de mejora en el proceso de atención urgente de las enfermedades indicadoras de infección VIH previamente señaladas. La implementación de ayudas informáticas que faciliten la solicitud de serología de VIH durante la asistencia en los SUH permitirá reducir las oportunidades perdidas para establecer el diagnóstico de infección VIH.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La metodología que emplearemos se basa en el ciclo de Deming (también conocido como ciclo PDCA - Plan-Do-Check-Act-) o espiral de mejora continua. Se constituirá un grupo de trabajo multidisciplinar con la participación de los siguientes servicios:-Servicio de Urgencias  
-Servicio de Medicina Interna - Unidad de Enfermedades Infecciosas  
-Servicio de Microbiología



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#207

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLEMENTACION DE AYUDAS INFORMATICAS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION VIH EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE LA CCAA DE ARAGON. PROTOCOLO VIH-SUH

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

###### \*Objetivo principal:

Desarrollar elementos de ayuda integrados en las herramientas informáticas utilizadas en la práctica asistencial rutinaria en los SUH de la CCAA de Aragón que permitan incrementar la solicitud de serología de VIH en pacientes con condiciones indicadoras de esta patología.

###### \*Objetivos secundarios:

- Incrementar el diagnóstico de infección de VIH en los SUH de Aragón
- Reducir el diagnóstico tardío de infección VIH en la CCAA de Aragón
- Mejorar la derivación del paciente diagnosticado de infección VIH en los SUH para estudio y seguimiento posterior

##### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se realizará un análisis del proceso asistencial que siguen en el servicio de urgencias cada una de las patologías identificadas como condiciones indicadoras de posible infección VIH

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 01/09/2022  
Responsable.: P.Trenc, L.Roc

2. La difusión del proyecto y la formación de los profesionales son dos elementos clave para alcanzar los objetivos planteados, ya que permitirán crear las condiciones óptimas para la implementación

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: F. Lopez, Rosalía

3. Determinar el tipo de ayuda informática más adecuada en cada caso y el momento idóneo del proceso asistencial de urgencias en el que se podría implementar

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/11/2022  
Responsable.: R.Marrón, R.Royo

##### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

##### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes que cumplen condición indicadora de VIH en los que se solicita la serología de cribado

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Pacientes que cumplen condición indicadora en los que se solicita la serología de cribado y reciben información previa  
Denominador .....: Total de pacientes que cumplen condición indicadora  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Se debe registrar en historia clínica el consentimiento verbal

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Pacientes que cumplen condición indicadora en los que se solicita la serología de cribado, dan consentimiento verbal y se registra  
Denominador .....: Total pacientes que cumplen condición indicadora.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Número de pacientes diagnosticados de infección VIH en el servicio de urgencias

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Total de nuevos diagnósticos de infección VIH en urgencias en un año

Denominador .....: .  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: HCE



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#207

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLEMENTACION DE AYUDAS INFORMATICAS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION VIH EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE LA CCAA DE ARAGON. PROTOCOLO VIH-SUH

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

#### 4. Diagnósticos tardíos de infección VIH en Urgencias

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes con nuevo diagnóstico de VIH y menos de 350 CD4/ $\mu$ l

Denominador .....: pacientes con nuevo diagnóstico de VIH

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> VIH

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#234

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INTOXICACIONES AGUDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. CONTROL Y EVALUACION DE LAS MUESTRAS TOXICOLÓGICAS ENVIADAS A LA UNIDAD DE TOXICOLOGÍA

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#234 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ROYO HERNANDEZ ROMAN

Título  
ANÁLISIS, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INTOXICACIONES AGUDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. CONTROL Y EVALUACION DE LAS MUESTRAS TOXICOLÓGICAS ENVIADAS A LA UNIDAD DE TOXICOLOGÍA

Colaboradores/as:  
ALMARCEGUI ANTON MONICA  
GINER RUIZ SARA  
LOPEZ DIEGO CELIA  
MORA MARTINEZ HELENA  
NAVARRO CALZADA JORGE  
TRENCH ESPAÑOL PATRICIA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las intoxicaciones agudas son un problema de salud frecuente en los Servicios de Urgencia hospitalaria. Desde hace pocas fechas se ha implantado en el Servicio de Urgencias del H. Miguel Servet un sistema de recogida de muestras de sangre y orina de pacientes con sospecha de intoxicaciones agudas para su posterior envío y análisis a la Unidad de Toxicología del H. Clínico Universitario. Para agilizar esta recogida se ha añadido una nueva pestaña en el PCH que pretende simplificar esta recogida de muestras.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejor control y seguimiento de las muestras toxicológicas. Facilitar y consensuar la recogida, custodia y almacenamiento y envío de las muestras.

Control y evaluación de los resultados obtenidos y su correlación clínica.

Facilitar el diagnóstico definitivo de los paciente con intoxicaciones agudas al poder determinar el factor causante.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No existía la sistemática de recogida de muestras toxicológicas.

Dificultad por parte de facultativos y enfermería para sistematizar la burocracia y la mecánica de envío.

Difícil control y seguimiento de las muestras que pudieran ser remitidas a la Unidad de Toxicología del HCU.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Con la implantación de la nueva pestaña en el PCH se pretende facilitar a facultativos y enfermería la recogida de las muestras de los pacientes con sospecha de intoxicación aguda (población diana del estudio), normalizando y consensuando que tipo de petición se puede solicitar, con una mejora en cuanto a la recogida, custodia y envío de las muestras a la Unidad de Toxicología del HCU.

Se pretende hacer un seguimiento de estas muestras, comprobar su implantación en el Servicio de Urgencias y el uso correcto de estas, tanto por enfermería como de los facultativos que las soliciten.

Se pretende dar a conocer a todos los facultativos que trabajan en el Servicio de Urgencias la posibilidad de realizar esta petición, de forma fácil e intuitiva, como un dato analítico mas que ayude al diagnóstico del paciente con sospecha de intoxicación aguda.

Queremos hacer un control y evaluación de los resultados de estas muestras, correlacionando estos resultados con los datos clínicos del paciente y valorar la utilidad de esta prueba diagnóstica para el manejo de las intoxicaciones agudas en Urgencias.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesiones informativas a todos los niveles (facultativos de área, Residentes en formación en el Servicio de Urgencias, enfermería, TCAES) de la implantación de la nueva recogida de muestras.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Román Royo

2. Análisis de los datos registrados en el PCH, con seguimiento de resultados.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Román Royo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#234

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INTOXICACIONES AGUDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. CONTROL Y EVALUACION DE LAS MUESTRAS TOXICOLÓGICAS ENVIADAS A LA UNIDAD DE TOXICOLOGÍA

3. Reuniones periódicas con los responsables de la Unidad de Toxicología del HCU para evaluar la implantación de la nueva recogida.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Román Royo

4. Evaluación periódica de los resultados obtenidos y comparación con periodos previos a esta nueva implantación, con intención de valorar mejoras en la calidad de la valoración de los pacientes diana.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Román royo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se pretende, con los datos obtenidos, hacer sesiones informativas en los diferentes servicios hospitalarios de Aragón que pretenden dar a conocer la implantación de la nueva recogida de muestras toxicológicas en nuestro Servicio de Urgencias y la probable exportación del modelo a otros servicios de urgencia hospitalarios.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de muestras toxicológicas recogidas en el Servicio de Urgencias

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número total de muestras recogidas

Denominador .....: Número total de pacientes con diagnóstico de cualquier tipo de intoxicación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE. PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

2. Número de muestras correctamente enviadas al HCU

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de muestras correctas

Denominador .....: Número total de muestras recogidas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE. PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

3. Número de muestras evaluadas por la Unidad de Toxicología que hayan sido remitidas desde el HMS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Análisis realizados

Denominador .....: Número de pacientes con diagnóstico de intoxicación de cualquier tipo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE. PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. Registro en el PCH de la recogida y envío de las muestras

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número total de registros

Denominador .....: Número total de pacientes con diagnóstico de intoxicación de cualquier tipo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE. PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

5. Número total de pacientes diagnosticados de intoxicación aguda

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes con diagnóstico definitivo de intoxicación aguda

Denominador .....: Número total de pacientes con sospecha de intoxicación de cualquier tipo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE. PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#234

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INTOXICACIONES AGUDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. CONTROL Y EVALUACION DE LAS MUESTRAS TOXICOLÓGICAS ENVIADAS A LA UNIDAD DE TOXICOLOGÍA

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Para la recogida de los datos, su estudio y el seguimiento de la implantación de la nueva medida se hará un control mensual de estos datos. Los datos de obtendrán tanto del registro del PCH como de los registros de la Unidad de Toxicología y de los informes emitidos por esta. Se creará una base de datos para el seguimiento y estudio de los datos así como reuniones periódicas con los implicados en esta mejora (facultativos y enfermería) para informar de los resultados e implicar e incentivar a todos los participantes en esta mejora.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#246

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE COAGULACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#246 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GIMENEZ VALVERDE ANTONIO GABRIEL

Título  
OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE COAGULACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
ARRIBAS ENTRALA BELEN  
FERNANDEZ MOSTEIRIN NURIA  
HERRER CASTEJON ROSA ANA  
JAVIERRE LORIS MARIA ANGELES  
LATORRE MARCELLAN PEDRO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dentro de las prácticas médicas más habituales, existe una corriente crítica desde 2010 amparada por distintas sociedades científicas de "no hacer" pruebas innecesarias, haciendo especial hincapié en aquellas que no han demostrado eficacia, tienen escasa o dudosa efectividad, no son coste-efectivas o no son prioritarias. En los servicios de urgencias hospitalarios una de las pruebas que más frecuente se solicita es un estudio de coagulación siendo de las que presenta un menor beneficio diagnóstico o terapéutico demostrado, más allá de la monitorización de la anticoagulación. La necesidad de racionalizar la demanda de solicitudes de determinaciones a laboratorio es un problema ético, más cuando sabemos que es la quinta causa de gasto evitable en los servicios de urgencias, sin hemorragia ni sospecha de coagulopatía.

#### ÁREAS DE MEJORA

Racionalizar la petición de estudios de coagulación por parte del Servicio de Urgencias  
Aliviar la presión de laboratorio

#### ANALISIS DE CAUSAS

Ajustar a un protocolo la determinación de estas solicitudes

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir la realización de estudios de coagulación innecesarias, hacer sostenible el sistema sanitario, concienciar a los profesionales de la necesidad de racionalizar la demanda de peticiones de pruebas complementarias

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión Servicio de urgencias y Servicio de Hematología

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Dr Giménez Valverde

2. Se valorará durante un mes la situación actual en cuanto al número de estudios de coagulación solicitados por parte del Servicio de Urgencias, comparando con el resto de peticionarios

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 17/11/2022

Responsable.: Dr Latorre Marcellán

3. Revisión bibliografía actualizada y consenso de ambos servicios para la realización de un protocolo de petición de pruebas de coagulación

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 17/11/2022

Responsable.: Dr Giménez Valverde

4. Difusión, sesiones clínicas y material escrito a todos los facultativos que trabajan en el área de urgencias.

Fecha inicio: 21/11/2022

Fecha final.: 21/11/2022

Responsable.: Dra Arribas Entrala

5. Valoración de la respuesta obtenida tras la intervención

Fecha inicio: 21/11/2022

Fecha final.: 21/12/2022

Responsable.: Dr Giménez Valverde

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#246

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE COAGULACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El proyecto se realizará conjuntamente entre los servicios de Hematología y de Urgencias

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Valoración peticiones coagulación pre intervención

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... peticiones coagulación Sº Urgencias pre intervención

Denominador ..... Total de pacientes pre intervención

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos: Base datos hematología

Est.Mín.1ª Mem .. 75.00

Est.Máx.1ª Mem .. 85.00

Est.Mín.2ª Mem .. 65.00

Est.Máx.2ª Mem .. 75.00

##### 2. Valoración peticiones coagulación post intervención

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... peticiones coagulación Sº Urgencias post intervención

Denominador ..... Total de pacientes post intervención

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos: Base datos hematología

Est.Mín.1ª Mem .. 50.00

Est.Máx.1ª Mem .. 70.00

Est.Mín.2ª Mem .. 40.00

Est.Máx.2ª Mem .. 50.00

##### 3. Indicación según protocolo de las peticiones de coagulación pre intervención

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Peticiones de coagulación con indicación pre intervención

Denominador ..... Total de coagulaciones solicitadas pre intervención

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos: Base datos hematología

Est.Mín.1ª Mem .. 50.00

Est.Máx.1ª Mem .. 60.00

Est.Mín.2ª Mem .. 55.00

Est.Máx.2ª Mem .. 65.00

##### 4. Indicación según protocolo de las peticiones de coagulación post intervención

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Peticiones de coagulación con indicación post intervención

Denominador ..... Total de coagulaciones solicitadas post intervención

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos: Base datos hematología

Est.Mín.1ª Mem .. 80.00

Est.Máx.1ª Mem .. 90.00

Est.Mín.2ª Mem .. 80.00

Est.Máx.2ª Mem .. 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#349

### 1. TÍTULO

#### HUMANIZACION EN URGENCIAS Y FLEXIBILIZACION DEL ACOMPAÑAMIENTO

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#349 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VAZQUEZ MENDOZA SONIA MARIA

Título  
HUMANIZACION EN URGENCIAS Y FLEXIBILIZACION DEL ACOMPAÑAMIENTO

Colaboradores/as:  
BONASA ALZURIA M. ELMA  
NAVAMUEL CASTILLO NOELIA  
PUEYO MORER M.JESUS

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Este proyecto nace de la necesidad sentida por parte de usuarios, familiares y equipo asistencial de mejorar la experiencia del paciente durante su atención urgente. Las urgencias del HUMS acogieron durante el año 2021 a 185880 asistencias, de las cuales 124548 fueron atendidas en las urgencias generales es decir, 341 usuarios diarios con todos los espectros de gravedad, desde lo más leve a la patología más grave o más urgente, con el impacto que ello supone en sus familias .  
La pandemia que acabamos de vivir ha incrementado algunos problemas, como la comunicación con paciente y familiares, el bienestar del paciente y el acompañamiento. En estos momentos la mayoría de los pacientes excepto los vulnerables, se encuentran sin acompañante durante el proceso asistencial y una vez pasan a las Salas de Observación, se contacta con los familiares/ cuidadores vía telefónica, una vez al día si no hay incidencias. No hay que olvidar que una vez ingresados, pueden pasar 2-3 días hasta que se les asigne cama, sin poder ver a sus familiares durante este tiempo.  
Consideramos que la flexibilización del acompañamiento y la información presencial, tanto a pacientes como a familiares, es absolutamente imprescindible para mejorar la experiencia del proceso asistencial en la patología urgente / emergente del HUMS. Para ello, se debe hacer partícipe a todo el equipo asistencial, mediante formación en Humanización.  
La Atención Urgente es la tercera vía de asistencia sanitaria que el SALUD pone a disposición de los ciudadanos, junto a la Atención Primaria y la Especializada. Es la puerta de entrada al sistema sanitario de los ciudadanos que precisan atención urgente, pero también de todos aquellos a los que las otras dos vías no les dan la respuesta esperada. Esto implica que se trata de pacientes temerosos por su patología o encrespados con el sistema por la falta de respuesta, en ambos casos más vulnerables que en una consulta cotidiana. Por ello consideramos primordial humanizar la asistencia urgente en el HUMS, mejorando en principio los aspectos que más impacto tienen sobre el bienestar de los usuarios, teniendo en cuenta, que la población diana es la totalidad de los pacientes atendidos.

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1-Formación en Humanización a todos los miembros del equipo asistencial.
- 2-Flexibilización del acompañamiento
- 3-Información a paciente y familiares

#### ANALISIS DE CAUSAS

Acompañamiento e información:

Antes de la pandemia de SARS COV-2, los pacientes estaban acompañados, si lo deseaban, durante el proceso asistencial. Una vez que los que precisaban eran trasladados a la sala de observación, los familiares/cuidadores disponían de cuatro momentos a lo largo del día (9 am, 13 hs, 17 hs y 20 hs) para poder visitar al enfermo. A las 13 hs, se informaba de forma presencial a todos los acompañantes y a los propios pacientes. Durante la pandemia (y hasta este momento) , debido a la restricción de entrada de personas se decidió que los enfermos no pudiesen estar acompañados (excepto los muy vulnerables) y q la información fuese telefónica, lo cual ha creado problemas a todos los niveles, tanto de bienestar del paciente, como de comunicación con los familiares/ acompañantes, como a nivel de los profesionales.  
Esto ha incrementado el número de quejas y, sobre todo, ha disminuido el confort y bienestar de los usuarios.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Se espera mejorar la asistencia de todos los pacientes que acuden a urgencias y de sus acompañantes, aumentando su confort y la confianza en los profesionales.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesiones informativas sobre humanización con representación de los miembros del equipo asistencial  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Dra Bonasa

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#349

### 1. TÍTULO

#### HUMANIZACION EN URGENCIAS Y FLEXIBILIZACION DEL ACOMPAÑAMIENTO

2. Permitir acompañamiento continuo a los pacientes vulnerables

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dra Vázquez

3. Permitir visita de familiares de forma reglada, una vez al día, a todos los pacientes de las salas de observación

Fecha inicio: 15/12/2022

Fecha final.: 15/12/2023

Responsable.: Dra Vázquez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Posteriormente ( en un segundo tiempo) se trabajará sobre el acompañamiento a cualquier paciente que se encuentre en las salas de observación de urgencias .

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Asistencia a sesiones informativas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero total de profesionales que acuden a las sesiones

Denominador .....: Numero total de profesionales

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro de personal y registro de asistentes a sesiones

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

2. Pacientes vulnerables acompañados

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de pacientes vulnerables acompañados

Denominador .....: Numero total de pacientes vulnerables

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: PCH urgencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todos los pacientes atendidos en urgencias

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#383

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#383 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MANERO SOLANAS MARTA

Título  
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN URGENCIAS

Colaboradores/as:  
CASTAN GRACIA ANA TERESA  
DE VAL LAFAJA ALODIA  
GARCES HORNA SILVIA  
LAFARGA MOLINA LAURA  
PES LAGUNA MARIA MAR  
RIOS LAMAS PATRICIA  
ROYO CABEZUDO PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El delirio es un trastorno agudo de la cognición, la atención, la percepción y la conciencia, y tiene efectos adversos graves sobre la mortalidad, los resultados funcionales, la duración de la estancia hospitalaria y la institucionalización.

Según la bibliografía tiene una prevalencia de 7-15% en el servicio de urgencias y se informa que el síndrome confusional agudo (SCA) ocurre en el 10 % al 31 % de los pacientes al ingreso hospitalario hasta en el 29 % durante un episodio hospitalario. Estudios a nivel mundial coinciden en que, aunque es un síndrome prevalente en pacientes de edad avanzada tiene una alta tasa de fracaso en la detección, llegando a un 70% de casos no diagnosticados.

El delirium, es una patología multifactorial prevenible que afecta especialmente a ancianos durante su ingreso, provocando en estos un aumento de la morbilidad y alterando su independencia.

En nuestra unidad son un alto porcentaje los pacientes que permanecen en sala de observación a la espera de ingreso en hospitalización y es por tanto importante, desde el servicio de urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet, trabajar en esta línea y mejorar el manejo del delirio en las salas de observación de urgencias.

#### ÁREAS DE MEJORA

Línea de Seguridad del paciente  
Línea estratégica de mejora de la práctica clínica.  
Salas de observación del servicio de urgencias del HUMS.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El paciente mayor de 65 años representa un subgrupo extenso, creciente y especialmente vulnerable de los usuarios de los servicios de urgencias, tras estancias prolongadas, sufren desorientación temporo espacial.

Análisis DAFO del proyecto  
FORTALEZAS: Tema de interés para equipo de enfermería.  
Importancia en práctica clínica.  
Preocupación de familiares.  
DEBILIDADES: Alta rotación del personal.  
Manejo fluido de PCH.  
Alta carga asistencial.  
OPORTUNIDADES: Implicación transversal  
Inclusión herramienta evaluación PCH e HCE.  
AMENAZAS: Limitación estructural de acompañantes.  
Largas estancias en urgencias a la espera de ingreso.  
Burn out enfermeras

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Potenciar la detección precoz del síndrome confusional agudo en urgencias y dotar al personal de las herramientas para su manejo en las salas de observación de urgencias.

#### Objetivos específicos:

\*Adquirir las competencias necesarias para la detección precoz del síndrome confusional agudo.  
\*Implementar en nuestro programa informático "PCH" la escala de valoración CAM (Confusion Assessment method), escala diagnóstica validada.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#383

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN URGENCIAS

1. Formación del grupo de trabajo y distribución de tareas

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: MARTA MANERO SOLANAS

2. Analizar los conocimientos en el diagnóstico y evaluación y tratamiento del delirio de las enfermeras de urgencias a través de un cuestionario

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: LAURA LAFARGA Y MARTA MANERO

3. Incorporar la escala CAM en nuestro sistema de trabajo informático PCH.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: M.MAR PES, SILVIA GARCES, MARTA MANERO

4. Elaborar una infografía informativa sobre el manejo del síndrome confusional agudo y difundirla en la unidad.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Laura Lafarga, Ana Castan, Pilar Royo, Patricia Rios

5. Impartir sesiones para formar al personal en el manejo del síndrome confusional agudo y motivar en el uso de la escala CAM para su detección y evaluación

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Alodia de Val Lafaja, Ana Castan, Pilar Royo, Patricia Rios.

6. Implementar, desde el punto de vista estructural, una iluminación apropiada y adaptada al momento del día, con relojes y calendarios visibles que minimicen la probabilidad de delirium.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: M.MAR PES, SILVIA GARCES, MARTA MANERO, ALODIA DE VAL

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

TRABAJO MULTIDISCIPLINAR CON COLABORACIÓN ACTIVA ENTRE TODOS LOS COMPONENTES

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. FORMACIÓN DEL PERSONAL DE URGENCIAS EN EL MANEJO DEL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales médicos y de enfermería que reciben sesiones de formación sobre el manejo del síndrome confusional agudo

Denominador .....: Nº de profesionales médicos y de enfermería totales del servicio de urgencias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros propios y GPT

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. DETECCIÓN PRECOZ DEL SINDROME CONFUSIONAL AGUDO

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes mayores de 65 años ubicados en sala de observación que se ha registrado la escala CAM.

Denominador .....: Nº de pacientes mayores de 65 años ubicados en sala de observación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cortes aleatorios cada dos meses, datos registrados en PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Datos recogidos en la unidad, acceso al personal por GPT y convocatorias de sesiones. Registro en PCH, perfil de pacientes y escala CAM

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#383

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN URGENCIAS

parte

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#989

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA ATENCION POR MATRONAS A LA GESTANTE A TERMINO DE BAJO RIESGO EN URGENCIAS DE MATERNIDAD

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#989 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALMUDI ALONSO TERESA

Título  
IMPLANTACION DE LA ATENCION POR MATRONAS A LA GESTANTE A TERMINO DE BAJO RIESGO EN URGENCIAS DE MATERNIDAD

Colaboradores/as:  
CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA  
MARTINEZ NAVARRO PATRICIA  
NAGORE GONZALEZ LEYRE  
SALVADOR SABES BEGOÑA

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS HOSPITAL MATERNO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La matrona es esencial en la asistencia especializada y hospitalaria para llevar a cabo un cuidado integral e individualizado de alta calidad, ya que es el profesional formado específicamente para atender la salud sexual y reproductiva de las mujeres, así como la atención al recién nacido sano hasta el 28 día de vida, teniendo en cuenta las repercusiones tanto en el ámbito familiar como social.  
Entre sus competencias definidas en la Orden SAS/1349/2009 figuran: prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el parto auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados; así como detectar precozmente los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre-hijo durante el mismo, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y seguimiento de éstos, y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas.  
Dado que la gestión de las urgencias de obstetricia en gestantes a término de bajo riesgo es competencia de la matrona, se deduce que ésta es el profesional indicado para realizar la valoración inicial de la misma con signos y síntomas de inicio de trabajo de parto, previo triaje, y la decisión de la procedencia de realizar ingreso hospitalario o alta domiciliaria, así como derivar al facultativo correspondiente en caso de identificarse factores de riesgo asociados.

#### ÁREAS DE MEJORA

La valoración de la gestante de bajo riesgo por parte de la matrona, permite una atención integral a la gestante que consulte por síntomas de inicio de parto a término sin complicaciones, con la pretensión de brindar una asistencia de máxima calidad, seguridad y eficacia, que permita optimizar los recursos y circuitos del centro.  
- Fomento de la continuidad asistencial, con la finalidad de realizar una actuación integral, llevada a cabo por el mismo profesional  
- Acortamiento de los tiempos de espera.  
- Disminución de número de pruebas complementarias realizadas (disminución del número de tests basales previos a exploración ginecológica)  
- Mejora en Educación para la Salud para conseguir reducción del número de visitas a urgencias hospitalarias/paciente.  
- Liberación de carga de trabajo a los facultativos en la atención fisiológica pudiendo éstos disponer de más tiempo para atender la patología obstétrica-ginecológica.  
- Equiparación de las competencias de matrona en la actuación en urgencias obstétricas con respecto a otros hospitales del Servicio Aragonés de Salud .

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Actualmente el triaje, anamnesis, toma de constantes y valoración de realizar RCTG se realiza por la matrona, mientras que el ginecólogo completa el estudio con la exploración ginecológica. De este modo, la variabilidad en los profesionales que brindan atención puede alargar los tiempos de espera, no permitiendo la unificación en un sólo acto de la actuación, afectando a la intimidad y calidad asistencial.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivos Generales:

- Desarrollar las competencias propias de la matrona en la asistencia de la gestante a término de bajo riesgo.
- Asistencia individualizada e integral a la mujer y familia, para lograr un embarazo a término en las mejores condiciones de salud para la mujer y el feto.

##### Objetivos Específicos:

- Favorecer un clima de acogida e intimidad para la gestante y su acompañante de elección.
- Realizar Ingreso o alta según la fase de parto (activa o pasiva) de la gestante tras realizar una valoración
- Proporcionar una adecuada información sobre los circuitos y protocolos del centro.
- Disminuir la ansiedad materna favoreciendo un clima de confianza.
- Informar sobre las actividades y procedimientos a llevar a cabo en cada caso, según las condiciones

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#989

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA ATENCION POR MATRONAS A LA GESTANTE A TERMINO DE BAJO RIESGO EN URGENCIAS DE MATERNIDAD

obstétricas de la gestante  
- Reconocer los principales signos y síntomas de alarma del embarazo para poder actuar en consecuencia.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Definir los criterios de inclusión y de exclusión de las gestaciones de bajo riesgo en equipo multidisciplinar (Ginecólogos y matronas).

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 15/10/2022  
Responsable.: Patricia Martinez Navarro

2. Elaboración de un algoritmo de actuación según situación clínica de la gestante de bajo riesgo que acude a urgencias.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 15/10/2022  
Responsable.: Patricia Martinez Navarro

3. Sesiones formativas para realizar el ingreso en dilatación o planta y el alta a domicilio a través del programa informático PCH

Fecha inicio: 16/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Patricia Martinez Navarro

4. Organizar una reunión con el equipo multidisciplinar, tras cuatro semanas de implantación del protocolo para mejorar puntos débiles y resolver dudas entre los profesionales implicados.

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 15/12/2022  
Responsable.: Patricia Martinez Navarro

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de gestante a término de bajo riesgo dadas de alta a domicilio por matrona

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: nº de gestantes a término de bajo riesgo dadas de alta a domicilio por matrona  
Denominador .....: nº de gestantes dadas de alta a domicilio por matrona o ginecólogo

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: PCH  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

2. % de ingresos en fase activa de parto (cx borrado, dilatación 3-4cm)

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: nº ingresos en fase activa en dilatación realizados por matrona

Denominador .....: nº ingresos totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: PCH  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

3. % de ingresos en fase latente de parto (pródromos, BR, otros motivos)

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: nº ingresos en planta realizados por matrona  
Denominador .....: nº ingresos totales

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: PCH  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#989

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA ATENCION POR MATRONAS A LA GESTANTE A TERMINO DE BAJO RIESGO EN URGENCIAS DE MATERNIDAD

4. % de gestantes a término de bajo riesgo ingresadas en planta o dilatación por matrona

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de gestantes a término de bajo riesgo ingresadas en planta por matrona.

Denominador .....: nº de gestantes a término de bajo riesgo ingresadas en planta por matrona o ginecólogo.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#267

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION PREQUIRURGICA DEL PACIENTE UROLOGICO. ADECUACION DE LOS PERFILES SANGUÍNEOS

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#267 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GIL MARTINEZ PEDRO

Título  
OPTIMIZACION PREQUIRURGICA DEL PACIENTE UROLOGICO. ADECUACION DE LOS PERFILES SANGUÍNEOS

Colaboradores/as:  
BUENO TORRES ANA MARIA  
CARELA ESPIN JOAQUIN  
GARCES SAN JOSE ANA CRISTINA  
GIL SANZ MARIA JESUS  
GIMENEZ ANDREU INES  
HERRANZ ANDRES MARIA PILAR  
SANCHEZ ZALABARDO JOSE MANUEL

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UROLOGIA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*ANESTESIA Y REANIMACIÓN\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En los GRD urológicos quirúrgicos, conforme aumenta la complejidad de la cirugía es mayor el riesgo de morbimortalidad asociada a la misma. Además del riesgo perioperatorio que implica la cirugía en sí misma, existen riesgos derivados de la situación física de cada paciente previa a la intervención.

Ello conlleva especial importancia ante 2 alteraciones preoperatorias en nuestros pacientes:

1. DESNUTRICIÓN, asociada a un aumento de la morbimortalidad postoperatoria y de la estancia hospitalaria de estos pacientes.

2. ANEMIA, asociada a un aumento de la incidencia de infecciones y riesgo de transfusión sanguínea. A su vez, la transfusión sanguínea se asocia, con un efecto dosis dependiente, con un mayor riesgo de infección nosocomial, episodios tromboembólicos, reintervención, reingreso, mayor estancia en UCI y hospitalaria, e incluso mayor tasa de mortalidad postoperatoria.

Es por esto por lo que la prehabilitación quirúrgica tiene una gran importancia y repercusión en los resultados de las intervenciones quirúrgicas. Esta se sirve de intervenciones multimodales en el periodo preoperatorio dirigidas a que el paciente supere la repercusión orgánica que supone la agresión quirúrgica, tanto en el postoperatorio inmediato como a largo plazo.

Por otra parte, la complejidad de la solicitud de estudio preoperatorio (respecto a analítica sanguínea), no debe ser igual para todos nuestros pacientes urológicos, sino que debe estar condicionada a la complejidad del GRD quirúrgico.

#### ÁREAS DE MEJORA

-Disminuir morbimortalidad perioperatorias.  
-Disminución de variabilidad en la solicitud de analítica sanguínea en el preoperatorio.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

-Situaciones de desnutrición y anemia preoperatorias van ligadas a la biología de los GRD quirúrgicos urológicos. Son en gran parte pacientes neoplásicos (riñón, vejiga, próstata), y con posibilidad de sangrado preoperatorio (habitualmente urinario) e intraoperatorio.  
-La variabilidad en la solicitud de pruebas va ligada a la ausencia de estratificación hasta la fecha de los pacientes según el riesgo de desnutrición y anemia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Disminuir situaciones de desnutrición y anemia preoperatorias.  
-Adecuación de solicitud de estudio preoperatorio (perfil sanguíneo, PES) según la complejidad del GRD, disminuir variabilidad en dicha solicitud.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Varias reuniones entre Urología y Anestesia para adecuar la estratificación de pacientes según el riesgo de desnutrición/anemia

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 28/10/2022

Responsable.: José Manuel Sánchez Zalabardo

2. Formación a los profesionales implicados urológicos. Sesiones informativas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#267

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION PREQUIRURGICA DEL PACIENTE UROLOGICO. ADECUACION DE LOS PERFILES SANGUÍNEOS

Fecha inicio: 04/07/2022

Fecha final.: 28/10/2022

Responsable.: José Manuel Sánchez Zalabardo/Pedro Gil Martínez

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se ha consensuado entre Urología y Anestesia, la estratificación de los pacientes con GDR urológicos quirúrgicos. De tal forma que el PES 666 se determinará a los pacientes de mayor morbilidad teórica perioperatoria, PES 501 a los de menor, y el PES 502 a un grupo de morbilidad intermedia.

PES	TIPO DE CIRUGÍA
666	Cistectomía
502	Nefrectomía, prostatectomía, RTU, adenomectomía prostática, nefrolitotomía percutánea, trasplante (receptor y donante vivo)
501	Otras cirugías no incluidas en los anteriores

Las determinaciones sanguíneas que se realizan en cada PES son las siguientes:

PES 666: Hemograma + Coagulación + Bioquímica (glucosa, creatinina, triglicéridos, colesterol HDL, colesterol LDL, bilirrubina total, proteínas totales, albumina, GFR, Cl, Na, K, GGT, GOT, GPT, fosfatasa alcalina, saturación de transferrina, ferritina, PCR (proteína C reactiva), vit B12, vit D, y ac. fólico)

PES 502: Hemograma + Coagulación + Bioquímica (glucosa, creatinina, albumina, GFR, K, saturación de transferrina, ferritina, PCR (proteína C reactiva), vit B12, vit D, y ac. fólico)

PES 501 + coagulación: Hemograma + Bioquímica (glucosa, creatinina, albumina, GFR, K).

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Grado de cumplimiento de la optimización prequirúrgica en Urología

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes a los que se solicita el PES adecuado según riesgo perioperatorio precirugi´a

Denominador .....: Total pacientes operados en Urología

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Revisión HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

#### 2. Efectividad de la optimización prequirúrgica en Urología

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes con transfusio´n de concentrado hematíes perioperatoriamente en pacientes

intervenido por GDR urológicos

Denominador .....: Total pacientes operados en Urología

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Revisión HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 35.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

#### 3. Implantación de la optimización prequirúrgica en Urología

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes con GDR quirúrgicos urológicos optimizados (valoración por Anestesiología y/o endocrinología)

Denominador .....: Pacientes con necesidad de optimización precirugía (anemia, desnutrición)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Revisión HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

#### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: --Otros--> GRS urológicos quirúrgicos

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#740

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION E INTIMIDAD DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#740 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ VALENZUELA ANA ROSA

Título  
MEJORA EN LA ATENCION E INTIMIDAD DEL PACIENTE

Colaboradores/as:  
ALONSO-LEJ PASCUAL RAQUEL MERCEDES  
AMADOR FERNANDEZ DE SIMON BEATRIZ  
GARCIA QUESADA ANA MARIA  
GONZALEZ GARCIA MIRIAM  
PEREZ MORENO BELEN  
SANZ DEL POZO MONICA  
SERRANO LACARRA CONCEPCION

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: UROLOGIA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PTA 4B HG (UROLOGIA)\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
EL PUDOR ES UN HABITO POSITIVO QUE SALVAGUARDA LA INTIMIDAD DE LA PERSONA. ES UNA MANIFESTACION DE LA LIBERTAD HUMANA APLICADA AL PROPIO CUERPO.  
LA MEJORA DE LA INTIMIDAD DE LOS CIUDADANOS EN EL AMBITO SANITARIO PASA POR LA INCORPORACION DE PAUTAS DE COMPORTAMIENTO DE LOS PROFESIONALES, QUE TENGAN PRESENTE AL PACIENTE, NO COMO OBJETO DE CUIDADO SINO COMO PERSONA EN EL AMPLIO SENTIDO DEL TERMINO. EL DERECHO A LA PRIVACIDAD, CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD DE LOS PACIENTES ESTA PERFECTAMENTE RECONOCIDO Y PROTEGIDO POR LA LEGISLACION.  
PARA POSICIONAR LA INTIMIDAD DENTRO DE UN MARCO LEGAL, SE COTEJA COMO UN DERECHO EN EL ARTICULO 18 DE LA CONSTITUCION ESPAÑOLA QUE TRATA LA INTIMIDAD COMO UN DERECHO FUNDAMENTAL DEL INDIVIDUO Y TAMBIEN SE RECOGE COMO UNO DE LOS DERECHOS DEL CIUDADANO EN LA LEY GENERAL DE SANIDAD, 14/1986 DEL 25 ABRIL.  
EL DERECHO A LA INTIMIDAD DEBE SER PRESERVADO DESDE DOS ASPECTOS: LA CONFIDENCIALIDAD O PROTECCION A LOS DATOS RELATIVOS A LA SALUD DEL PACIENTE Y LA PROTECCION DE LA INTIMIDAD PERSONAL QUE TIENE SU PUNTO DE PARTIDA EN LA INTIMIDAD CORPORAL Y LLEGA A LA DEL CONSTRUCTO DE LOS VALORES Y CREENCIAS.  
LA FUNCION DE CUIDAR, PONE AL PROFESIONAL SANITARIO EN CONTACTO CON ASPECTOS DE LA INTIMIDAD, QUE REQUIERE DE UNA SISTEMATICA PROFESIONAL DE APROXIMACION A LA PERSONA CUIDADA. DICHAS ACCIONES HAN DE REALIZARSE DE FORMA COMPARTIDA, ACEPTADA Y EJECUTADA EN CONDICIONES DE INTIMIDAD, ENTRE EL PACIENTE Y EL PROFESIONAL SANITARIO.  
POR LO TANTO, ES PRIMORDIAL ELABORAR PAUTAS QUE PERMITAN CUMPLIR EL OBJETIVO DE LA ADQUISICION DE DESTREZAS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO SIN PERDER RESPETO POR EL ENFERMO.

ÁREAS DE MEJORA  
- PROTECCION DE LA INTIMIDAD PERSONAL Y CORPORAL  
- PROTECCION DE DATOS RELATIVOS A LA SALUD DEL PACIENTE

ANALISIS DE CAUSAS  
- FALTA DE ESPACIO / DESPACHO ADAPTADO PARA INFORMACION A FAMILIARES Y PACIENTES  
- HABITACIONES COMPARTIDAS CON ACOMPAÑANTES  
- FALTA DE CONCIENCIACION DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE EL PUDOR DEL PACIENTE

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
PRINCIPAL:  
- GARANTIZAR EL DERECHO DE LOS PACIENTES RESPECTO A SU INTIMIDAD, CREENCIAS, VALORES Y DIGNIDAD  
ESPECIFICOS:  
- RECONOCER LAS CARACTERISTICAS VINCULADAS CON EL CONCEPTO DE INTIMIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL TENIENDO EN CUENTA EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE Y DEL PERSONAL SANITARIO  
-DESCRIBIR LA PERCEPCION DE INTIMIDAD O PERDIDA DE LA MISMA POR PARTE DE LOS PACIENTES DURANTE LA PRACTICA ASISTENCIAL  
- IDENTIFICAR ACCIONES QUE FAVOREZCAN LA SATISFACCION DE LOS PACIENTES DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL  
- FOMENTAR UNA MAYOR CONCIENCIACION Y SENSIBILIZACION DE LOS PROFESIONALES  
- ADECUACION DE ORGANIZACION FUNCIONAL DEL SERVICIO PARA GARANTIZAR EL RESPETO DEL PACIENTE Y LA PROTECCION A SU PRIVACIDAD

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. COMPOSICION DEL GRUPO DE MEJORA Y REPARTO DE TRABAJO

Fecha inicio: 01/07/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#740

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION E INTIMIDAD DEL PACIENTE

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: ANA ROSA PEREZ VALENZUELA

#### 2. COMUNICACION DEL PROYECTO A LA UNIDAD

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: MONICA SANZ DEL POZO

#### 3. CHARLAS DE CONCIENCIACION AL PERSONAL

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: MIRIAM GONZALEZ GARCIA Y ANA MARIA GARCIA QUESADA

#### 4. CREACION DE LA ENCUESTA

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: RAQUEL MERCEDES ALONSO-LEJ PASCUAL Y CONCEPCION SERRANO LACARRA

#### 5. PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: ANA ROSA PEREZ VALENZUELA

#### 6. IDENTIFICACION DE RECOMENDACIONES ETICAS

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: BEATRIA AMADOR FERNANDEZ DE SIMON Y BELEN PEREZ MORENO

#### 7. REVISION

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: MONICA SANZ DEL POZO Y RAQUEL MERCEDES ALONSO-LEJ PASCUAL

#### 8. EVALUACION FINAL

Fecha inicio: 01/11/2023

Fecha final.: 31/01/2024

Responsable.: MONICA SANZ DEL POZO Y CONCEPCION SERRANO LACARRA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. SATISFACCION DEL PACIENTE EN CUANTO A SU INTIMIDAD. PRIMER PERIODO

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: PACIENTES SATISFECHOS EN CUANTO A SU INTIMIDAD ( SATISFACCION MAYOR A 3)

Denominador .....: NUMERO TOTAL DE PACIENTES ENCUESTADOS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ENCUESTA

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

#### 2. SATISFACCION DEL PACIENTE EN CUANTO A SU INTIMIDAD. SEGUNDO PERIODO

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: PACIENTES SATISFECHOS EN CUANTO A SU INTIMIDAD ( SATISFACCION MAYOR A 4 )

Denominador .....: NUMERO TOTAL DE ENCUESTADOS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ENCUESTA

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

#### 3. PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE SU INTIMIDAD MOSTRADO POR LOS PROFESIONALES

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: PERCEPCION DEL PACIENTE SOBRE LA ACTUACION DE LOS PROFESIONALES ( SATISFACCION MAYOR A 4 )

Denominador .....: NUMERO TOTAL DE ENCUESTADOS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ENCUESTA

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#740

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION E INTIMIDAD DEL PACIENTE

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. CUMPLIMENTACION ENCUESTA  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: NUMERO DE PACIENTES QUE CUMPLIMENTA LA ENCUESTA  
Denominador .....: TOTAL DE PACIENTES INGRESADOS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: ENCUESTA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

5. CHARLAS  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: NUMERO DE CHARLAS REALIZADAS  
Denominador .....: NUMERO DE CHARLAS PROPUESTAS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: CHARLAS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#36

### 1. TÍTULO

#### USO DE ANTIPSICOTICOS EN MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDOS EN PSIQUIATRÍA

Fecha de entrada: 01/06/2022

Nº de registro: 2022#36 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GRACIA GARCIA PATRICIA

Título  
USO DE ANTIPSICOTICOS EN MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDOS EN PSIQUIATRÍA

Colaboradores/as:  
ARILLA ANDRES SANDRA  
BERDUN PE RUT  
CIRIA VILLAR SERGIO  
GONZALEZ CASTRO GEMMA  
IDINI - ESTER  
NOVELLA NEBREDAS SUSANA  
PEREZ POZA ALFONSO

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: USM SECTOR ZARAGOZA II

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La experiencia clínica en nuestra Comunidad (Villagrassa B y col. 2019), de forma consistente con otros estudios, refleja que más del 46% de la población psicogeriatrica está en tratamiento con fármacos antipsicóticos (AP). Este porcentaje es más elevado en personas con demencia (63%), y resulta alarmante en el caso de personas con demencia institucionalizadas (86%). Estos fármacos tienen efectos adversos y riesgos significativos, a los que los ancianos son especialmente vulnerables.

A lo largo de 2019, desde nuestro servicio trabajamos en el Programa de Calidad titulado: USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO (URM) EN PACIENTE PSICOGERIÁTRICO, incluido en los Acuerdos de Gestión Clínica 2019 (596/2019), y colaboramos activamente en el desarrollo del Protocolo: "RECOMENDACIONES PARA EL USO DE FÁRMACOS ANTIDEMENCIA Y ANTIPSICÓTICOS EN DEMENCIA", desarrollado por consenso en un grupo de trabajo multidisciplinar y aprobado por la Comisión del URM del Sector Zaragoza II.

El programa actual se inscribe dentro de la Línea Estratégica 2 (garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de Salud Mental) del Plan de Salud Mental 2017-2021 del Gobierno de Aragón, desarrollando el Proyecto número 11 (Psicogeriatría). Este programa permite desarrollar dos de las acciones señaladas dentro de esta línea: desarrollo de un programa de atención a mayores de 65 años con enfermedad mental, y protocolizar la atención para síntomas psiquiátricos y de conducta en pacientes con demencia (SPCD).

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Uso Racional del Medicamento
2. Monitorización AP tras prescripción
3. Reducir contención química

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Uso de fármacos AP fuera de indicación
2. Uso indefinido fármacos AP
3. Uso generalizado de AP en pacientes con demencia, especialmente en ámbito institucional

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1) Evaluación de la práctica clínica habitual respecto al uso de AP en mayores de 65 años en diferentes dispositivos del Servicio de Psiquiatría, diferenciando específicamente su indicación en el tratamiento de SPCD respecto a otras indicaciones.
- 2) Difusión del protocolo: "RECOMENDACIONES PARA EL USO DE FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS EN DEMENCIA", aprobado por la Comisión del URM del Sector Zaragoza II.
- 3) Adecuación progresiva de la práctica clínica a los criterios establecidos en el protocolo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Evaluación del uso de AP en personas mayores de 65 años en la práctica clínica en diferentes secciones del Servicio de Psiquiatría (registro de prescripciones)

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: todo el equipo

2. Valoración de la adecuación del uso de Antipsicóticos en esta población a los criterios definidos en el protocolo aprobado por la Comisión de URM del Sector II

Fecha inicio: 01/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#36

### 1. TÍTULO

#### USO DE ANTIPSICOTICOS EN MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDOS EN PSIQUIATRÍA

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: PGG, SVC, SAA

3. Presentación y discusión de resultados en sesión del servicio psiquiatría

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: PGG

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Registro prescripción AP en mayores 65 años

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Facultativos que registran su actividad

Denominador .....: Facultativos con capacidad de prescripción en mayores

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

2. Grado de adecuación prescripción AP en demencia a protocolo sector II

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Prescripciones de acuerdo a indicación (sindrómica)

Denominador .....: Número de pacientes con demencia en tratamiento AP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

3. Presentación resultados en reunión de facultativos del servicio

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de facultativos con capacidad prescripción en mayores asistentes a reunión

Denominador .....: Número de facultativos con capacidad prescripción en mayores en el servicio psiquiatría

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Lista asistencia sesiones clínicas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#82

### 1. TÍTULO

#### TERAPIA GRUPAL PARA MANEJO DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR ZARAGOZA II

Fecha de entrada: 10/06/2022

Nº de registro: 2022#82 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RIPALDA ROVIRA MARIA DOLORES

Título  
TERAPIA GRUPAL PARA MANEJO DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR ZARAGOZA II

Colaboradores/as:  
AZNAR LAPUENTE MIRIAM  
BLASCO TOMAS MARIA ISABEL  
CANTIN EMPERADOR ESTRELLA  
CARBON SANDOVAL ALEJANDRO  
CLEMENTE MARTINEZ LAURA  
SERRANO ALCOLEA MIRIAN

Ubicación principal del proyecto.: H MIGUEL SERVET

Servicio/Unidad principal .....: USM SECTOR ZARAGOZA II

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los trastornos de ansiedad representan uno de los problemas de salud más importantes en nuestro país. En las USM de nuestro sector, se ha observado un notable aumento en la demanda asistencial por Trastornos de ansiedad tras la pandemia por Covid-19, lo que incrementa la demora en primeras visitas, el aumento de tiempo entre consultas y el malestar emocional de los pacientes afectados. Se propone la creación de un grupo de gestión y manejo de ansiedad, a cargo de Enfermería de Salud Mental. Se propone la creación de este grupo a cargo de Enfermeras Especialistas en Salud Mental porque:

- el trabajo de la Enfermera de Salud Mental, se conjuga entre dos aspectos del conocimiento: el ámbito científico de las ciencias de la salud y el ámbito humanista de las ciencias sociales, lo que la capacita para el desarrollo de una atención integral y holística de la persona y su entorno, así como educar en materia de salud mental a personas, familias, grupos y comunidades.
- la clasificación de intervenciones enfermeras (NIC), incluye, entre otras: Terapia de grupo (NIC: 5450), Grupo de apoyo (NIC: 5430), Enseñanza: grupo (NIC: 5604), Terapia de relajación (NIC: 6040), Mejorar el afrontamiento (NIC: 5230), Educación para la salud (NIC 5510)... lo que capacita a las Enfermeras de Salud Mental a liderar este tipo de grupos

Características del grupo:

- Número de personas: entre 6 y 12 pacientes con diagnóstico de Trastorno de ansiedad, derivados por Psiquiatría y/ o Psicología Clínica de las USM del sector Zaragoza II
- Desarrollo: en seis sesiones, con una frecuencia de una /por semana con una duración de 90 minutos. (Guía de práctica clínica para el tratamiento de Trastorno de ansiedad generalizada Servicio Andaluz de Salud. 2015)
- Metodología: será dirigido por un/a Enfermero/a Especialista en Salud Mental, entrenada en terapia grupal, así como un/a coterapeuta, también Enfermero/a Especialista en Salud Mental. Las intervenciones se basan en los principios de la terapia cognitivo-conductual. Constará de una parte teórica, psicoeducación y educación para la salud (NIC: 5510), y de una parte práctica: ejercicios de respiración, técnicas de relajación... (NIC: 5880)
- Estilo de grupo terapéutico: Liderazgo democrático, desde el que se potencia la bidireccionalidad comunicativa, valorando positivamente la importancia del compromiso de la propia persona para solucionar su problema de ansiedad
- Lugar de realización: USM del sector Zaragoza II. Ante la falta de espacios para desarrollar este tipo de actividades en dichas USM, se propone y se pide un espacio en HUMS para poder llevarlo a cabo

Se elige el hacer un grupo, en lugar de sesiones individuales de relajación porque es efectivo y eficiente respecto a las sesiones individuales, además reduce la frecuencia de demanda de las visitas. Se plantea como tratamiento para la reducción de ansiedad, pudiendo ser tratamiento complementario del tratamiento farmacológico y/o sesiones de psicoterapia individual

#### ÁREAS DE MEJORA

Gestión y manejo efectivo de la demanda asistencial por Trastornos de ansiedad  
Disminución del tiempo de atención a estos trastornos  
Implicación de la Enfermería Especialista en Salud Mental

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Se ha evidenciado un aumento de la presencia en nuestras USM de este tipo de trastornos. Se genera lista de espera, incluso de meses en la atención en primeras visitas y visitas de seguimiento. La Enfermería Especialista en Salud Mental se sitúa como referente del paciente, desarrollando una relación terapéutica que lo ayuda a cumplir sus objetivos de mejora en cuanto a su salud mental, incidiendo en hábitos de vida saludables y mejora del afrontamiento de sus problemas de ansiedad.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#82

### 1. TÍTULO

#### TERAPIA GRUPAL PARA MANEJO DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR ZARAGOZA II

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Dar herramientas para manejar situaciones de ansiedad, haciendo partícipes a los integrantes del grupo de su propio autocuidado
2. Disminuir la probabilidad de recaídas, a través de la psicoeducación y la educación para la salud
3. Favorecer una reducción de los niveles de ansiedad basal que permitan a la persona retomar su actividad habitual, sus relaciones interpersonales y un estilo de vida saludable

##### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

###### 1. Creación del equipo de trabajo

Fecha inicio: 25/05/2022

Fecha final: 01/06/2022

Responsable.: MARÍA DOLORES RIPALDA ROVIRA

###### 2. Elaboración y desarrollo del programa, preparación del material de trabajo

Fecha inicio: 08/06/2022

Fecha final: 28/09/2022

Responsable.: EQUIPO DE TRABAJO

###### 3. Elaboración de un registro de usuarios candidatos y derivaciones recibidas

Fecha inicio: 27/07/2022

Fecha final: 05/10/2022

Responsable.: EQUIPO DE TRABAJO

###### 4. Elaboración de cuestionarios de evaluación para valorar nivel de ansiedad pre y post intervención

Fecha inicio: 27/07/2022

Fecha final: 28/09/2022

Responsable.: EQUIPO DE TRABAJO

###### 5. Realización de entrevistas individuales para valorar pertinencia de la inclusión al grupo y resolución de dudas

Fecha inicio: 27/07/2022

Fecha final: 28/09/2022

Responsable.: EQUIPO DE TRABAJO

###### 6. Contacto con usuarios incluidos para la tarea

Fecha inicio: 28/09/2022

Fecha final: 19/10/2022

Responsable.: EQUIPO DE TRABAJO

###### 7. Realización de la actividad grupal

Fecha inicio: 19/10/2022

Fecha final: 15/06/2023

Responsable.: EQUIPO DE TRABAJO

##### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

##### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

###### 1. Previsión número de grupos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de grupos realizados

Denominador .....: Número de grupos previstos a realizar

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

###### 2. Previsión de número de participantes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de participantes

Denominador .....: Número de pacientes previstos a participar

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#82

### 1. TÍTULO

#### TERAPIA GRUPAL PARA MANEJO DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR ZARAGOZA II

##### 3. Reducción del nivel de ansiedad

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes con reducción de al menos 5 puntos en su nivel de ansiedad

Denominador .....: Número de pacientes participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Escala GAD-7

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 4. Satisfacción de los participantes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes satisfechos con la actividad realizada

Denominador .....: Número de pacientes participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#239

### 1. TÍTULO

#### AVANZANDO EN PROA AP: PROGRAMA DE MEJORA DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP ALAGON

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#239 \*\* IRAS PROA \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ESCRICHE ROS ROCIO

Título  
AVANZANDO EN PROA AP: PROGRAMA DE MEJORA DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP ALAGON

Colaboradores/as:  
GABAS BALLARIN M. PILAR  
LONGARES ALVAREZ CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALAGON

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALAGON

Línea estratégica: IRAS PROA

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dentro de los objetivos estratégicos del Departamento de Sanidad, se encuentra la estrategia de Seguridad del paciente que recoge el programa integral de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y la optimización del uso de antibióticos (IRASPROA). Desde 2018 se comenzó a trabajar con todos los equipos de Atención Primaria y se consiguió la firma de la adhesión a los principios de buen uso de los antibióticos, con el paréntesis que ha supuesto la pandemia derivada del SARS-CoV-2, debemos seguir trabajando y dar continuidad a este proyecto para una correcta utilización de los antimicrobianos.

Los objetivos IRASPROA para el 2022 son :

- Analizar la prescripción de antibióticos relacionados con diagnóstico de patología respiratoria.
- Proponer actividades de mejora para problemas en el uso de antibióticos: faringoamigdalitis aguda, bacteriuria asintomática, úlceras por presión e infecciones bucodentales.
- Sesiones de formación con los responsables PROA de los equipos.
- Avanzar en la incorporación de herramientas de ayuda a la prescripción.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Monitorización del uso de antibióticos totales y macrólidos.
- Mejorar la utilización de antibióticos en bacteriuria asintomática.
- Formación específica dirigida a los profesionales del EAP.
- Divulgación sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes a través del consejo de salud de la zona con apoyo de material gráfico.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Uso de antibióticos con margen de mejora: antibióticos totales y macrólidos.
- Prescripción inadecuada (falta de formación específica entre facultativos) y automedicación entre usuarios (falta de conciencia sobre resistencias bacterianas).

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Seguir promoviendo el uso adecuado de antibióticos entre los profesionales de Atención Primaria y entre los pacientes, mejorando la adecuación de su prescripción y uso.
- Monitorizar la utilización de antibióticos de los profesionales a través de indicadores claves que ayuden al control de las resistencias bacterianas.
  - Promover un uso adecuado por parte de la población, aportando material informativo respecto al uso de los mismos y el significado de la resistencia bacteriana.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Presentación del proyecto en reunión del Consejo de Salud de la zona y solicitar la posibilidad de difusión de material impreso a través de farmacias, asociaciones y comarca.

Fecha inicio: 23/06/2022

Fecha final: 30/06/2022

Responsable.: M.Pilar Gabás Ballarín

2. Elaboración del material

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: M.Pilar Gabás Ballarín, Rocío Escriche Ros, Cristina Longares Álvarez

3. Difusión del material en Centro de Salud y entre usuarios del SNS.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final: 22/12/2022

Responsable.: M.Pilar Gabás Ballarín, Rocío Escriche Ros, Cristina Longares Álvarez

4. Sesión al EAP. Avanzando en IRASPROA: utilización de antibióticos en AP 2021 y objetivos PROA-AP para

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#239

### 1. TÍTULO

#### AVANZANDO EN PROA AP: PROGRAMA DE MEJORA DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP ALAGON

2022. Herramientas de ayuda a la prescripción.

Fecha inicio: 04/10/2022

Fecha final.: 04/10/2022

Responsable.: M.Pilar Gabás Ballarín

5. Sesión al EAP. Bacteriuria asintomática. Revisión de manejo e ideas clave.

Fecha inicio: 07/03/2023

Fecha final.: 07/03/2023

Responsable.: Cristina Longares Álvarez

6. Sesión al EAP. Infecciones de piel y partes blandas.

Fecha inicio: 09/05/2023

Fecha final.: 09/05/2023

Responsable.: Rocío Escriche Ros

7. Recogida de datos , elaboración de memoria y emisión de conclusiones.

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.:

Responsable.: M.Pilar Gabás Ballarín, Rocío Escriche Ros, Cristina Longares Álvarez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Siguiendo las directrices de IRASPROA y PROA-AP, se plantean una serie de actividades en función de nuestros objetivos:

- Monitorización del uso de antibióticos con margen de mejora: antibióticos totales y macrólidos.
- Mejorar la utilización de antibióticos en Bacteriuria asintomática.
- Formación específica dirigida a los profesionales del EAP. Se programarán 3 sesiones anuales sobre la utilización de Antibióticos en AP 2021 con los objetivos PROA para AP en 2022, la identificación de garrapatas de interés médico: incorporación de una buena herramienta diagnóstica en el laboratorio de microbiología y su utilidad en AP, la bacteriuria asintomática e infecciones de piel y partes blandas.
- Realización de sesión informativa sobre el uso adecuado de antibióticos a pacientes a través del consejo de salud de la zona.
- Elaboración de material sobre uso adecuado de antibióticos a pacientes y su divulgación a través de oficinas de farmacia y el Consejo de Salud.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicador de divulgación entre profesionales

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº profesionales sanitarios del EAP de Alagón que reciben información gráfica sobre las indicaciones del uso de antibióticos

Denominador .....: Nº total de profesionales sanitarios adscritos al EAP

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro de entrega de material gráfico en centro de salud

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Indicador de participación en sesiones formativas a profesionales

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº profesionales sanitarios del EAP de Alagón que participan en las sesiones formativas

Denominador .....: Nº total de profesionales sanitarios adscritos al EAP

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Actas sesiones clínicas del centro

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Indicador de divulgación entre pacientes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de trípticos informativos repartidos a los usuarios en oficinas de farmacia y asociaciones de la ZBS de Alagón

Denominador .....: Nº de trípticos emitidos

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro de entrega de material gráfico en oficinas de farmacia y asociaciones ZBS Alagón

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#239

### 1. TÍTULO

#### AVANZANDO EN PROA AP: PROGRAMA DE MEJORA DE USO DE ANTIBIOTICOS EN EL EAP ALAGON

##### 4. Indicador de participación comunitaria

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de oficinas de farmacia de la ZBS de Alagón adscritas al reparto de material informativo.

Denominador .....: N° de oficinas de farmacia de la ZBS de Alagón

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Oficinas de farmacia

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 5. Indicación de adecuación en prescripción de macrólidos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° macrólidos prescritos de forma adecuada entre el EAP Alagón

Denominador .....: N° total de macrólidos prescritos en el EAP Alagón

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Farmacia Sector III/OMI AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#265

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE INTERVENCION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALAGON

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#265 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GABAS BALLARIN M. PILAR

Título  
PROGRAMA DE INTERVENCION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALAGON

Colaboradores/as:  
ESCRICHE ROS ROCIO  
GARAYOA IRIGOYEN BEATRIZ  
LONGARES ALVAREZ CRISTINA  
MARIN IZAGUERRI MARIA PILAR  
MILLAN VALERO SILVIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALAGON

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALAGON

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La carga asistencial y el gasto de recursos sanitarios materiales y humanos que generan los centros sociosanitarios es una constante en la práctica clínica diaria. Según los últimos datos disponibles de 2021, la población de nuestra ZBS asciende a 15833 pacientes, con más de una cuarta parte de pensionistas (25.3%) y un alto grado de dispersión (G3). En nuestro medio se encuentran adscritos nueve centros sociosanitarios (ubicados en Urrea de Jalón, Remolinos, Figueruelas, Grisén, Cabañas de Ebro, Pedrola y tres en la localidad de Alagón), con un total de 667 internos a su cargo, un 4.3% de la población de la ZBS. Tratándose de pacientes con pluripatología crónica, la mayor parte de ellos en situación de dependencia y con grandes necesidades de cuidados y supervisión. El devenir económico de nuestro país, influenciado por la situación originada por la pandemia derivada del SARS-CoV-2, ha supuesto una merma en estos centros, la mayoría con personal insuficiente y en un alto porcentaje de casos con escasa capacitación, lo que se traduce en una demanda de asistencia continuada en crecimiento exponencial.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Alta demanda de atención médica y enfermería en Atención Continuada por patologías no urgentes.
- Mejoría de la higiene de los ancianos, en cuanto a cuidados básicos ( secreciones, piel , vías respiratorias, vías genitourinarias, hidratación, alimentación...)
- Mejoría en el manejo de patología crónica no agudizada.
- Mejoría en la identificación de patología aguda o descompensación.

#### ANALISIS DE CAUSAS

En un alto porcentaje de casos, dicha demanda atiende a la ausencia de capacitación de manejo para cuidados básicos de los internos, objetivando higiene deficitaria y manejo erróneo en cuanto a patología crónica, por lo que planteamos un programa de intervención en estos centros dirigido al personal auxiliar, atendiendo al manejo de cuidados básicos y correcta valoración de patología crónica basal, lo que permitiría una mayor estabilidad clínica entre los internos, y una identificación precoz óptima de situaciones de descompensación o patología aguda.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Mejorar la capacitación del personal de los centros sociosanitarios en cuanto a cuidados básicos de los internos, atendiendo a:
  - Medidas básicas de higiene: adecuación de manejo de secreciones respiratorias, cuidados de la piel, correcto mantenimiento de sondas vesicales, ostomías y dispositivos de nutrición enteral.
  - Cambios posturales en pacientes encamados y manejo básico de úlceras por presión.
  - Control de patología crónica con adecuación de valoración de constantes en función de patología de base.
  - Identificación inicial de situaciones de descompensación o patología aguda.
2. Mejorar la respuesta inicial y valoración en situaciones agudas como las hipoglucemias, fiebre, insuficiencia respiratoria o agitación nocturna.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Contacto con el personal directivo de los centros sociosanitarios de nuestra ZBS para presentar nuestro proyecto y en caso de aceptación, firmar adhesión al programa.

Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#265

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE INTERVENCION EN CENTROS SOCIOSANITARIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALAGON

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: PILAR GABÁS, ROCIO ESCRICHE, CRISTINA LONGAS Y MARIA PILAR MARIN

2. - Elaboración de material esquemático para entregar al personal auxiliar que acude a las sesiones formativas y para la dirección del centro sociosanitario.

- Preparación presentaciones power point.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: BEATRIZ GARAYOA , SILVIA MILLAN , CRISTINA LONGÁS , MARIA PILAR MARIN, ROCIO ESCRICHE Y PILAR GABÁS

3. - Impartición de sesiones formativas en los centros sociosanitarios.

- Encuesta de satisfacción sobre la actividad.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: BEATRIZ GARAYOA , SILVIA MILLAN , CRISTINA LONGÁS , MARIA PILAR MARIN, ROCIO ESCRICHE Y PILAR GABAS

4. - Analisis de la actividad. Resultados. Memoria del proyecto.

-Valorar respuesta por el EAP .

-Informar de los resultados al EAP y al CS de la ZBS de Alagón.

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: BEATRIZ GARAYOA , SILVIA MILLAN , CRISTINA LONGÁS , MARIA PILAR MARIN, ROCIO ESCRICHE Y PILAR GABAS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

En septiembre 2022 se contactará con las direcciones de los centros sociosanitarios para la presentación del programa y la firma de adhesión al programa. En octubre y noviembre se elaborará el material y se programarán las sesiones formativas en los centros con el fin de impartirlas entre diciembre de 2022 y abril de 2023.

En mayo y junio de 2023 llevaremos a cabo el análisis de resultados, elaboración de la memoria y presentación de conclusiones al EAP y al Consejo de Salud de la ZBS.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicador de adhesión a programa formativo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de centros que se adhieren a la propuesta

Denominador .....: Número total de centros sociosanitarios de la ZBS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Intranet Area III

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Indicador de repercusión en demanda asistencial

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Demanda asistencial desde residencias en atención continuada tras sesiones formativas

Denominador .....: Total demanda asistencial previa a sesiones formativas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agendas OMI atención continuada

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Encuesta de satisfacción entre participantes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de participantes satisfechos

Denominador .....: Número total de participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas a personal sociosanitario participante en las sesiones formativas

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Análisis de la actividad y respuesta por parte del EAP y Consejo de Salud de la ZBS.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de valoraciones positivas de los miembros del EAP y Consejo de Salud de

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#265

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE INTERVENCION EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALAGON

la Zona  
Denominador .....: Número de miembros del EAPy Consejo de salud concedores del proyecto.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Reuniones con el EAP y CS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> DEFICIENTE MANEJO PARA CUIDADOS BASICOS EN EL ANCIANO RESIDENTE EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS DE LA ZBS

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#507

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN C.S.ALAGON, DIRIGIDA A PERSONAS MAYORES CON UN ESTILO DE VIDA SEDENTARIO Y/O PATOLOGÍA CRÓNICA

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#507 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BLASCO CASTELLO LUCIA CONSUELO

Título  
RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN C.S.ALAGON, DIRIGIDA A PERSONAS MAYORES CON UN ESTILO DE VIDA SEDENTARIO Y/O PATOLOGÍA CRÓNICA

Colaboradores/as:  
DUCAR LEGUA JUAN ANTONIO  
LATRE NAVARRO BLAS  
ALONSO SANCHEZ MARTA  
LUÑO GARCIA BENITO LUIS  
OLLERO ORTIGAS ANDRES  
SANAGUSTIN RIAZUELO ALFONSO

Ubicación principal del proyecto.: CS ALAGON

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALAGON

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la Estrategia de Atención Comunitaria en Atención Primaria del departamento de Sanidad de Aragón en su introducción establece que uno de los objetivos es el reducir el proceso de medicalización frente a situaciones de la vida cotidiana, fomentando la autonomía de las personas usuarias del sistema sanitario utilizando la recomendación de activos comunitarios para la salud, y el abordaje multidisciplinar e intersectorial orientado a los determinantes, facilitando así que las personas y comunidades dispongan de los medios para mejorar la salud y ejercer mayor control sobre la misma.

Los activos para la salud aportan una visión salutogénica y positiva a la Estrategia de Atención Comunitaria y se nos mostrarían como recursos generales de resistencia para superar las dificultades frente a la desigualdad y esenciales para articular la búsqueda de capacidades y habilidades hacia lo que genera salud, mejora la estima y empoderamiento individual y colectivo, y en consecuencia menor dependencia del sistema sanitario. La Zona Básica de C.S. Alagón, según datos de la Agenda comunitaria en 2018 contaba con una población/TIS de 15598, con un crecimiento neto del 0,87% respecto al año 2017. El 13,04% de la población tiene menos de 15 años y el 20.86 % más de 65 años , el 11,75 % de la población es extranjera y tiene una tasa de desempleo de 22.48%. ( según datos del Atlas de Salud de Aragón).

Cubre una extensión de 302,18 Km<sup>2</sup> y tiene una densidad de población de 51,6 habitantes por km<sup>2</sup>.

Las poblaciones están englobadas en dos comarcas:

-Comarca Ribera Alta del Ebro.

-Comarca de Valdejalón.

Tras un análisis de la situación y priorización de problemas en la zona por un grupo motor se pone de manifiesto que :

Las tasas de Morbilidad, de obesidad, sobrepeso , hta, diabetes , etc.. son elevadas y teniendo en cuenta que podemos actuar sobre los determinantes de Salud, LOS ESTILOS DE VIDA y como un factor negativo es el sedentarismo, se realiza este proyecto de recomendación de activos comunitarios orientados al ejercicio físico, Y A LA INTRODUCCIÓN DE LOS RECURSOS COMUNITARIOS EN EL BUSCADOR DE ACTIVOS, BLOG DE LA ESTRATEGIA COMUNITARIA DE ARAGÓN .

#### ÁREAS DE MEJORA

-Recursos. Visualización de los recursos comunitarios.

-Mejora en la Organización y funcionamiento del equipo en relación al servicio de atención comunitaria.

-Satisfacción del paciente.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En la actualidad en nuestro C.S. De Alagón se creó la Agenda Comunitaria en 2018 y hay creado grupo motor de Comunitaria, pero no hay visualizado ningún recurso (Recomendación de activos en el blog de la estrategia comunitaria de Aragón).

Algunos profesionales no conocen la estrategia comunitaria ni funcionamiento del blog de atención comunitaria de Aragón.

La participación del paciente en sus cuidados en el modelo actual es prácticamente nulo, con este proyecto pretendemos hacer participe al paciente de su mejoría y por consiguiente que se encuentre más satisfecho.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-IMPLICAR a todo el equipo de Atención Primaria en la recomendación de activos existentes en nuestra zona de Salud

-VISUALIZAR LOS RECURSOS COMUNITARIOS RELACIONADOS CON EL EJERCICIO, Implicar a las comarcas y ayuntamientos para que introduzcan las actividades relacionadas con el ejercicio en la herramienta buscador de activos comunitarios.AL MENOS DOS

-MEJORAR LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#507

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN C.S.ALAGON, DIRIGIDA A PERSONAS MAYORES CON UN ESTILO DE VIDA SEDENTARIO Y/O PATOLOGÍA CRONICA

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. reuniones con el Equipo de atención Primaria y grupo motor para informarles DE LA ESTRATEGIA COMUNITARIA Y del proyecto para obtener compromiso por parte de ellos y con el Consejo de Salud  
Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final.: 29/09/2022  
Responsable.: L.Consuelo Blasco castelló

2. reunión equipo motor y equipo del centro y consejo salud para identificar actividades y se diseñaran y consensuaran criterios de selección(proponemos criterios del proyecto EIRA)  
Fecha inicio: 29/09/2022  
Fecha final.: 17/10/2022  
Responsable.: Benito Luño Garcia y L Consuelo Blasco

3. Se contactará con los responsables de las actividades seleccionadas para caracterizarlas., se rellenará una ficha con datos precisos para acabar de determinar si cumple con los criterios de selección  
Fecha inicio: 30/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Marta Alonso Sanchez y Juan Antonio Ducar

4. El Grupo Motor seleccionará entre 2/4 actividades para visualizarlas en la Web de la Alianza salud Comunitaria y el Buscador de activos, contactará con los responsables para que la registren en la web  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 07/11/2022  
Responsable.: Blas Latre Navarro y Juan Antonio Ducar

5. Se formalizará el compromiso con comarcas y ayuntamientos que realizan la actividad y la metodología con el interlocutor de la actividad , la recomendación de activos se plasmará en la A.C.  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 11/11/2022  
Responsable.: Alfonso Sanagustin Riazuelo

6. Se establecerá un mecanismo de seguimiento de la asistencia de la población derivada.( se tendrá en cuenta la asistencia, a través de OMI-AP y registros del activo recomendado  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Blas latre y Juan Antonio Ducar

7. Se establecerá un mecanismo para que los agentes comunitarios responsables reconozcan a los ciudadanos derivados tipo p10. A través de la hoja de derivación de historia clínica de OMI\_AP.  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Marta Alonso Sanchez

8. Se realizará una sesión al Equipo de A.P. para informar como se va a organizar todo, difundir, visibilizar los activos y registro en OMI -AP.  
Fecha inicio: 04/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Benito Luño y Marta Alonso

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La visualización de las actividades se realizará a la comunidad por cartelería, redes sociales ,etc.  
Esta recomendación de EJERCICIO a través de actividades que se hallan introducido en el Buscador de Activos, se llevará acabo en todas las consultas de Atención primaria del C.S. Alagón en el contexto de la entrevista motivacional con el paciente

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % DEL desarrollo de las actividades en su tiempo previsto  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de actividades realizadas  
Denominador .....: total de actividades previstas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Actas del grupo motor  
Actas del equipo, Actas del consejo de salud, historia clinica OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. Aceptación de los profesionales



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#507

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN C.S.ALAGON, DIRIGIDA A PERSONAS MAYORES CON UN ESTILO DE VIDA SEDENTARIO Y/O PATOLOGÍA CRÓNICA

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de los profesionales del equipo que han asistido a la reunión informativa  
Denominador .....: Total de profesionales del equipo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: actas del equipo  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Aceptación de la recomendación de la actividad por el paciente

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de personas que realizan la actividad  
Denominador .....: total de personas que se les prescribe la actividad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: historia clinica OMI y registro del activo recomendado  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

4. Grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes satisfechos  
Denominador .....: total de pacientes que realizan la actividad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clinica, encuesta de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación a evaluación del desarrollo de las actividades, al inicio, mitad y final del proyecto, se realizará los meses de septiembre del año 2022, enero y julio del siguiente año.

Una vez realizada la evaluación de los resultados, en el mes de julio (de los años 2023-24), se realizará la memoria y la comunicación al equipo y al consejo de salud de los resultados en el mes de septiembre. Posteriormente, se comunicará a la población que ha participado utilizando técnicas grupales de dinamización y al resto de población usando redes sociales, siendo en octubre y noviembre cuando se realice. Este proyecto finalizará en el año 2024..

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#568

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE CIRUGÍA MENOR EN EL EAP ALAGON

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#568 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALONSO SANCHEZ MARTA

Título  
IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE CIRUGÍA MENOR EN EL EAP ALAGON

Colaboradores/as:  
BLASCO CASTELLO LUCIA CONSUELO  
CASBAS BAZAN ANDREA  
DURA GALIANA PALOMA  
LUÑO GARCIA BENITO LUIS  
PUYUELO SALLAN MONTSERRAT  
TRINCHAN FERNANDEZ PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS ALAGON

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALAGON

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En nuestro país, la cirugía menor, se encuentra expresamente incluida como prestación sanitaria del SNS en el ámbito de la AP desde 1995 ( Real Decreto 63/1995/20 enero sobre la ordenación de prestaciones sanitarias del SNS). Así pues la cirugía menor, está englobada en la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actuación.

En la mayoría de las Autonomías del estado español se practica, con distinta implantación, la cirugía menor en los centros de salud. Según los datos ministeriales, la CM es muy heterogénea en cuanto a la protocolización, criterios de definición y de contenidos, registro de datos de la actividad y de los resultados.

La cirugía menor incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas.

Por todo ello, nos ha parecido oportuno en nuestro equipo la homogeneización de la actividad y la mejor asistencia a la población diana

Se trata pues de actuaciones que incluyen procedimientos quirúrgicos y otras intervenciones fáciles de realizar y que no requieren una gran preparación previa por parte del paciente. Se realizan en tejidos superficiales, fundamentalmente sobre la piel. No precisan instrumental quirúrgico sofisticado, se hacen bajo anestesia local, lo que disminuye aún más, el escaso riesgo que conllevan las técnicas quirúrgicas.

Todo ello se traduce en la baja posibilidad de aparición de complicaciones intra o post operatorias importantes.

Estas intervenciones pueden dar respuesta a demandas frecuentes, urgentes o no, en las consultas de atención primaria, que en nuestro medio, son derivadas generalmente a la atención especializada. Ello conlleva :

-Proporcionar al usuario un servicio más rápido ( sin lista de espera) y accesible ( sin necesidad de desplazamientos)

-Aumentar la capacidad resolutoria de los profesionales de Atención Primaria

-Mejorar la eficiencia de la prestación sanitaria

#### ÁREAS DE MEJORA

En nuestro medio sector la implantación de las consultas monográficas es todavía muy baja debido a distintos factores entre los que pueden influir:

-Inadecuación de medios material / espacio físico para realizar la actividad quirúrgica

-Insuficiente interrelación con otras especialidades implicadas ( dermatología, cirugía, traumatología...entre otras)

-Dificultades de los profesionales para asumir la CM debido a motivos tales como ; elevada presión asistencial, falta de reconocimiento institucional, falta de organización de la actividad o la falta de formación continuada al respecto

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

-con la creación de los centros de salud no se estableció una zona específica para crear una sala de cirugía menor y actualmente no se dispone en nuestro centro de salud de zona específica, la tenemos habilitada en la sala de urgencias

-el material quirúrgico suministrado a través suministros es insuficiente

-la alta demanda por parte de los pacientes hace que la comunicación con especialistas de otros niveles asistenciales se haga difícil, incluso a veces, inexistente

-la implicación de los profesionales es escasa, debido a la falta de formación continuada y al escaso reconocimiento o incentivación por parte de las administraciones sanitarias

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1.organizar un circuito de derivación de pacientes desde la consulta de enfermería/medicina a la consulta monográfica de cirugía menor

2.Integrar procedimientos de cirugía menor ambulatoria en la actividad médica habitual del EAP de Alagón

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#568

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE CIRUGÍA MENOR EN EL EAP ALAGON

3. Mejora la calidad del servicio al paciente, brindando mayor accesibilidad a los procedimientos de CM  
4. Proporcionar habilidades y herramientas básicas a los profesionales sanitarios del EAP

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión de equipo para explicar en qué consiste una consulta monográfica de CM, estableciendo los criterios de derivación a la misma

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 10/10/2022

Responsable.: Marta Alonso Sánchez

2. Creación de una agenda de CM en el EAP Alagón acorde con la organización del resto de profesionales y de actividades que se realizan

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 17/10/2022

Responsable.: Servicio de Admisión con resto de integrantes del proyecto

3. Formación del resto de profesionales del equipo en conocimientos básicos de CM, mediante sesiones formativas

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final.: 09/02/2023

Responsable.: Benito Luño García, Marta Alonso Sánchez y Consuelo Blasco Castello

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de sesiones impartidas en el EAP en torno a la CM

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de sesiones impartidas

Denominador .....: número de sesiones programadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: actas de reunión

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Número de pacientes atendidos en la consulta monográfica de CM

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de pacientes atendidos en la consulta monográfica

Denominador .....: número de pacientes derivados a la consulta monográfica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: agenda de CM

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Pacientes atendidos en la CM en los que se ha cumplimentado el protocolo quirúrgico

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de pacientes con protocolo cumplimentado de cirugía menor

Denominador .....: número de pacientes atendidos en la consulta monográfica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: protocolo de cirugía menor cumplimentado

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Número de profesionales implicados en el proyecto

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: profesionales que participan activamente en la CM

Denominador .....: total de profesionales del EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: agenda OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#568

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE CIRUGÍA MENOR EN EL EAP ALAGON

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#622

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE INTERVENCION COMUNITARIA PARA LA PREVENCION DEL TABAQUISMO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#622 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MAZA RODRIGUEZ M DEL CARMEN

Título  
PROYECTO DE INTERVENCION COMUNITARIA PARA LA PREVENCION DEL TABAQUISMO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Colaboradores/as:  
ABELLO BLASCO PIEDAD  
DURA GALIANA PALOMA  
MARIN IZAGUERRI MARIA PILAR  
PUYUELO SALLAN MONTSERRAT  
TRINCHAN FERNANDEZ PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS ALAGON

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALAGON

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Según la Encuesta Europea de Salud en España del año 2020, un 16,4% de mujeres y un 23,3% de hombres fuman a diario.

La edad de inicio de consumo ha ido aumentando, pasando de ser 13 años en 2008 a 14 años en 2021. ( ESTUDES 2021) Esta tendencia se observa también a nivel nacional. La tendencia de consumo, sigue siendo femenina. El porcentaje de chicas que fumaron en los últimos 30 días es mayor que el de los chicos , pero en la última encuesta la diferencia se ha intensificado, siendo de casi 10 puntos entre un sexo y el otro

#### ÁREAS DE MEJORA

Intervención con el objetivo de disminuir el inicio al tabaquismo en adolescentes.  
Dar a conocer al alumnado de primaria los riesgos del tabaco.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El tabaquismo es una de las conductas de riesgo para la salud más asociadas a morbilidad y mortalidad de la población. Se estima una media nacional de 51.870 muertes atribuibles al año.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

Prevención primaria de tabaquismo. Evitar que los adolescentes de 1 de la ESO se inicien en el hábito de consumo de tabaco.

Intervención sobre grupos de primero de la Eso de la ZBS

Dar información con actividades durante la semana sin humo en colegios de Primaria de la ZBS.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Presentación del proyecto al EAP del centro de salud y a los centros educativos.

Sesión al EAP de deshabitación tabáquica.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: M. Pilar Marín. Carmen Maza.

2. Encuesta a los alumnos de 1 de la ESO para valorar cual es su conocimiento sobre tabaquismo, consecuencias y métodos para abandonar el hábito tabáquico

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: M. Puyuelo. Paloma Durá.

3. Recogida de datos de encuesta y análisis.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: Piedad Abelló. Pilar Trinchan.

4. Puesta en común de los resultados preparación de la sesión informativa, material audiovisual. Cerrar fecha en centros educativos para la intervención en abril de 2023

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Todos los componentes del equipo

5. Sesión informativa en centros escolares de unos 45 minutos de duración, interactiva y resolución de dudas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#622

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE INTERVENCION COMUNITARIA PARA LA PREVENCION DEL TABAQUISMO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Fecha inicio: 03/04/2023

Fecha final.: 28/04/2023

Responsable.: Todos los componentes del equipo

6. Contacto con colegios de la zona para valorar realización de pequeña charla informativa y propuesta de participación en concurso de dibujo y posterior colocación de dibujos, murales en consultorios

Fecha inicio: 02/05/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: M. Pilar Marín. Carmen Maza. M. Puyuelo

7. Encuesta tras la actividad en institutos sobre conocimientos adquiridos, satisfacción de la actividad, cambio de hábitos. Encuesta al profesorado de los centros sobre satisfacción de la actividad.

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Piedad Abelló. Pilar Trinchan. Paloma Durá.

8. Análisis de los datos y puesta en común. Se realizará un resumen sobre el proyecto y las conclusiones que se compartirá con los tutores de los centros educativos y con el Consejo de Salud

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Todos los componentes del equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número alumnos contestan la encuesta sobre el numero total de alumnos de 1 ESO

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número alumnos contestan la encuesta

Denominador .....: Número total de alumnos de 1 ESO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Numero de encuestas realizadas

Número de alumnos matriculados

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Número de alumnos que acuden a la charla informativa de 1 ESO sobre el número total de alumnos 1 ESO

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de alumnos que acuden a la charla informativa

Denominador .....: Número total de alumnos 1 ESO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Alumnado que acude a las charlas

Número de alumnos matriculados

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Número de alumnos que contestan a la encuesta tras la actividad sobre el total de alumnos de 1 ESO

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Numero de alumnos que contestan a la encuesta tras la actividad

Denominador .....: Número total de alumnos 1 ESO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Número de encuestas tras al actividad

Número de alumnos matriculados

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Satisfacción general con la actividad en alumnado

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Numero de alumnado que hace una valoración positiva de la actividad

Denominador .....: Numero alumnado participante en la actividad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#622

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE INTERVENCION COMUNITARIA PARA LA PREVENCION DEL TABAQUISMO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. Satisfacción del profesorado con la actividad

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de profesorado que hace una valoración positiva de la actividad

Denominador .....: Número de profesorado participante en la actividad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

6. Prevalencia de fumadores activos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Prevalencia de fumadores activos

Denominador .....: Número total de alumnado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Alumnado de primero de la ESO de los institutos de la ZBS. Alumnado de primaria de los colegios de la ZBZ

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#80

### 1. TÍTULO

#### CREANDO HABITOS EN EDUCACION PRIMARIA DEL C.P.MONSALUD : VISITA AL CENTRO SALUD BOMBARDA

Fecha de entrada: 10/06/2022

Nº de registro: 2022#80 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PARDOS ROMANO RAQUEL

Título  
CREANDO HABITOS EN EDUCACION PRIMARIA DEL C.P.MONSALUD : VISITA AL CENTRO SALUD BOMBARDA

Colaboradores/as:  
ALUTIZ PEÑA LUIS MIGUEL  
LUQUE GIMENEZ NATALIA  
MARTINEZ MORENO MARIA JESUS

Ubicación principal del proyecto.: CS BOMBARDA

Servicio/Unidad principal .....: EAP BOMBARDA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Necesidad de capacitar a los usuarios en Edad Escolar (6 y 7 años) sobre hábitos saludables respecto a higiene dental y manos, alimentación y ejercicio, acercándolos al Centro de Salud Bombarda de manera lúdica y divertida. Inculcar estos hábitos desde la edad escolar, mejora la salud de la población infantil contribuyendo a la prevención de enfermedades como Hipertensión, diabetes, obesidad.... actualmente de prevalencia creciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Capacitar a la población de primer curso en Educación Primaria a distinguir alimentos saludables de los que no lo son.  
Aprender la importancia del cepillado de dientes, lavado de manos y hábitos adecuados de forma correcta.  
Introducir el ejercicio físico de forma divertida.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Aumento patologías crónicas en Edad Adulta, derivadas de el desconocimiento de los buenos hábitos en edad escolar.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Los objetivos indican los resultados esperados, en este caso obtener cambios positivos en los hábitos de vida.  
- Concienciar desde la Educación Primaria la importancia de los hábitos saludables.  
Mejorar los autocuidados de la población en Educación Primaria del Colegio Público Monsalud a través del proyecto de mejora.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación grupo de mejora encargado de realizar las charlas- talleres en la población diana.

Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 31/05/2022  
Responsable.: Raquel Pardos

2. Reunión con el Equipo Directivo del C.P. Monsalud, para exponer el proyecto de mejora y valorar la viabilidad del proyecto.

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 06/06/2022  
Responsable.: Raquel Pardos

3. Reunión con el el responsable del Equipo directivo del C.P.Monsalud para crear grupos y establecer día y hora apropiados para realizar dichas actividades.

Fecha inicio: 19/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Raquel Pardos

4. Excursión desde el Colegio hasta el Centro de Salud Bombarda

Fecha inicio: 24/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Raquel Pardos

5. Encuesta final y cuestionario sobre los temas tratados para valorar su repercusión.

Fecha inicio: 30/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Raquel Pardos



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#80

### 1. TÍTULO

#### CREANDO HABITOS EN EDUCACION PRIMARIA DEL C.P.MONSALUD : VISITA AL CENTRO SALUD BOMBARDA

**\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto**

Para el taller de Salud bucodental se utilizara una presentación diapositivas sencillas de gran impacto visual, acompañado de una maqueta de la estructura bucal realizada por el equipo de mejora.  
Para la promoción de alimentos saludables se simulara un supermercado donde la población diana deberá realizar la compra de los alimentos mas adecuados para la elaboración de un menú equilibrado.  
Realización de juegos para estimular el ejercicio físico.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de alumnos del grupo A de 1º de Primaria del C.P Monsalud que reciben que el taller

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de alumnos del grupo A de 1º de Primaria del C.P Monsalud que reciben que el taller

Denominador .....: N° de alumnos de 1º de Primaria C.P Monsalud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Colegio Publico Monsalud

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 11.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 22.00

2. % de alumnos del grupo B de 1º de Primaria del C.P Monsalud que reciben que el taller

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de alumnos del grupo B de 1º de Primaria del C.P Monsalud que reciben que el taller

Denominador .....: N° de alumnos de 1º de Primaria C.P Monsalud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Colegio Publico Monsalud

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 11.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 22.00

**\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación**

Encuesta evaluación de conocimientos adquiridos en la población diana tras el taller impartido.

Encuesta evaluación de satisfacción del responsable del equipo directivo del C.P.Monsalud.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Prevención población sana

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#140

### 1. TÍTULO

#### TU SEGURIDAD ES NUESTRA SEGURIDAD

Fecha de entrada: 16/06/2022

Nº de registro: 2022#140 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LUQUE GIMENEZ NATALIA

Título  
TU SEGURIDAD ES NUESTRA SEGURIDAD

Colaboradores/as:  
MORALES GREGORIO MARIA JESUS  
PARDOS ROMANO RAQUEL  
POZUELO IBAÑEZ GLORIA

Ubicación principal del proyecto.: CS BOMBARDA

Servicio/Unidad principal .....: EAP BOMBARDA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Asegurar una atención de calidad al paciente ante una situación de urgencia y/o emergencia

ÁREAS DE MEJORA  
Zona de sala de urgencia y carro de paradas  
Zona de farmacia  
Maletín de urgencia (medicina y enfermería)

ANALISIS DE CAUSAS  
Unificación y mejora de la disposición de la sala y material a utilizar  
Clasificación de medicación según vía de administración y según principio activo  
Organización visual y por aparatos.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Correcta atención evitando la confusión o error relacionados con la actuación y administración de fármacos ante la situación de urgencia y/o emergencia  
Unificación de criterios de localización del material y conocimiento espacio físico ante una situación de urgencia y/o emergencia

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión con otro EAP de sector para unificación en la organización carro de paradas, maletines de urgencia para domicilios  
Fecha inicio: 17/02/2022  
Fecha final.: 24/02/2022  
Responsable.: Natalia Luque Gimenez

2. Reunión con farmacia de sector para establecer criterios y cantidades de medicación así como etiquetado y almacenamiento de la misma  
Fecha inicio: 21/03/2022  
Fecha final.: 21/03/2022  
Responsable.: Natalia Luque Gimenez

3. Sesiones clínicas de equipo para dar seguridad a la atención del paciente ante la situación de urgencia y/o emergencia  
Fecha inicio: 01/04/2022  
Fecha final.: 10/06/2022  
Responsable.: Natalia Luque Gimenez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Revisiones mensuales de farmacia, carro de paradas y maletines de urgencias cuando se acude a domicilios.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Personal sanitario ha adquirido conocimientos de las mejoras en la sala de urgencia y/o emergencia  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: personal sanitario del EAP  
Denominador .....: Trabajadores del EAP  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: urgencias atendidas en periodo anual en el centro en la sala de urgencias  
Est.Mín.1ª Mem ..: 9.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 17.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#140

### 1. TÍTULO

#### TU SEGURIDAD ES NUESTRA SEGURIDAD

Est.Mín.2ª Mem ..: 21.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 42.00

2. Atención al paciente eficaz y efectiva de manera organizada

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: paciente que precisa atención de manera urgente en el EAP

Denominador .....: Pacientes que acuden al centro de salud para atención urgente.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Urgencias atendidas EAP

Est.Mín.1ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 22.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 38.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
zona básica de salud de EAP Bombarda

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Urgencias y/o emergencias de pacientes que acuden EAP Bombarda

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#592

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE GRUPO DE LACTANCIA Y POST PARTO PARA MEJORA EN EL BIENESTAR EMOCIONAL DE FAMILIAS Y RECIEN NACIDOS

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#592 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LALIENA OLIVA CLARA

Título  
CREACION DE GRUPO DE LACTANCIA Y POST PARTO PARA MEJORA EN EL BIENESTAR EMOCIONAL DE FAMILIAS Y RECIEN NACIDOS

Colaboradores/as:  
LASALA CONTE IBANA  
LOBERA NAVAZ PILAR  
PEREZ VALENZUELA ALMUDENA

Ubicación principal del proyecto.: CS BOMBARDA

Servicio/Unidad principal .....: EAP BOMBARDA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el centro de salud, recibimos de forma semanal múltiples familias con recién nacidos. El seguimiento de las mismas comienza cuando la mujer gestante acude a la matrona para los controles pertinentes. De forma posterior, las consultas de pediatría, junto con enfermería pediátrica, reciben a dichas familias y se inician así los controles de niño sano. Esto supone un importante cambio en la vida de las familias, en el que muchas veces, necesitan acompañamiento por parte de los profesionales de la salud, para ayudarles y guiarles en el proceso.

La utilidad de este proyecto es la de crear un grupo que potencie el bienestar emocional de nuestros pacientes y su familia. Crear un grupo donde encuentren apoyo, puedan resolver dudas e interactuar con iguales.

#### ÁREAS DE MEJORA

Debido muchas veces a la alta demanda de nuestras consultas, no podemos brindarles a nuestros pacientes todo el tiempo que requieren o necesitan, más en una situación como la de haber tenido un recién nacido. Pretendemos crear una mejora a través de la creación de un grupo donde podamos dar unas nociones básicas, resolver dudas y problemas universales que surgen de forma repetida en nuestras consultas y primeras revisiones y dar una vía de expresión a estas familias, para que puedan mostrar sus intereses, problemas, dudas y muchas veces sentimientos. Además realizaremos un seguimiento semanal/quincenal, para fomentar una relación más estrecha y de mayor confianza con nuestros pacientes.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

tiempo insuficiente en la consulta  
Consultas repetitivas para los profesionales, con resolución de dudas similares en todas ellas.  
Seguimiento menos estrecho que de forma semanal a través de un grupo.  
Detección más tardía de problemas, por espaciamiento de sesiones.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Actuaremos sobre los padres de los recién nacidos que acudan a nuestra consulta, procedentes en la mayoría de ocasiones de un seguimiento anterior en la consulta de la matrona.  
El grupo será atemporal y se irán incorporando recién nacidos conforme se vaya produciendo la captación de los mismos, manteniéndose en el grupo sobre todo a lo largo de los 6 primeros meses, hasta la introducción de alimentación complementaria  
Resultados a obtener:  
mejora del bienestar emocional de estas familias, para que obtengan una vía de expresión más cercana  
seguimiento estrecho de las familias y recién nacidos para resolución de dudas universales, acerca de alimentación y lactancia u otros temas sobre puericultura/crianza.  
Disminución del número de consultas de demanda para resolución de dudas.  
Creación de vínculo de apoyo entre familias, a través del beneficio obtenido tras narrar sus diferentes experiencias y beneficiarse del feedback entre ellas.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión grupal de forma semanal con grupo durante una hora en el centro de salud, con entrada libre para los pacientes del centro.

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: EQUIPO

2. Oferta de participación en el grupo a través del grupo de preparación al parto dirigido por la matrona, así como en primera revisión tras parto con Pediatra y enfermera pediátrica.

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#592

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE GRUPO DE LACTANCIA Y POST PARTO PARA MEJORA EN EL BIENESTAR EMOCIONAL DE FAMILIAS Y RECIEN NACIDOS

Responsable.: EQUIPO

3. Organización de agendas de matrona, enfermera pediátrica y pediatría para acudir a reuniones grupales. Alternar en agendas de pediatría.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: EQUIPO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

la idea es desarrollar el grupo a lo largo de todo el año, y que se vayan incorporando con el nacimiento del recién nacido, permaneciendo hasta los 6 meses aproximadamente o hasta cuando deseen. Se ofertará grupo de forma semanal.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pasar lista para verificar asistencia

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de asistentes

Denominador .....: Nº total inscritos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. Pasar encuesta pre: ¿que esperan del curso?

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Variable cualitativa

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Pasar encuesta tras finalización de los cursos: ¿ se han alcanzado los objetivos del proyecto?

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Variable cualitativa

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#300

### 1. TÍTULO

#### CONTROL DE HEMOGLOBINA GLICADA, MICROALBUMINURIA Y RETINOGRAFIA DIABETICA EN ZONA BASICA DE BORJA

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#300 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
PABLO OCON L. DANIEL

Título  
CONTROL DE HEMOGLOBINA GLICADA, MICROALBUMINURIA Y RETINOGRAFIA DIABETICA EN ZONA BASICA DE BORJA

Colaboradores/as:  
GARAFULLA GARCIA JOSE FRANCISCO.  
GAYARRE JORGE RAIMUNDA

Ubicación principal del proyecto.: CS BORJA

Servicio/Unidad principal .....: EAP BORJA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La diabetes mellitus , es una de las enfermedades más prevalentes y con mayor impacto sociosanitario, así como una tasa alta de morbimortalidad y complicaciones crónicas.  
Por lo cual consideramos que controlar estos parametros , junto con el pie dibetico y una información de dieta , imprescindibles para evitar las complicaciones de esta enfermedad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Dado que "salimos "de una pandemia , y hemos dedicado todos nuestros esfuerzos principalmente a ella ; consideramos que hay que volver nuevamente a el buen control de las enfermedades crónicas.  
Control de estos parametros, principalmente.

#### ANALISIS DE CAUSAS

debido al alcance de la pandemia , no sean han podido controlar bien a estos pacientes

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Control de los pacientes diabéticos , haciendo los pertinentes análisis con los parametros indicados , y con los resultados evaluar e implementar el tratamiento adecuado a cada paciente.  
Llegar al mayor número de pacientes.  
Incrementar la cobertura de solicitud y registro de los parametros antes citados.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se realizara, con los datos disponibles del año anterior, un estudio de como va el equipo, en estos parametros.  
Formación al equipo de registro de planes personales de diabetes.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Luis Daniel Pablo Ocón

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

-

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. hemoglobina glicada

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: pacientes controlados

Denominador .....: total de pacientes diabéticos

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.30

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.50

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.60

##### 2. Microalbuminuria

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: pacientes controlados

Denominador .....: total pacientes diabéticos

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#300

### 1. TÍTULO

#### CONTROL DE HEMOGLOBINA GLICADA, MICROALBUMINURIA Y RETINOGRAFIA DIABETICA EN ZONA BASICA DE BORJA

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 6.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Zona básica de salud.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#158

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ATENCION A LOS PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS NIVEL A EN EL CS DE CARIÑENA

Fecha de entrada: 17/06/2022

Nº de registro: 2022#158 \*\* Crónico Complejo \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ORENSANZ ALAVA AFRICA

Título  
PROCESO DE ATENCION A LOS PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS NIVEL A EN EL CS DE CARIÑENA

Colaboradores/as:  
ALVAREZ LAGARES MARIA MERCEDES  
GIL MARIN RAQUEL  
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA  
LONGARES CAMPOS ELISA  
MEZQUITA ADAN CRISTINA  
NAVARRO MAS MARIA VICTORIA  
RIOS LAZARO MIGUEL

Ubicación principal del proyecto.: CS CARIÑENA

Servicio/Unidad principal .....: EAP CARIÑENA

Línea estratégica: Crónico Complejo

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En los países occidentales, la esperanza de vida ha aumentado notablemente en el último siglo gracias a los avances médicos y tecnológicos, a los cambios en los hábitos nutricionales y en los estilos de vida y al acceso más fácil de la población a los servicios sanitarios, entre otros factores.

España es el cuarto país del mundo con la esperanza de vida más alta (82,8 años), superado solo por Japón, Suiza y Singapur, según los últimos informes publicados por la Organización Mundial de la Salud.

Los cambios demográficos de los últimos años han hecho que el sistema de salud deba atender cada vez un mayor número de pacientes mayores con pluripatología y dependencia funcional progresiva. El modelo actual de atención, orientado a la atención los problemas de salud agudos, no da una respuesta adecuada a las necesidades de aquellos pacientes, por lo que es necesario hacer cambios en el modelo organizativo que se adapten a esta nueva y emergente realidad.

De hecho, la atención a pacientes crónicos provoca la mayor parte de consultas en los equipos de atención primaria pero también es el grupo de personas que genera la mayor proporción de ingresos urgentes o no programados en los hospitales. Además, un 5% de los pacientes ocasionan casi la mitad de consumo de hospitalización urgente.

Para evitar esta situación, se ha creado el proceso de atención al Paciente Crónico Complejo (PCC) que se define como el conjunto de actividades e intervenciones que se realizan para conseguir una atención integrada, continuada y adaptada a sus circunstancias personales y familiares, para alcanzar el mayor bienestar posible hasta el final de la vida del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se establece como objetivo prioritario gestionar una atención proactiva, resolutoria, adecuada, eficiente y satisfactoria en cualquier momento y etapa de la vida, con la intensidad que requieran los pacientes crónicos complejos.

Para ello, se establecen actuaciones de formación y de difusión a nivel de atención primaria y se modifican las herramientas informáticas en OMI que darán soporte al registro de la evaluación del paciente crónico complejo.

En la ZBS la cobertura del paciente crónico complejo registrada en OMI, presentada por la Dirección el Sector se apreció un porcentaje muy inferior al esperado.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El desarrollo del Proceso de Atención al Paciente Crónico Complejo tiene como eje y responsable del seguimiento longitudinal del paciente a la atención primaria pero de forma coordinada y compartida con las unidades asistenciales del hospital.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#158

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ATENCION A LOS PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS NIVEL A EN EL CS DE CARIÑENA

Una de las líneas de este proceso consiste en ofrecer máxima accesibilidad de pacientes y cuidadores a su Equipo de Atención Primaria, y establecer un programa de seguimiento para minimizar el riesgo de descompensaciones y la aparición de eventos adversos, buscando mejorar la calidad de vida y la satisfacción de estos pacientes.

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Identificar cada paciente del nivel A y facilitar la provisión de intervenciones específicas adecuadas a cada necesidad.

##### Específicos:

Intervenir oportunamente en el proceso de la enfermedad y disminuir la variabilidad clínica mediante el establecimiento de normas consensuadas de actuación que permitan dar respuesta a las necesidades del paciente en cada momento.

Mejorar los resultados de salud (disminución de ingresos por pacientes, disminución de número de asistencias en urgencias de los pacientes...)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se mantendrá al menos una sesión formativa y motivadora con los profesionales médicos y de enfermería, en el que se explicará la inclusión, valoración y seguimiento en OMI-AP

Fecha inicio: 12/05/2022  
Fecha final: 12/05/2022  
Responsable.: Miguel Rios

2. Se presentarán a los profesionales los datos de los pacientes crónicos complejos ofrecidos por la Dirección del Sector

Fecha inicio: 19/05/2022  
Fecha final: 19/05/2022  
Responsable.: Mercedes Alvarez

3. Se evaluará a final de año los indicadores seleccionados mostrando los resultados al EAP y haciendo propuestas de mejora para el siguiente año.

Fecha inicio: 15/12/2022  
Fecha final: 15/12/2022  
Responsable.: Africa Orensanz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Realización sesión formativa

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° Sesión formativa  
Denominador .....: N° total sesiones del proyecto  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Acta de sesión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Realización sesión de evaluación

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° Sesión de evaluación  
Denominador .....: N° total de sesiones del proyecto  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Acta de sesión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Asistencia a la sesión formativa

Tipo de indicador: impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#158

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ATENCION A LOS PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS NIVEL A EN EL CS DE CARIÑENA

Numerador .....: N° asistentes a la sesión formativa  
Denominador .....: N° total de miembros del EAP  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Acta de sesión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Asistencia a la reunión de evaluación  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° asistentes a la reunión de evaluación  
Denominador .....: N° total de miembros del EAP  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Acta de sesión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Seguimiento cronico  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° pacientes cronicos complejos Nivel A  
Denominador .....: N° total de crónico complejo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Cronico complejo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#852

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION Y CONTROL DE SALUD BUCODENTAL EN LAS REVISIONES DEL NIÑO SANO DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#852 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA

Título  
EDUCACION Y CONTROL DE SALUD BUCODENTAL EN LAS REVISIONES DEL NIÑO SANO DE ATENCION PRIMARIA

Colaboradores/as:  
LONGARES CAMPOS ELISA  
ORENSANZ ALAVA AFRICA  
POSTIGO MARTINEZ MARIA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: CS CARIÑENA

Servicio/Unidad principal .....: EAP CARIÑENA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La caries es la enfermedad crónica de mayor prevalencia en la infancia con un origen multifactorial en el que la transmisión bacteriana juega un papel muy importante y está muy relacionada con estilos de vida, hábitos de alimentación, higiene oral insuficiente y alto consumo de azúcares. El Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ) en Aragón atiende a niños entre 6 y 14 años quedando fuera de programa los niños de 0-5 años, edades en las que es fundamental la prevención precoz sobre la caries dental ;ya que estudios epidemiológicos realizados en niños españoles en edad preescolar indican que casi el 20% a los 3 años tiene caries y el 40% a los 5 años .En nuestra zona de salud en la Comarca de Cariñena vemos en las revisiones caries muy precoces . Nos llama la atención un elevado número de casos y con elevada incidencia en población extranjera fundamentalmente en nuestro medio procedentes de Rumanía y Marruecos o en niños nacidos aquí pero con familias de origen extranjero .Prácticamente todos los estudios realizados en España muestran una mayor prevalencia de caries en población de origen inmigrante con distintos hábitos culturales e higiénicos ya que el proceso de integración cultural suele provocar cambios en los hábitos alimentarios de la población infantil, aumentando el consumo de alimentos procesados con alto contenido en azúcares. La caries dental presenta graves repercusiones en la salud general del niño, como: dolor , infecciones faciales, visitas de urgencia, disminución en su desarrollo físico y en la capacidad de aprendizaje; dificultad en el manejo ambulatorio ,elevado costo de tratamiento y problemas en la dentición permanente.Por tanto, es fundamental la prevención y la determinación de los factores que aumentan el riesgo .

#### ÁREAS DE MEJORA

Evaluación precoz de factores de riesgo frente a la caries y mejorar la formación de las familias sobre el cuidado dental en la infancia y prevención de la aparición de la caries dental realizando una información activa adaptada a las necesidades desde los primeros días de vida desde la consulta de pediatría y enfermería de Atención primaria .

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El Programa de Salud Bucodental de Aragón empieza a partir de los 6 años pero la mayoría de las caries en los niños comienzan en edades más tempranas por lo que es fundamental la educación de las familias en salud bucodental y evaluar factores de riesgo de forma individualizada que puedan favorecer la aparición de caries antes de entrar al programa.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Orientación anticipada sobre la caries : dar información adecuada a las familias sobre los aspectos más importantes de la salud oral del niño .Intensificar prevención primaria desde las primeras revisiones y formar a las familias para reconocer factores de riesgo sobretodo en los 6 primeros años de vida en que los niños no están incluidos en el Programa de Salud Bucodental .
- Detectar niños con mayor riesgo de caries para establecer estrategias que reduzcan factores de riesgo e incrementen los factores de protección .
- Reforzar las acciones de promoción de la salud y tratamiento de las enfermedades dentales en población inmigrante con el objetivo de reducir estas desigualdades y mejorar su estado de salud.
- Formar a las familias y los niños para que conozcan los alimentos con potencial cariogénico.
- Que las familias conozcan el Programa de Salud Bucodental y forma de acceder a él para intentar que le mayor número de niños posible acudan al Programa.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Entrega de infografías en las distintas revisiones del programa del niño sano menor de 6 años sobre prevención de caries y cuidado dental adaptadas a la edad del niño .

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 31/05/2023

Responsable.: pediatra y enfermeras de pediatría

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#852

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION Y CONTROL DE SALUD BUCODENTAL EN LAS REVISIONES DEL NIÑO SANO DE ATENCION PRIMARIA

2. Entregar información de salud dental en distintos idiomas

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: pediatra y enfermeras de pediatría

3. Sala de espera "sin azúcares": se colgarán en las salas de espera imagenes sobre el contenido de azucares en distintos alimentos procesados para ayudar a los niños y sus familias a identificarlos.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: pediatra y enfermera de pediatría

4. Información activa y por escrito sobre programa de salud bucodental explicando acceso a programa en todas las revisiones de los 6 años

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: pediatra y enfermeras de pediatría

5. Paso de cuestionario para valoración del riesgo de caries CAMBRA modificado para edades entre 0 a 5 años en la revisión de los 6 meses ,12 meses ,2 y 4 años .

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: pediatra

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se contactará con las familias tras 3 meses de la revisión de 6 años para ver si han acudido al programa y si no ha acudido recordarles la importancia de seguimiento.

En los casos en que se detecte riesgo de caries se intensificarán consejos preventivos y en caso de detectar lesiones se aconsejará acudir a odontopediatra .

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Niños que han acudido a programa de salud bucodental tras 3 meses de la revisión de los 6 años

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: niños que han asistido al programa de salud bucodental tras 3 meses de la revisión de los 6 años .

Denominador .....: número de revisiones de 6 años realizadas en el periodo de evaluacion

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: revisiones niño sano OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de niños a los que se les ha pasado cuestionario de evaluación de riesgo de caries

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: niños a los que se les ha pasado cuestionario de evaluación de caries en las revisiones de 6,12 meses , 2 y 4 años

Denominador .....: número de revisiones de esos años realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: revisiones niño sano OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se recogerá la información y la evaluación de riesgo de caries en las revisiones del niño sano.

Se contactará con todas las familias 3 meses después la revisión de los 6 años para verificar que han iniciado programa de salud bucodental .

Encuestas de satisfacción

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#42

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN MAPA INTERACTIVO DE RECURSOS COMUNITARIOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD DE DELICIAS NORTE

Fecha de entrada: 03/06/2022

Nº de registro: 2022#42      \*\* Atención Comunitaria      \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FORMENTO MARIN NATALIA

Título  
ELABORACION DE UN MAPA INTERACTIVO DE RECURSOS COMUNITARIOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD DE DELICIAS NORTE

Colaboradores/as:  
ACERO SORIA MARIA JOSE  
FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL  
LICER LORENTE MARIA CARMEN  
ROSALES VILCHES MARIA DEL CARMEN  
RUBIO RUIZ MARIA SUSANA  
SERRANO ANDRES MARIA PILAR  
VILLABRILLE NAHARRO RUBEN

Ubicación principal del proyecto.: CS DELICIAS NORTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP DELICIAS NORTE

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde los años 70, el médico-sociólogo Aaron Antonovsky desarrolló la teoría de la salutogénesis. Esta teoría presenta un modelo de salud en positivo, centrado en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones a partir de los propios recursos de las personas, alejándose del enfoque biomédico imperante durante tanto tiempo en la práctica clínica.

Posteriormente en los años 90, Kretzman y McKnight siguiendo este modelo, propusieron el desarrollo de un modelo de activos comunitarios para identificar los recursos de las comunidades.

Un mapa de activos de salud es una herramienta capaz de aumentar el conocimiento de los recursos, poniéndolos a disposición de los profesionales y de la comunidad, con el fin de aumentar el bienestar, conservar y/o mejorar la salud y ayudar a disminuir las desigualdades sociales.

Se define un activo de salud como cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o de las instituciones para mantener y conservar la salud y el bienestar, favoreciendo también la reducción de las desigualdades sanitarias. Su conocimiento es relevante, ya que se ha demostrado que los determinantes sociales tienen una gran influencia en los resultados en salud de la comunidad, puesto que la salud no es un proceso aislado del entorno y se ve influenciada por este.

Debido al insuficiente conocimiento del Equipo de Atención Primaria (EAP) de los recursos sociosanitarios existentes en la zona básica de salud (ZBS), se propuso la creación de un mapa interactivo que agrupara y mostrara los recursos que pueden mejorar la salud de las personas del barrio, lo que nos permitirá contactar con las principales entidades de la zona durante su realización y utilizar la plataforma de alianza en salud comunitaria para la recogida de las iniciativas desarrolladas por las mismas.

La realización de este proyecto permitirá a los profesionales aumentar el conocimiento de los recursos existentes para poder integrarlos dentro del proceso de recomendación de activos comunitarios desde el Centro de Salud.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar el conocimiento de los recursos comunitarios de la ZBS por parte de los profesionales sanitarios.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Atención enfocada en un modelo biomédico centrado en la enfermedad.
- Escaso desarrollo de intervenciones comunitarias por parte del Equipo de Atención Primaria.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Crear un grupo de profesionales para la realización de un mapeo de la ZBS de Delicias Norte.
- Identificar los principales recursos comunitarios existentes y personas claves.
- Crear un mapa interactivo y accesible a la población y a los profesionales.
- Promocionar el uso de la plataforma de recomendaciones de activos comunitarios en el EAP y en las entidades.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de un grupo en el Centro de Salud para el desarrollo del proyecto y formación del grupo sobre la metodología necesaria.

Fecha inicio: 01/02/2021

Fecha final.: 01/04/2021

Responsable.: Natalia Formento Marín

2. Trabajo de campo: delimitar el área geográfica, seleccionar los recursos de la zona e identificar las

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#42

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN MAPA INTERACTIVO DE RECURSOS COMUNITARIOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD DE DELICIAS NORTE

personas clave de las entidades del barrio que promueven la salud comunitaria.

Fecha inicio: 01/04/2021

Fecha final.: 30/09/2021

Responsable.: Natalia Formento Marín

3. Creación de un mapa virtual en la plataforma Google Maps y clasificación de los recursos por categorías.

Fecha inicio: 01/04/2021

Fecha final.: 30/09/2021

Responsable.: Natalia Formento Marín

4. Establecer relaciones con entidades clave del barrio y promocionar el uso de la plataforma de Alianza en Salud Comunitaria para promover la recomendación de activos comunitarios desde el EAP.

Fecha inicio: 01/10/2021

Fecha final.: 15/06/2022

Responsable.: Natalia Formento Marín

5. Presentar el proyecto al resto de profesionales del Centro de Salud y a las principales entidades y referentes de la comunidad.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 08/09/2022

Responsable.: Natalia Formento Marín

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de recursos nuevos identificados en la ZBS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de recursos identificados por el grupo de trabajo antes de la realización del mapeo

Denominador .....: Total de recursos identificados durante el mapeo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta administrada a los profesionales y mapa de activos

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 200.00

2. Número de nuevas actividades registradas en la plataforma Alianza en Salud Comunitaria

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de actividades registradas por las entidades de la ZBS en la plataforma alianza en salud comunitaria antes del 01/10/21

Denominador .....: Número de actividades registradas por las entidades de la ZBS en la plataforma alianza en salud comunitaria después del 01/10/21

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plataforma alianza en salud comunitaria

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 200.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#45

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DEL TABACO EN CS. DELICIAS NORTE

Fecha de entrada: 03/06/2022

Nº de registro: 2022#45 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RUBIO RUIZ MARIA SUSANA

Título  
PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DEL TABACO EN CS. DELICIAS NORTE

Colaboradores/as:  
ALIAGA GANUZA VICTORIA PILAR  
JARABO CARCAS MARIA JESUS  
MONTIU HUETO ROCIO  
PARDIÑAS ESTEBAN VANESA  
REVILLA RUBIO PAULA  
SERRANO ANDRES MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS DELICIAS NORTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP DELICIAS NORTE

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Siendo el tabaco la mayor causa prevenible de mortalidad, la importancia de intervenir en estos pacientes desde la consulta de AP. Las patologías relacionadas con el consumo del tabaco son uno de los motivos más importantes en el ámbito sanitario. El tabaco es uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, respiratorias y neoplasias.

Según las estimaciones realizadas por la OMS: El número de fumadores desciende en 20 millones en todo el mundo, se estima que actualmente hay 1320 millones de consumidores

en el mundo. Se espera que la cifra descienda a 1270 millones en 2025. En España un 22% fuma a diario, fumador ocasional 2%, el 25% se declara exfumador, más de la mitad declara no haber fumado nunca.

Por ello es importante aumentar las cesaciones de los fumadores con programas en las consultas monográficas para el abandono del tabaco desde atención primaria, mayor accesibilidad para los pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Desarrollo de una consulta monográfica de cesación tabáquica

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de formación del EAP en el seguimiento de pacientes en proceso de deshabituación

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Desarrollar una consulta monográfica de deshabituación tabáquica.

Aumentar la deshabituación tabáquica en la población de la ZBS de Delicias Norte.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Administración de los test Fagerstrom y Richmond, medición de las concentraciones de monóxido de carbono y registro del peso. Desarrollo del plan terapéutico y elección del tratamiento sustitutivo.

Fecha inicio: 01/02/2021

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Susana Rubio Ruiz

2. Refuerzo de la decisión tomada, resolver dudas, apoyo terapéutico, recomendaciones para el día D. Valoración de inicio, ttº en coordinación con MAP.

Fecha inicio: 01/02/2021

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Susana Rubio Ruiz

3. A los quince días después de dejar de fumar, registro del estado actual del paciente, se realiza una cooximetría y se valoran los síntomas del síndrome de abstinencia y control de fármacos empleados.

Fecha inicio: 01/02/2021

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Susana Rubio Ruiz

4. Realización de visitas de control y mantenimiento al mes y tres meses para evaluar y registrar el avance del paciente.

Fecha inicio: 01/02/2021

Fecha final.: 01/09/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#45

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA MONOGRAFICA DEL TABACO EN CS. DELICIAS NORTE

Responsable.: Susana Rubio Ruiz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Durante el desarrollo del proyecto, se produjo una retirada de uno de los tratamiento utilizados para la dehabituación tabáquica por una alerta sanitaria.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de pacientes que cesan el hábito tabáquico

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes que a los 6 meses continuan sin fumar

Denominador .....: Total de pacientes atendidos en la consulta de deshabituación tabáquica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta telefónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 200.00

2. Tipo de tratamiento utilizado para el cese

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes que eligen tratamiento médico para la deshabituación

Denominador .....: Total de pacientes atendidos en la consulta que han dejado de fumar a los 6 meses

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta telefónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 200.00

3. Tipo de tratamiento utilizado para el cese

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes que eligen con consejos y sin medicación para la deshabituación

Denominador .....: Total de pacientes atendidos en la consulta que han dejado de fumar a los 6 meses

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta telefónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 200.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#56

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN LA ORGANIZACION DE ANALISIS CLÍNICOS DELICIAS NORTE

Fecha de entrada: 07/06/2022

Nº de registro: 2022#56 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LICER LORENTE MARIA CARMEN

Título  
PROYECTO DE MEJORA EN LA ORGANIZACION DE ANALISIS CLÍNICOS DELICIAS NORTE

Colaboradores/as:  
ALIAGA GANUZA VICTORIA PILAR  
CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA  
FORMENTO MARIN NATALIA  
FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL  
JARABO CARCAS MARIA JESUS  
PARDIÑAS ESTEBAN VANESA  
VILLABRILLE NAHARRO RUBEN

Ubicación principal del proyecto.: CS DELICIAS NORTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP DELICIAS NORTE

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En los últimos años la aparición de algunas variables demográficas como el crecimiento y progresivo envejecimiento de la población, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas o el aumento de la inmigración han producido un cambio tanto en la organización como en la demanda de solicitud de pruebas analíticas. Después de dos años de pandemia y recuperada la totalidad de la atención presencial, se observa un incremento de la solicitud de analíticas clínicas. Esta situación nos lleva, en nuestro centro de salud, a una demora en la cita de casi cuatro semanas, por lo que los profesionales se ven obligados a adelantar las citas forzándolas. Además se han observado errores en las citaciones de extracciones en domicilio. A todo esto hay que añadir las limitaciones del programa de OMILAB, que en Atención Primaria (AP) gestiona las solicitudes de análisis clínicos generados a partir de la Historia Clínica de OMI del paciente. La realización de este proyecto permitirá una mejor gestión y organización de las citas de las pruebas analíticas, evitando demoras innecesarias y adecuando el registro de las actividades realizadas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Organización de análisis clínicos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Aumento de la demanda de análisis clínicos: envejecimiento poblacional, aumento de la inmigración y de la población en la zona básica de salud.
- Limitación de las funciones de los programas informáticos utilizados para la gestión de los análisis clínicos en AP.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Conocer las causas que ocasionan la demora en la citación de los análisis clínicos.
- Disminuir la demora existente en la citación de análisis clínicos en el centro de salud Delicias Norte.
- Favorecer y adecuar una organización de análisis clínicos en nuestro centro de salud en función de las necesidades, demandas y expectativas de los profesionales del centro y en definitiva de la población.
- Adaptar las agendas contando con la implicación de todos los miembros del Equipo de Atención Primaria (EAP) para conseguir una mayor eficacia y eficiencia en la organización de las analíticas y resto de muestras.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Crear agenda en Omi-Salas de "Analíticas Domicilios".

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Virginia Conchello Gimenez

2. Adecuar agenda de Omi-Salas de "Análisis Clínicos " creando actos para extracciones preferentes.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Virginia Conchello Gimenez

3. Modificación del proceso de citación de extracciones a domicilio: deberán pasar por admisión para asignar cita en la agenda de nueva creación de OMI-Salas "Análisis domicilio Delicias Norte".

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: María del Carmen Licer Lorente

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#56

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN LA ORGANIZACION DE ANALISIS CLÍNICOS DELICIAS NORTE

4. Modificación del proceso de citación de analíticas preferentes: deberán pasar por Admisión para citar en OMI-Salas en la agenda de "Análisis Clínicos-Delicias Norte" en "extracción preferente".

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: María del Carmen Licer Lorente

5. Modificación en el proceso de citación de analíticas de especialistas: deberán estar citados en la agenda OMI-salas "Análisis Clínicos- Delicias Norte ", acto de "Extracción ordinaria".

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: María del Carmen Licer Lorente

6. Informar al EAP del proyecto mediante sesión y de forma individual.

Fecha inicio: 15/06/2022

Fecha final.: 01/07/2022

Responsable.: Victoria Pilar Aliaga Ganuza

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Informar a la Dirección de Atención Primaria de las limitaciones que presenta el programa OMILAB.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de muestras biológicas (no incluye sangre) de peticiones generadas en OMI fuera de fecha.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Sumatorio de muestras biológicas(no incluye sangre) de peticiones generadas en OMI fuera de fecha en los días de observación.

Denominador .....: Sumatorio de muestras biológicas (no incluye sangre) de peticiones generadas en OMI totales en los días de observación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Volantes de petición de muestras biológicas

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

2. Porcentaje de muestras de sangre de peticiones generadas en OMI fuera de fecha.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Sumatorio de muestras de sangre de peticiones generadas en OMI fuera de fecha en los días de observación.

Denominador .....: Sumatorio de muestras de sangre de peticiones generadas en OMI en los días de observación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Volantes de petición de muestras de sangre

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Porcentaje de muestras de sangre de peticiones de especialistas sin citar en agenda.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Sumatorio de muestras de sangre de peticiones de especialistas sin citar en agenda en los días de observación.

Denominador .....: Sumatorio de muestras de sangre de peticiones de especialistas en los días de observación.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Volantes de petición de muestras de sangre

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 3.00

4. Medias de análisis a domicilio

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Sumatorio número de análisis a domicilio en los días de observación.

Denominador .....: Total de los días de observación.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Volantes de petición de muestras de sangre

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#56

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN LA ORGANIZACION DE ANALISIS CLÍNICOS DELICIAS NORTE

- Presentación proyecto al EAP.
- Se repetirá en un plazo de 6 meses la evaluación cuantitativa, tras la aplicación de las líneas de mejora.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todos pacientes que precisen realizar prueba analítica, independientemente de su patología.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#875

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE PREVENCION DE TABAQUISMO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#875 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ARBUES ESPINOSA PATRICIA

Título  
PROGRAMA DE PREVENCION DE TABAQUISMO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES

Colaboradores/as:  
ARQUILLOS DOMINGUEZ MIGUEL  
CARBONELL HERNANIZ PAULA  
GAYAN BENEDET BELEN  
LAFUENTE MARTINEZ MARIA PILAR  
PUERTA RAMON PABLO  
SAINZ SANCHEZ IGNACIO

Ubicación principal del proyecto.: CS DELICIAS NORTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP DELICIAS NORTE

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El tabaco es uno de nuestros principales problemas de salud pública ya que es la primera causa de muerte evitable. Constituye un importante factor de riesgo cardiovascular y provoca enfermedades respiratorias como EPOC o asma, es un agravante de enfermedades inflamatorias intestinales y es un factor de riesgo para el desarrollo de múltiples neoplasias. En España ha aumentado progresivamente tanto el consumo experimental como regular, ha disminuido la edad de inicio de consumo así como la percepción del riesgo y efectos perjudiciales asociados. El tabaquismo es un hábito que a menudo se adquiere en la adolescencia, y que se considera también un factor de riesgo para el consumo de alcohol y otras drogas. Además el inicio del hábito tabáquico se suele dar en etapas escolares, sobre todo en la adolescencia, y suele venir acompañado del consumo concomitante de alcohol y/o de otro tipo de drogas. Por ello, concienciar a la población diana sobre sus efectos adversos así como impartir una buena educación en el consumo de tabaco y otras drogas puede ayudar a retrasar tanto la edad de inicio de consumo como evitarla y conseguir que otras personas que ya consuman, cesen o disminuyan su actividad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Los conocimientos básicos de la prevención del tabaquismo, consumo de alcohol y otras drogas puede beneficiar a toda la población, especialmente a los adolescentes, siendo esta etapa la más habitual para el comienzo de estas prácticas. Además, es adecuado gracias al fácil acceso a esta población a través del contacto con los profesores del instituto, la capacidad de aprendizaje y la mayor motivación a estas edades.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Edad de inicio de consumo cada vez más temprano.
- Accesibilidad a este tipo de drogas.
- Desconocimiento sobre los efectos a largo plazo.
- Falta de pensamiento crítico acerca de problemas de salud en estas edades.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Eliminar, disminuir o retrasar el inicio del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Concienciar sobre la nocividad y efectos perjudiciales a corto y largo plazo del tabaquismo, alcohol y otras drogas.
- Promover una actitud crítica en los jóvenes que permita el rechazo al consumo.
- Prevenir enfermedades a largo plazo.
- Desarrollar una actitud crítica que permita el rechazo hacia sustancias de abuso.
- Fomentar el pensamiento crítico y reflexivo de los adolescentes ante la toma de decisiones que afecten a su salud.
- Promover un programa de Salud Pública.
- Acercar el Centro de salud y la Medicina Comunitaria a las aulas como nexo de unión y como entidad formativa en el bienestar y la salud.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Primera sesión: Composición del tabaco, consecuencias que conllevan su consumo e impacto económico y medioambiental.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 03/10/2022

Responsable.: Patricia Arbués Espinosa (MIR 4º AÑO MFyC)

2. Segunda sesión: Prevención primaria y efectos secundarios del tabaco, alcohol y otras drogas.

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final.: 07/11/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#875

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE PREVENCION DE TABAQUISMO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES

Responsable.: Patricia Arbués Espinosa (MIR 4º AÑO MFyC)

3. Tercera sesión: Sesión interactiva mediante juegos para afianzar los conocimientos de las intervenciones anteriores.

Fecha inicio: 12/12/2022

Fecha final: 12/12/2022

Responsable.: Patricia Arbués Espinosa (MIR 4º AÑO MFyC)

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Primera sesión: Es una sesión en la que se exponen fundamentalmente conocimientos teóricos con la finalidad de dotar al adolescente de información necesaria para tomar decisiones respecto al tabaco. Se informa sobre la composición del tabaco, las consecuencias que conllevan su consumo y el impacto económico y medioambiental. Para ello, se utiliza una presentación en soporte Power Point y se complementa con material audiovisual. También se hace partícipe al alumnado con diferentes preguntas durante y al final de la sesión para afianzar los conocimientos impartidos, así como abrir un debate al final en el que pueden aportar ideas o impresiones sobre el tabaco, consumo, efectos perjudiciales o sobre su legislación.

- Segunda sesión: Es una sesión que consiste en transmitir las consecuencias del consumo esporádico o crónico de otras drogas tales como el alcohol o marihuana entre otros. Se utiliza material audiovisual y esquemas que ayudan a comprender el riesgo y el daño del consumo de estas sustancias. También se hace partícipe al alumnado con diferentes preguntas durante y al final de la sesión para afianzar los conocimientos impartidos, así como abrir un debate al final en el que pueden aportar ideas o impresiones, consumo, efectos perjudiciales o sobre su legislación.

- Tercera sesión: Es una sesión práctica, divertida e interactiva tipo "pasapalabra" en el que los alumnos participan intentando resolver las preguntas basadas en las sesiones previamente impartidas. También se deja un espacio final para que los alumnos puedan comentar sus dudas e inquietudes acerca de los temas tratados.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Encuesta pre-intervención para medir los conocimientos y habilidades al inicio de las sesiones.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Aciertos  
Denominador .....: Ítems totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Encuesta post-intervención para medir los conocimientos y habilidades adquiridos.

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Aciertos  
Denominador .....: Ítems totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Encuesta de satisfacción.

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Aciertos  
Denominador .....: Ítems totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

El proyecto se va a realizar con adolescentes de 1º ESO del Instituto IES El Portillo, en el sector III de salud, a donde pertenece nuestro centro de salud Delicias Norte.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#958

### 1. TÍTULO

#### CHARLAS Y TALLERES PARA PACIENTE SOBRE SOLEDAD NO DESEADA EN COLABORACION CON ACCEM EN CENTRO SALUD DELICIAS NORTE

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#958 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FERRER ESTEBAN MARIA VICTORIA

Título  
CHARLAS Y TALLERES PARA PACIENTE SOBRE SOLEDAD NO DESEADA EN COLABORACION CON ACCEM EN CENTRO SALUD DELICIAS NORTE

Colaboradores/as:  
ARBUES ESPINOSA PATRICIA  
CONCHELLO GIMENEZ VIRGINIA  
GIL CORTES TERESA  
HERRANZ ALFARO ALFREDO  
PARICIO HERNANDEZ MARIA JOSE  
PEREZ CIRIA FRANCISCO JAVIER  
URBISTONDO BLASCO JOSE ANTONIO

Ubicación principal del proyecto.: CS DELICIAS NORTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP DELICIAS NORTE

Línea estratégica: --Otras--

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
El sentimiento de soledad aumenta con la edad, siendo especialmente preocupante a partir de los 80 años. Además muchos ancianos se encuentran en riesgo de aislamiento social, cifras que aumentan entre los grupos de mayor edad como consecuencia de la rotura o pérdida de la red de amistades y una menor frecuencia de los contactos. A través de talleres y charlas se pretende concienciar a los mayores de realizar actividades que les permitan relacionarse con otras personas y utilizar los recursos del entorno evitando la soledad

**ÁREAS DE MEJORA**  
Personal, mejorar bienestar y activar mecanismos para evitar la soledad  
Familiar, mayor implicación de la familia en caso de tenerla  
Social, mayor interacción con los recursos del entorno

**ANALISIS DE CAUSAS**  
El cambio en el modelo de familia  
El aislamiento durante la pandemia

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
Conocer la situación de los mayores solos de este centro  
Promover mayor implicación de los profesionales en el tema de la soledad  
promover el acceso a la información sobre recursos del entorno  
Mejorar bienestar y calidad de vida de pacientes que viven o se sienten solos favoreciendo relaciones interpersonales

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 2. Captación mayores en situación de soledad

Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 23/09/2022  
Responsable.: profesionales del centro

3. Entrevista de la persona destinataria  
Fecha inicio: 26/09/2022  
Fecha final.: 07/10/2022  
Responsable.: cada profesional a la persona destinataria

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

**INDICADORES Y EVALUACIÓN.** (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. Test antes talleres  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº PACIENTES ENTREVISTADOS  
Denominador .....: Nº PACIENTES QUE VIENEN A LOS TALLERES

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#958

### 1. TÍTULO

#### CHARLAS Y TALLERES PARA PACIENTE SOBRE SOLEDAD NO DESEADA EN COLABORACION CON ACCEM EN CENTRO SALUD DELICIAS NORTE

```
x(1-100-1000) ...: 100
Fuentes de datos.: resultado del test antes de la participacion
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Test despues
Tipo de indicador: impacto
Numerador .....: N° DE PACIENTES QUE PARTICIPAN
Denominador .....: N° DE PACIENTES QUE CONTINUAN REALIZANDO ACTIVIDADES DESPUES DE LOS TALLERES.

x(1-100-1000) ...: 100
Fuentes de datos.: Resultado pos test
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

** Información adicional sobre el diseño de la evaluación
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos          Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Tristeza, depresión

Participación de la población: Pasivo
```

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#50

### 1. TÍTULO

#### CARE, TRANSFORMACION DE LA TEORÍA A LA CONSULTA

Fecha de entrada: 05/06/2022

Nº de registro: 2022#50 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AGUIRRE ABADIA NOELIA M.

Título  
CARE, TRANSFORMACION DE LA TEORÍA A LA CONSULTA

Colaboradores/as:  
AMATRIAIN BOLEAS EDURNE  
BLASCO OLIVETE MELITON  
CASTRO FERNANDEZ ANA ESMERALDA  
CERRADA ENCISO BLANCA  
DUCE CAMACHO SONIA  
MORENO MANCEBON AZUCENA  
RUBIO REMIRO MARIA OLGA

Ubicación principal del proyecto.: CS DELICIAS SUR

Servicio/Unidad principal .....: EAP DELICIAS SUR

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Ante la situación del comienzo de la consulta CARE , hay una necesidad sentida en enfermería de desconcierto por la falta de unas indicaciones y objetivos claros , así como una falta de apoyo de soporte informático, de referencias y de material de apoyo para trabajar dicha consulta.

#### ÁREAS DE MEJORA

Material de apoyo, para el desarrollo de la consulta CARE

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Protocolos muy extensos y poco operativos a la hora de trabajar la consulta CARE, además de que las pantallas que han adecuado en OMI para trabajarla no se corresponden con dichos protocolos y están desfasadas

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- ? Dotar a la consulta de una guía clara y esquemática para poder seguir que ayude a la enfermera en dicha consulta
- ? Actualizar las hojas informativas que se les entregan a los pacientes
- ? Dotar a la enfermera de una plantilla que nos sirva de guía de trabajo y nos facilite el registro

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Estudio del material que proporciona el SALUD ARAGÓN , tanto informático como guía de protocolos , así como el intercambio de experiencias con enfermeras que lo han trabajado en otras CCAA

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 28/02/2022  
Responsable.: Noelia Aguirre

2. Se desecha material que está desfasado y se decide el formato que se va a emplear . Comenzamos a adaptar los protocolos CARE SALUD ARAGÓN a dicho formato

Fecha inicio: 14/02/2022  
Fecha final.: 14/03/2022  
Responsable.: Noelia Aguirre

3. Una vez adaptados dichos protocolos a los formatos elegidos se mantienen varias reuniones con medicina donde se repasan y se deciden los circuitos de derivación que se van a emplear en nuestro centro

Fecha inicio: 15/03/2022  
Fecha final.: 15/04/2022  
Responsable.: Noelia Aguirre

4. Se presenta el trabajo a Dirección de Enfermería del Sector 3, nos piden permiso y hacen visibles los protocolos , las plantillas y las hojas de recomendaciones a los pacientes en OMI para Sector3

Fecha inicio: 18/04/2022  
Fecha final.: 21/04/2022  
Responsable.: Dirección de Enfermería

5. Se hace una presentación de los protocolos, las plantillas y las recomendaciones para los coordinadores tanto de medicina como de enfermería del SECTOR III

Fecha inicio: 04/05/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#50

### 1. TÍTULO

#### CARE, TRANSFORMACION DE LA TEORÍA A LA CONSULTA

Fecha final.: 04/05/2022

Responsable.: Noelia Aguirre

6. Hacen visibles los protocolos , las plantillas y las hojas de recomendaciones a los pacientes en OMI para todos los sectores de SALUD ARAGÓN

Fecha inicio: 21/04/2022

Fecha final.: 21/04/2022

Responsable.: Servicios Centrales

7. Poner en marcha los protocolos , plantillas y hojas informativas en las distintas consultas CARE para poder evaluar el impacto

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 20/11/2022

Responsable.: Noelia Aguirre

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje enfermeros de Delicias Sur que trabajen la consulta CARE con los formatos trabajados

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de profesionales de enfermería del C S Delicias Sur que trabajen la consulta CARE que utilicen esos formatos

Denominador .....: total de profesionales de enfermería del C.S. Delicias Sur

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Encuesta C. S. Delicias Sur

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.55

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.80

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.70

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.90

2. Facilidad de utilización de formatos por enfermería

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de enfermeras de DELicias Sur que lo consideran facil de usar

Denominador .....: Total de enfermeras de Delicias Sur

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Encuesta Delicias Sur

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.70

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.55

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.75

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todas las englobadas en los protocolos CARE Aragón

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#79

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION Y ESTANDARIZACION DE LA RECOMENDACION DE ACTIVOS COMUNITARIOS DESDE LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 10/06/2022

Nº de registro: 2022#79    \*\* Atención Comunitaria    \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CERRADA ENCISO BLANCA

Título  
PROMOCION Y ESTANDARIZACION DE LA RECOMENDACION DE ACTIVOS COMUNITARIOS DESDE LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Colaboradores/as:  
AMATRIAIN BOLEAS EDURNE  
BENEDI BADAL MARTA FABIOLA  
CHELIZ CAMPO CARLOTA  
JIMENO GALLEGO RAQUEL  
JIMENO MONZON ANA ISABEL  
LLORENTE FAURO MARIA PILAR  
VAL GIL LAURA

Ubicación principal del proyecto.: CS DELICIAS SUR

Servicio/Unidad principal .....: EAP DELICIAS SUR

Línea estratégica: Atención Comunitaria

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
La recomendación de activos comenzó a plantearse en la comunidad de Aragón a raíz de la Estrategia de Aragón Comunitaria en 2018. Sin embargo, quedó paralizada por la pandemia COVID -19. Desde el Centro de Salud de Delicias Sur se ha detectado una falta de sistematización en la derivación sobre la recomendación de activos comunitarios.

#### ÁREAS DE MEJORA

- No utilización del protocolo OMI-AP de recomendación de Activos para la Salud.
- Atención sanitaria centrada en la medicalización y en la resolución de problemas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Falta de actualización del personal sanitario del centro de salud.
- Herencia de modelo sanitario biomédico y carencia del punto de vista de prevención y promoción en la atención sanitaria.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

GENERAL:  
- Aumentar las derivaciones de los activos comunitarios de la Zona Básica de Salud de Delicias Sur de junio a noviembre del 2022, en comparación con el número de las realizadas de enero a mayo del mismo año.

#### ESPECÍFICOS:

- Fomentar al Equipo de Atención Primaria la derivación de recomendación de activos de manera sistematizada a través del OMI- AP.
- Difundir al Equipo de Atención Primaria los activos comunitarios con los que cuenta la Zona Básica de Salud
- Definir la situación actual de la recomendación de activos comunitarios en la Agenda Comunitaria.
- Comunicar al Consejo de Salud la evolución del proyecto y mantener una relación de reciprocidad.
- Comunicar al Foro de Salud Comunitaria de Delicias la evolución del proyecto y mantener una relación de reciprocidad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar una sesión clínica en el CS Delicias Sur para el equipo de enfermería donde se enumeran los activos comunitarios y se explica como realizar la recomendación a través del OMI-AP.

Fecha inicio: 25/05/2022

Fecha final: 25/05/2022

Responsable.: EDURNE AMATRIAIN

2. Realizar una sesión clínica en el CS Delicias Sur para el equipo de medicina donde se enumeran los activos comunitarios y se explica como realizar la recomendación a través del OMI-AP.

Fecha inicio: 09/06/2022

Fecha final: 09/06/2022

Responsable.: BLANCA CERRADA

3. Fomentar la inclusión de los activos de la Zona Básica de Salud al sistema SARES a través del Foro de Salud Comunitaria en Delicias.

Fecha inicio: 26/05/2022

Fecha final: 31/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#79

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION Y ESTANDARIZACION DE LA RECOMENDACION DE ACTIVOS COMUNITARIOS DESDE LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Responsable.: BLANCA CERRADA

4. Participación en el Consejo de Salud de Delicias Sur con el fin de informar de la situación de los activos comunitarios.

Fecha inicio: 26/05/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: BLANCA CERRADA

5. Actualizar la Agenda Comunitaria y reflejar la situación actual, así como los puntos a mejorar de la derivación de los activos comunitarios.

Fecha inicio: 01/04/2022  
Fecha final.: 05/05/2022  
Responsable.: BLANCA CERRADA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Derivaciones de recomendación de activos comunitarios de enero a mayo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de derivaciones de recomendación de activos comunitarios realizadas a través del protocolo del OMI-AP (enero a mayo 2022)

Denominador .....: Número de Tarjetas Individuales Sanitarias CS Delicias Sur en 2022 (25.492)

x(1-100-1000) ...: 1000

Fuentes de datos.: Servicio de Informática del Sector III AP desde el servidor del OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.40

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.40

2. Derivaciones de recomendación de activos comunitarios de junio a octubre

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de derivaciones de recomendación de activos comunitarios realizadas a través del protocolo del OMI-AP (junio a octubre 2022)

Denominador .....: Número de Tarjetas Individuales Sanitarias CS Delicias Sur en 2022 (25.492)

x(1-100-1000) ...: 1000

Fuentes de datos.: Servicio de Informática del Sector III AP desde el servidor del OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.90

Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.90

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

3. Diferencia de derivaciones de recomendación de activos comunitarios de enero-mayo a junio-octubre.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Diferencia de derivaciones de recomendación de activos comunitarios realizadas a través del protocolo del OMI-AP (enero-mayo a junio-octubre 2022)

Denominador .....: Número de Tarjetas Individuales Sanitarias CS Delicias Sur en 2022 (25.492)

x(1-100-1000) ...: 1000

Fuentes de datos.: Servicio de Informática del Sector III AP desde el servidor del OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.90

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.60

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.90

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.60

4. Profesionales sanitarios que conocen los activos comunitarios

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de profesionales sanitarios que conocen los activos comunitarios

Denominador .....: Total de profesionales sanitarios del CS Delicias Sur

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionario autoadministrado entregado a profesionales

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. Profesionales sanitarios que conocen el protocolo OMI-AP de recomendación de activos

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de profesionales sanitarios que conocen el protocolo OMI-AP de recomendación de activos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#79

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION Y ESTANDARIZACION DE LA RECOMENDACION DE ACTIVOS COMUNITARIOS DESDE LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Denominador .....: Total de profesionales sanitarios del CS Delicias Sur  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionario autoadministrado entregado a profesionales  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

6. Profesionales sanitarios que utilizan el protocolo OMI-AP de recomendación de activos  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de profesionales sanitarios que utilizan el protocolo OMI-AP de recomendación de activos  
Denominador .....: Total de profesionales sanitarios del CS Delicias Sur  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionario autoadministrado entregado a profesionales  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todo tipo de patologías y como actividad preventiva

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#27

### 1. TÍTULO

#### ADMINISTRACION DE LA PRIMOVACUNACION CON TECNICAS DE CONTROL DEL DOLOR

Fecha de entrada: 31/05/2022

Nº de registro: 2022#27 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LLORENTE FAURO MARIA PILAR

Título  
ADMINISTRACION DE LA PRIMOVACUNACION CON TECNICAS DE CONTROL DEL DOLOR

Colaboradores/as:  
ALEJANDRE ALONSO MARIA CARMEN  
BERDASCAS VIRUETE JULIA MARIA  
DUCE CAMACHO SONIA  
FELIPE RUBIO ALFONSO  
GARCIA SANCHEZ NURIA  
MENGUAL GIL JOSE MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS DELICIAS SUR

Servicio/Unidad principal .....: EAP DELICIAS SUR

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde las consultas de pediatría del centro de salud hemos detectado que pese a la evidencia científica y sencillez de los procedimientos para aliviar el dolor y el estrés asociado al acto de la vacunación infantil, no siempre se aplican y no son conocidos ni por la población en general ni por los profesionales sanitarios. Estas técnicas ya se habían comenzado a realizar en la práctica en nuestras consultas antes de la pandemia pero queremos sistematizar su utilización y evaluar la satisfacción por parte de los usuarios.

ÁREAS DE MEJORA  
Primovacunación

#### ANALISIS DE CAUSAS

Creemos que la vacunación supone un estrés que se puede reducir con estas técnicas.  
Al autoevaluarnos mejoramos nuestra practica clínica diaria.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- GENERAL:
- Disminuir el estrés asociado a la vacunación de los niños.
- ESPECIFICOS:
- Integrar en nuestra práctica habitual las técnicas de control del dolor en la primovacunación.
  - Valorar el grado de aplicación de las técnicas de control del dolor en la primovacunación.
  - Objetivar la satisfacción de las familias respecto a la vacunación con las técnicas de control del dolor.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. A todos los menores de 2 años que acudan a consulta para vacunación se les inmunizará con técnicas de control del dolor.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 01/11/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> PILAR LLORENTE FAURO

2. Valoraremos la satisfacción de los padres a través de una encuesta con preguntas cerradas y escala tipo Likert de 1 (nada satisfecho) a 5 (muy satisfecho).

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 01/11/2022

Responsable.: M.<sup>a</sup> PILAR LLORENTE FAURO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Dichas medidas de control del dolor durante la vacunación serán:

-Colocar al niño en una posición cómoda en el regazo del acompañante en ambiente tranquilo y evitando la posición supina.

-Realizar la vacunación durante el amamantamiento en caso de lactancia materna. Si no es posible la lactancia materna se utilizaran soluciones azucaradas.

-Utilizar técnicas de distracción como imágenes, juguetes...

-Administrar las vacunas de forma rápida sin aspirar.

-En caso de tener que inyectar mas de una vacuna, hacerlo de manera simultánea.

- Elegir la zona de punción adecuada y utilizar agujas largas.

- Prepara la vacuna fuera de la vista del niño.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#27

### 1. TÍTULO

#### ADMINISTRACION DE LA PRIMOVACUNACION CON TECNICAS DE CONTROL DEL DOLOR

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de familias satisfechas con la vacunación con técnicas de control del dolor

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: familias que han valorado 4 o 5

Denominador .....: familias que han cumplimentado la encuesta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuesta realizada por los profesionales de enfermería a las familias después del acto vacunal

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. Porcentaje de vacunaciones realizadas con técnicas de control del dolor de 0-2años

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N.º de niños vacunados con técnicas de control del dolor de 0-2 años

Denominador .....: N.º total de vacunaciones de niños de 0-2 años

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

3. Porcentaje de niños que toman lactancia materna y que son vacunados tomando el pecho

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: nº de niños que toman lactancia materna y son vacunados tomando el pecho

Denominador .....: nº total de niños que toman lactancia materna

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuesta realizada por los profesionales de enfermería a las familias después del acto vacunal

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Lactantes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#32

### 1. TÍTULO

#### INFILTRACIONES ARTICULARES REALIZADAS POR MEDICO DE FAMILIA

Fecha de entrada: 31/05/2022

Nº de registro: 2022#32 \*\* Crónico Complejo \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GIL SOLDEVILLA SUSANA

Título  
INFILTRACIONES ARTICULARES REALIZADAS POR MEDICO DE FAMILIA

Colaboradores/as:  
BLASCO GOMEZ MARTA  
CHARLEZ MARCO ALFREDO JOSE  
DELSO ARANAZ M. PILAR  
VALLESPI PUYOL INES

Ubicación principal del proyecto.: CS DELICIAS SUR

Servicio/Unidad principal .....: EAP DELICIAS SUR

Línea estratégica: Crónico Complejo

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Como quiera que las enfermedades del aparato locomotor representan uno de los motivos principales de consulta en Atención Primaria cursando con importante dolor e impotencia funcional, la posibilidad de realizar infiltraciones locales como terapia de dicha patología articular por los facultativos del centro de salud resultaría una atención integral al paciente aquejado de dicha dolencia.

#### ÁREAS DE MEJORA

el equipo de Atención Primaria pueda ser capaz de ofrecer las infiltraciones articulares como parte del tratamiento en la atención diaria a los pacientes crónicos complejos

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

la población diana que abarca el centro de salud por su media de edad presenta frecuentes patologías crónicas del aparato locomotor.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Aliviar la clínica de dolor articular de los pacientes de edad media y avanzada mejorando su calidad de vida

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. cursos de formación para el equipo de Atención Primaria responsable del proyecto, respaldado por el servicio de Traumatología.

Fecha inicio: 13/06/2022

Fecha final.: 29/06/2022

Responsable.: Alfredo Charlez Marco

2. Seleccionar los pacientes candidatos para realizar infiltración articular durante la consulta monográfica semanal incluyendo los pacientes derivados por los compañeros del centro de salud

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Susana Gil Soldevilla

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes que tienen patología osteoarticular

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: número de pacientes infiltrados que tras la consulta de control manifiestan haber reducido la medicación para el dolor

Denominador .....: número de pacientes infiltrados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#32

### 1. TÍTULO

#### INFILTRACIONES ARTICULARES REALIZADAS POR MEDICO DE FAMILIA

---

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#152

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO, EVALUACION Y MEJORA DE LA ATENCION TELEFONICA PRESTADA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 16/06/2022

Nº de registro: 2022#152 \*\* Continuidad asistencial: consulta no presencial \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
FELIPE RUBIO ALFONSO

Título  
REGISTRO, EVALUACION Y MEJORA DE LA ATENCION TELEFONICA PRESTADA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

Colaboradores/as:  
AGUIRRE ABADIA NOELIA M.  
BLASCO OLIVETE MELITON  
BORRAJO GONZALEZ BELEN  
COLLADOS GRAO LAURA  
LAMARCA PEREZ M. PILAR  
RUBIO PARICIO CONCEPCION  
VILLANOVA LANUZA AURORA

Ubicación principal del proyecto.: CS DELICIAS SUR

Servicio/Unidad principal .....: EAP DELICIAS SUR

Línea estratégica: Continuidad asistencial: consulta no presencial

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

A raíz de la COVID-19, la situación sociosanitaria exigió la disminución de la presencialidad en la gran mayoría de los servicios de salud, lo que se tradujo en un aumento de la demanda de atención telemática tanto para los profesionales de salud como para el personal administrativo. En este último grupo, esta circunstancia derivó un gran aumento de las llamadas telefónicas que los pacientes realizaban al centro de salud, ya fuera preguntando información de algún tipo, solicitando una cita con alguno de los servicios de salud ofertados por el Centro o para exponer una queja sobre la atención telemática recibida.

#### ÁREAS DE MEJORA

Atención telefónica del centro de salud.  
Consultas de profesionales de salud del tipo demanda no presencial

#### ANALISIS DE CAUSAS

El desempeño de una atención telemática deficiente no solo no suple lo que una atención presencial debería realizar, si no que genera más problemas dentro del equipo de trabajo. Por una parte aumentando el volumen de llamadas entrantes para realizar una queja o solicitar nuevas citas, exponiendo en durante la llamada los motivos de la mencionada solicitud; lo que conlleva un incremento del tiempo necesario para realizar dicho trámite que, además de mantener al personal administrativo del centro ocupado, el cual no ha experimentado un aumento de plantilla a pesar del aumento de trabajo administrativo a desempeñar. Por otra parte, elevando el número de múltiples citas para los profesionales de salud, ya que no se ha resuelto la demanda en la primera cita concertada, lo que genera una demora en la atención sanitaria recibida, además de malestar e indignación por parte de los usuarios. Por último mencionar que, esta disconformidad de los pacientes es recibida en primera instancia con el personal administrativo, el cual es la vía de entrada al sistema sanitario y, en segunda, con el profesional sanitario pertinente, lo que puede acabar traduciéndose en una no solo disminución de la calidad asistencial de la atención primaria, si no también en en agresiones de cualquier índole hacia los profesionales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

GENERAL:  
Analizar los principales motivos de las llamadas telefónicas que realizan los pacientes al servicio de admisión del Centro de Salud Delicias Sur.

#### ESPECÍFICOS:

Cuantificar el número de llamadas que se realizan solicitando cita inicial para uno de los servicios ofertados en el centro de salud.  
Contabilizar y detallar el número de llamadas al servicio de admisión cuyo propósito es reclamar una cita telefónica o algún error derivado de la misma.  
Identificar el tramo horario en el que mayor número de llamadas se reciben.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recogida de datos sobre las llamadas recibidas por el equipo de admisión.  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Personal Administrativo

2. Estudio descriptivo transversal de los datos recogidos en las llamadas durante el primer analisis.  
Fecha inicio: 01/07/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#152

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO, EVALUACION Y MEJORA DE LA ATENCION TELEFONICA PRESTADA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Alfonso Felipe Rubio

3. Reunión con el grupo de calidad del centro para comentar resultados y proponer soluciones a los problemas detectados.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Melitón Blasco Oliete

4. Sesión clínica con todo el equipo del centro para exponer resultados del estudio y soluciones propuestas para su aplicación.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Noelia M. Aguirre Abadía

5. Aplicación de las soluciones a los problemas durante las siguientes jornadas

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Trabajadores del centro

6. Recogida de datos sobre las llamadas recibidas por el equipo de admisión.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Personal Administrativo

7. Estudio descriptivo transversal de los datos recogidos en las llamadas durante el segundo analisis

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.:

Responsable.: Alfonso Felipe Rubio

8. Reunión con el grupo de calidad del centro para exponer los resultados obtenidos.

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 15/04/2023

Responsable.: Melitón Blasco Oliete

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La población de estudio estará constituida por todos aquellos usuarios que realicen llamadas telefónicas al centro de salud Delicias Sur que sean atendidas por los profesionales de admisión de dicho centro.

De cada llamada se recopilará la siguiente información:

- Fecha de la llamada.

- Franja horaria en que se realiza la llamada, distinguiendo en tres horarios: de 8h a 11h, de 11h a 14h y de 14h a 17h.

- Datos demográficos del usuario:

- Sexo: masculino o femenino.

- Edad, segmentada para su recogida en subgrupos: 0-14 años (correspondiente a pediatría), 14-18 años, 18-65 años y >65 años.

- Servicio de salud por el que llama: medicina de familia, enfermería general, pediatría, enfermería pediátrica, matrona, fisioterapia, odontología, trabajo social, psicología, retinografía y admisión.

- Motivos de la llamada\*: tenencia de cita telefónica pero que no se le ha llamado, tenencia de cita telefónica a una hora determinada pero no se ha respetado dicha hora, problema en la receta electrónica aguda, problema en la receta electrónica crónica, solicitud de documentación o información, error en datos/parte de confirmación de la Incapacidad Temporal, solicitar cita u otros.

\*Los motivos de llamada elegidos han sido establecidos en una reunión preliminar con el equipo de admisión, en el que presentaban las razones más habituales de las llamadas telefónicas recibidas.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de llamadas realizadas para solicitar una primera cita para uno de los servicios ofertado

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Llamadas solicitando cita inicial

Denominador .....: Número de llamadas totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de datos de llamadas por el personal administrativo del centro

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. Porcentaje de llamadas realizadas para reclamar una cita telefónica o un error derivado de la misma

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Llamadas de reclamación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#152

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO, EVALUACION Y MEJORA DE LA ATENCION TELEFONICA PRESTADA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

Denominador .....: Número de llamadas totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de datos de llamadas por el personal administrativo del centro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 35.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Porcentaje de usuarios que llaman para reclamar sobre los diferentes servicios del centro  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Llamadas de reclamación sobre cada servicio  
Denominador .....: Llamadas de reclamación totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de datos de llamadas por el personal administrativo del centro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

4. Porcentaje de reclamaciones más frecuentes  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Reclamación realizada  
Denominador .....: Llamadas de reclamación totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de datos de llamadas por el personal administrativo del centro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

5. Porcentaje de llamadas realizadas en cada uno de los tramos horarios designados  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de llamadas en determinado tramo horario  
Denominador .....: Número de llamadas totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de datos de llamadas por el personal administrativo del centro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 33.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 33.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 33.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 33.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Cualquier tipo de paciente

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#198

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE PREVENCION DE CONDUCTA SUICIDA EN POBLACION INFANTOJUVENIL

Fecha de entrada: 21/06/2022

Nº de registro: 2022#198 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RUBIO REMIRO MARIA OLGA

Título  
PROYECTO DE PREVENCION DE CONDUCTA SUICIDA EN POBLACION INFANTOJUVENIL

Colaboradores/as:  
ALEJANDRE ALONSO MARIA CARMEN  
ANTOÑANZAS LOMBARTE MANUEL ANGEL  
KOJTYCH TREVIJANO BEATRIZ FRANCISCA  
LOPEZ ECHEVARRIA MERCEDES  
MENGUAL GIL JOSE MARIA  
REQUENO JARABO MARIA NURIA  
SANCHEZ TORRES PILAR YOLANDA

Ubicación principal del proyecto.: CS DELICIAS SUR

Servicio/Unidad principal .....: EAP DELICIAS SUR

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El aumento de la conducta suicida en los últimos años, se ha convertido en un problema de salud pública en todo el mundo. Según datos del INE del año 2020 en España, el suicidio en la franja de edad entre los 14 y 29 años, se ha convertido en la primera causa de muerte por causa externa. La OMS, también alerta del aumento de patología en salud mental en los últimos años y que también afecta a población infantil y adolescente. Según la Sociedad de Psiquiatría Infantil, aumentan especialmente la depresión, las autolesiones y la conducta suicida. Además, la pandemia de covid-19 ha incrementado especialmente estos problemas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Formación de facultativos Y Enfermería en Atención Primaria en patología mental más prevalente y especialmente en población infantojuvenil. Identificar factores de riesgo que puedan desembocar en conductas autolesivas, en jóvenes y adolescentes. Reforzar la colaboración con atención especializada.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La Atención Primaria sigue la evolución de los pacientes, lo que hace necesario identificar factores de riesgo y signos de alarma de forma precoz. La Atención Primaria es la puerta de entrada, de seguimiento y contención de problemas de salud mental, a falta de más recursos en atención especializada. Interviene en la identificación y prevención del riesgo de conducta suicida en población joven.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la formación de los profesionales para identificar los principales factores de riesgo que puedan evolucionar a conductas lesivas, en población en población de 14 a 25 años, de ambos sexos, atendida en Atención Primaria. Mejorar habilidades de entrevista clínica en problemas de salud mental infantojuvenil. Aplicar La escala Paykel de medida de ideación y conducta suicida, si existe riesgo de alto impacto emocional. y evaluar, aplicando una escala en ésta población, mediante la escala Paykel, validada en España (Fonseca-Pedrero).

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se hará Difusión del proyecto al Equipo de Atención Primaria C.S Delicias Sur. Se darán dos horas de formación a médicos y enfermeras de Atención primaria del C.S: Delicias Sur.

Fecha inicio: 20/10/2022

Fecha final.: 18/10/2024

Responsable.: Olga Rubio Remiro

2. En los factores de riesgo que se detecten en pacientes de 14 a 25 años de ambos sexos, aplicar Escala Paykel de riesgo de conducta suicida de 5 ítems. Respuesta SÍ/No. Puntuación de 1 a 5.

Fecha inicio: 20/10/2022

Fecha final.: 18/10/2024

Responsable.: Olga Rubio Remiro

3. Derivar los casos con respuesta positiva en esta escala a Atención especializada.

Fecha inicio: 20/10/2022

Fecha final.: 18/10/2024

Responsable.: Olga Rubio Remiro

4. Se reforzará formación de treinta minutos al final del primer año del proyecto a Médicos y enfermeras.

Fecha inicio: 20/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#198

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE PREVENCION DE CONDUCTA SUICIDA EN POBLACION INFANTOJUVENIL

Fecha final.: 20/10/2023

Responsable.: Olga Rubio Remiro

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de asistentes en la formación de médicos y enfermeras del C.S Delicias Sur.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de médicos y enfermeras que asisten a la formación  
Denominador .....: N° de Médicos y enfermeras de CS. Delicias sur  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: C.S Delicias Sur  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. - Número de escalas de Paykel aplicadas por profesionales médicos y enfermeras de C.S Delicias Sur.

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de escalas Paykel cumplimentadas.  
Denominador .....: N° de escalas Paykel cumplimentadas  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: C.S Delicias Sur  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

3. -Porcentaje de resultados con valor superior a 0 en la escala Paykel.

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de Escalas Paykel cumplimentadas  
Denominador .....: N° de Escalas con valor superior a 0  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Escalas Paykel recogidas en OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#588

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION CONSULTA DE ECOGRAFÍA EN CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#588 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GUERRERO GARCIA JACOBO

Título  
IMPLEMENTACION CONSULTA DE ECOGRAFÍA EN CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

Colaboradores/as:  
JIMENO MONZON ANA ISABEL  
RENDON FERNANDEZ HELENA  
RODRIGUEZ RODRIGUEZ CLAUDIA  
VAL GIL LAURA  
VALLESPI PUYOL INES

Ubicación principal del proyecto.: CS DELICIAS SUR

Servicio/Unidad principal .....: EAP DELICIAS SUR

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde el 2018 se inicia el plan de implementación y formación en ecografía en Atención Primaria en Aragón. Delicias Sur es uno de los pioneros en este campo por contar con un ecógrafo disponible para su utilización por el personal del centro.

Es una técnica que permite la mejora de la toma de decisiones en consulta de Atención Primaria, es rápida, barata y no invasiva y ayuda la independencia de los médicos de familia en la toma de decisiones gracias a la realización de pruebas complementarias.

Estimula a los facultativos a la formación continua y a la realización de ecografías en el centro.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora de toma de decisiones en Atención Primaria con reducción de tiempos de listas de espera.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de formación en ecografías y saturación del sistema.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Creación de agenda monográfica específica de ecografías
- Promoción de realización de ecografías por parte de los facultativos del centro
- Elaboración de un protocolo de derivación a la consulta de ecografía y presentación a todos los profesionales del centro
- Cuantificar y valorar las principales indicaciones de las ecografías realizadas en el centro
- Valorar la utilidad diagnóstica de cada indicación en concreto y la calidad de las exploraciones realizadas
- Formación continua de facultativos y residentes del centro
- Evaluar el grado de implementación de la consulta monográfica en el centro de salud

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Actividades organizativas: creación de la agenda, creación del protocolo de derivación.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 31/05/2023

Responsable.: Jacobo Guerrero García

2. Formación: sesiones específicas sobre indicaciones y realización de ecografías, así como del protocolo promoción de cursos externos sobre ecografías formación de tutores y responsables de la consulta

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Jacobo Guerrero García

3. Comunicativas: difusión del protocolo a todo el personal del centro

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Jacobo Guerrero García

4. Calidad: diseño del estudio y evaluación del proyecto

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 31/05/2023

Responsable.: Jacobo Guerrero García

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#588

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION CONSULTA DE ECOGRAFÍA EN CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Porcentaje de pacientes derivados a la consulta de ecografías

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de ecografías realizadas  
Denominador .....: Total de pacientes del area del Centro de Salud de Delicias Sur  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros obtenidos durante el proyecto  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.50

##### 2. Porcentaje de facultativos que participan en el proyecto

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Facultativos que participan en el proyecto  
Denominador .....: Total de facultativos del centro  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros obtenidos durante el proyecto  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Porcentaje de ecografías por tipo de solicitud

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Ecografías por tipo de solicitud  
Denominador .....: Total de ecografías  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros obtenidos durante el proyecto  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 4. Porcentaje de exploraciones que precisan derivación a servicio de Radiología

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Exploraciones que precisan derivación a servicio de Radiología  
Denominador .....: Total de exploraciones  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros obtenidos durante el proyecto  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

##### 5. Concordancia con exploraciones en servicio de Radiología

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Ecografías que se hayan realizado con resultado equiparable al obtenido en servicio de Radiología  
Denominador .....: Total de ecografías comparadas con aquellas que también hayan sido realizadas en servicio de Radiología  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros obtenidos durante el proyecto  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1011

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL EAP EPILA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#1011 \*\* IRAS PROA \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOPEZ ALONSO BEATRIZ

Título  
MEJORANDO EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL EAP EPILA

Colaboradores/as:  
BARRERA LINARES FERNANDO  
CARRILLO SORIA SANDRO DANIEL  
ESTEBAN GIMENO ANA BELEN  
GRACIA CERVERO ETHEL  
REDONDO COLLADO MARIA  
TEJERO LUNA ANA CRISTINA  
TEJERO SANCHEZ ARTURO C.

Ubicación principal del proyecto.: CS EPILA

Servicio/Unidad principal .....: EAP EPILA

Línea estratégica: IRAS PROA

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde el año 2018 el EAP participa de forma muy activa en el programa PROA de AP. Uno de nuestras máximas es el uso racional del antibiótico y desde que se firmó el compromiso por parte de todos los componentes del Equipo, el descenso del uso de antibióticos se ha mantenido, la mejora en los indicadores ha ido aumentando y la elección del más adecuado se ha realizado siguiendo la guía antimicrobiana del HCU. Creemos que no solo debemos concienciarnos nosotros como sanitarios, sino que debemos educar a la población sobre el uso racional de los antibióticos, y precisamente en las amigdalitis y faringitis es donde más demanda hay en casos innecesarios. La faringoamigdalitis aguda (FA) es una de las infecciones respiratorias más frecuentes en Atención Primaria. Es un proceso autolimitado y frecuentemente originado por una infección del tracto respiratorio de etiología viral. Cuando la FA es bacteriana, el agente etiológico más frecuente es el *Streptococcus pyogenes*  $\beta$ -hemolítico del grupo A (EBHGA) responsable del 20-30% de todas las faringoamigdalitis en niños y el 5-15% en adultos. En los EAP se dispone de test de diagnóstico rápido de antígeno estreptocócico (TDRA), que debe utilizarse en función de los criterios clínicos de los pacientes, lo que facilita el diagnóstico tanto en adultos como en población pediátrica, siendo por suerte cada vez más utilizada en adultos. La Guía Terapéutica Antimicrobiana del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), al igual que la Guía IRASPROA, establece claramente el tratamiento de elección de la faringoamigdalitis estreptocócica (R72): penicilina V oral, ya que no se han encontrado resistencias a la penicilina (sensibilidad 100%) en *S pyogenes*, y su espectro reducido genera menos resistencias a otros antibióticos.

#### ÁREAS DE MEJORA

La utilización de test rápido (TDRA) para diagnosticar faringoamigdalitis estreptocócica en población adulta es baja. El porcentaje de utilización adecuada de antibióticos de acuerdo a la guía del Plan Nacional de resistencia a los antibióticos (PRAN) en este diagnóstico presenta una alta variabilidad entre los profesionales y constituye un área de mejora.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Rutina profesional, siempre lo he hecho así  
Desconocimiento de la posibilidad de utilizar TDRA en población adulta si se cumplen 3 ó más criterios de Centor.  
Falta de tiempo en consulta para realizar el test y por tanto para decidir la utilización de antibiótico.  
Falta de formación sobre la resistencia del *S Pyogenes* en nuestro medio y del tratamiento de elección.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Aumentar la utilización del TDRA para facilitar la decisión de la necesidad del tratamiento antibiótico.  
Promover el uso adecuado de antibióticos mejorando la adecuación de la prescripción en la faringoamigdalitis aguda estreptocócica (penicilina V oral y amoxicilina).  
Monitorizar la adecuación a la Guía Antimicrobiana en este diagnóstico.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación sobre el tratamiento de elección en faringoamigdalitis estreptocócica y las herramientas diagnósticas disponibles y cuando utilizarlas.  
Fecha inicio: 26/09/2022  
Fecha final.: 29/05/2023  
Responsable.: Beatriz López Alonso



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1011

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL EAP EPILA

2. Monitorizar la utilización de TDRA

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/08/2023

Responsable.: Mario Esquerro/María Redondo

3. Monitorizar la utilización de los antibióticos de elección en faringoamigdalitis estreptocócica.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/08/2023

Responsable.: Ana Cristina Tejero Ana Belén Esteban Sandro Carrillo Fernando Barrera Arturo Tejero Ethel Gracia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Protocolizar la atención al paciente con diagnóstico de amigdalitis aguda, consiguiendo que el 100% de los pacientes con 3 o más criterios Céntor, tengan un streptotest para diagnóstico y tratamiento según resultado, siguiendo la guía PROA del HCU

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % profesionales que asisten a la formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Profesionales que asisten a reunión

Denominador ..... Profesionales del EAP

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Acta sesión

Est.Mín.1ª Mem .. 70.00

Est.Máx.1ª Mem .. 90.00

Est.Mín.2ª Mem .. 70.00

Est.Máx.2ª Mem .. 90.00

2. % en la utilización de TDRA

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... TDRA utilizados en R72

Denominador ..... Diagnosticos de R72

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: HCE

OMI

Est.Mín.1ª Mem .. 65.00

Est.Máx.1ª Mem .. 80.00

Est.Mín.2ª Mem .. 75.00

Est.Máx.2ª Mem .. 95.00

3. Prescripciones de antibióticos de primera elección en R72

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Prescripciones de penicilina V y amoxicilina en R72

Denominador ..... Prescripciones de antibióticos en R72

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mando farmacia

Est.Mín.1ª Mem .. 75.00

Est.Máx.1ª Mem .. 85.00

Est.Mín.2ª Mem .. 85.00

Est.Máx.2ª Mem .. 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#196

### 1. TÍTULO

#### FORMACION BASICA SOBRE REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) Y EL USO DEL DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO (DESA) EN LA ZONA DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Fecha de entrada: 21/06/2022

Nº de registro: 2022#196 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARQUINA DE DIEGO ESTER

Título  
FORMACION BASICA SOBRE REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) Y EL USO DEL DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO (DESA) EN LA ZONA DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Colaboradores/as:  
LAFUENTE MORENO BELEN  
MORENO ROMERO MARIA ASUNCION  
MORLANS ANORO SILVIA  
NADAL BINTANED DANIEL  
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

Servicio/Unidad principal .....: EAP HERRERA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se ha creído conveniente la realización de este proyecto debido a que la patología de parada cardiorrespiratoria es un problema a nivel mundial, y las actuaciones realizadas por parte de los ciudadanos hasta la llegada de los servicios sanitarios son escasas, ya sea por falta de conocimientos, miedo ante la situación, u otros motivos.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Formar a la población de la zona en Reanimación Cardiopulmonar y el uso del DESA, para que sean capaces de realizar la primera asistencia hasta nuestra llegada debido a la gran dispersión geográfica de la zona.
- Actualización de los profesionales en la materia según las últimas actualizaciones de los protocolos vigentes.
- Fomentar más formaciones entre la población de la zona.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- La falta de conocimientos por falta de formación en la materia.
- Elevada media de edad entre la población, sobre todo durante los meses de invierno.
- Desgaste de los sanitarios, generando falta de iniciativa a la hora de realizar formaciones para la zona.
- Gran dispersión geográfica entre la cabecera y el resto de consultorios de la zona.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar los conocimientos sobre la materia propuesta, evaluándolos con un test pre formación y comparando los resultados con un test post formación.
- Generar seguridad en los habitantes de la zona ante una situación de emergencia como puede ser un PCR.
- Aumentar el número de Reanimaciones iniciadas hasta la llegada de los servicios sanitarios.
- Actualización como profesionales ante una situación de RCP.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión del equipo que formamos el proyecto para coordinarnos en las diferentes tareas antes del inicio de la formación

Fecha inicio: 27/06/2022

Fecha final.: 27/06/2022

Responsable.: Fco Javier Pérez Torres y Maria Asunción Moreno Romero

2. Administración de un pre test y formación teórica sobre la materia (RCP y DESA)

Fecha inicio: 19/07/2022

Fecha final.: 05/08/2022

Responsable.: Daniel Nadal Bintaned y Belén Lafuente Moreno

3. Formación práctica sobre la materia (RCP y DESA) y administración del post test.

Fecha inicio: 19/07/2022

Fecha final.: 05/08/2022

Responsable.: Ester Marquina de Diego, Belén Lafuente Moreno y Daniel Nadal Bintaned

4. Análisis de los datos obtenidos mediante los test y comparación de los mismos.

Fecha inicio: 08/08/2022

Fecha final.: 12/08/2022

Responsable.: Silvia Morlans Anoro

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#196

### 1. TÍTULO

#### FORMACION BASICA SOBRE REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) Y EL USO DEL DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO (DESA) EN LA ZONA DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de habitantes de Loscos que reciben la formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de habitantes que reciben la formación

Denominador .....: Número de habitantes de Loscos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de asistencia y censo actual .

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. % de habitantes de Monforte de Moyuela que reciben la formación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de habitantes que reciben la formación

Denominador .....: Número de habitantes de Monforte de Moyuela

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de asistencia y censo actual .

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

3. % de habitantes de Aguilón que reciben la formación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de habitantes que reciben la formación

Denominador .....: Número de habitantes de Aguilón

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de asistencia y censo actual .

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

4. % de personas que empiezan y acaban la formación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de personas que empiezan y acaban la formación completa

Denominador .....: Número de personas que comienzan la formación pero no la finalizan por completo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio (hoja de asistencia)

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

5. % de personas que se ven capacitadas a realizar una RCP antes de la formación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de personas que se ven capacitadas a realizar una RCP antes de la formación

Denominador .....: Número de personas que reciben la formación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

6. % de personas que se ven capacitadas a realizar una RCP después de recibir la formación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de personas que se ven capacitadas a realizar una RCP después de recibir la formación

Denominador .....: Número de personas que reciben la formación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 55.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#196

### 1. TÍTULO

#### FORMACION BASICA SOBRE REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) Y EL USO DEL DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO (DESA) EN LA ZONA DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

7. % de personas que en las preguntas objetivas obtienen el total de aciertos tras la formación  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de personas que en las preguntas objetivas obtienen el total de aciertos tras la formación  
Denominador .....: Número de personas que realizan el test y la formación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Población sana

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#255

### 1. TÍTULO

#### ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#255 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MORENO ROMERO MARIA ASUNCION

Título  
ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Colaboradores/as:  
LAFUENTE MORENO BELEN

Ubicación principal del proyecto.: CS HERRERA DE LOS NAVARROS

Servicio/Unidad principal .....: EAP HERRERA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se cree necesario la realización de este proyecto debido a que actualmente padecen esta enfermedad un 9,3 % de la población mundial entre 20 y 79 años, preveiendo su aumento en los próximos años .  
Es una enfermedad con elevada prevalencia y que supone un elevado coste sanitario cada año.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Informar a la población de la importancia del buen control de la enfermedad en las consultas.
- Incidir en la educación sanitaria de los pacientes para prevención de la enfermedad.
- Controles analíticos según protocolo actual en función del tipo de tratamiento prescrito.
- Importancia de analíticas anuales en la población general para detectar posibles nuevos casos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Priorización de otras necesidades debido a la situación de pandemia que hemos vivido.
- Renovación constante de la plantilla del centro de salud tanto de enfermería como de medicina debido a diferentes causas, lo que hace más difícil el control de los pacientes.
- Miedo de los mismo pacientes a la hora de acudir al centro de salud para los controles rutinarios durante el tiempo de pandemia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Buen control analítico del paciente diabético en cuanto a cifras de glucemia y hemoglobina glicosilada siguiendo el protocolo actual.
- Evitar complicación orgánicas relacionadas con el mal control de la enfermedad: cardiovasculares, renales..., indiciendo en la importancia de la dieta y el ejercicio.
- Actualización de los profesionales de cara a los nuevos protocolos , tratamientos, etc.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesiones clínicas en el centro de salud para la actualización de los profesionales.

Fecha inicio: 27/06/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: Maria Asunción Moreno

2. Revisión por parte de cada profesional de su cupo de pacientes diabéticos para su control

Fecha inicio: 27/06/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: Todo el equipo

3. Control de realización de retinografías anuales.

Fecha inicio: 27/06/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: Todo el equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de habitantes con buen control de la diabetes actual

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de habitantes con buen control de la diabetes actual

Denominador .....: Numero total de habitantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI y TIS totales de la zona

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#255

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HERRERA DE LOS NAVARROS

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. % de profesionales del EAP de Herrera que reciben todas las sesiones de actualización  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Numero de profesionales del EAP de Herrera que reciben todas las sesiones de actualización  
Denominador .....: Numero total de profesionales de EAP de Herrera  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hojas de asistencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#191

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION EXTRAHOSPITALARIA URGENTE EN CS LA ALMUNIA

Fecha de entrada: 20/06/2022

Nº de registro: 2022#191 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CANET FAJAS CARLOTA

Título  
MEJORA EN LA ATENCION EXTRAHOSPITALARIA URGENTE EN CS LA ALMUNIA

Colaboradores/as:  
BLASCO LABANDA AURORA  
CALLEJAS GIL INMACULADA  
DOMINGO NOGUERAS CARMEN  
ESTEBAN GIL BEATRIZ MARIA  
MARQUINA DE DIEGO ESTER  
ORUE JUNGUITU ALMA MARIA  
URIETA GONZALEZ LAURA

Ubicación principal del proyecto.: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Servicio/Unidad principal .....: EAP LA ALMUNIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

- El PAC del CS La Almunia incluye la atención de la población de 5 municipios: La Almunia de Doña Godina, Calatorao, Ricla, Almonacid y Alpartir, sumando un total de 16.625 tis  
- El mantenimiento del carro de paradas es necesario por la importancia de disponer de todo el material y dispositivos que en una situación médica de urgencia se puedan requerir, por ello el que dicho material se encuentre en su lugar y bajo las condiciones óptimas de conservación es una de las necesidades detectadas.  
- Las peculiaridades de la población atendida en horario de Atención continuada suponen un reto para los profesionales de la salud: alto porcentaje de atención a personas inmigrantes en situación legal irregular, con trabajos temporales que les obligan a desplazarse entre varios municipios y/o CCAA a lo largo del año, con lo que no es posible una asignación a un Médico/Enfermero determinado lo que conlleva consultas médicas frecuentes y repetitivas en horario de AC, con la imposibilidad de someterse a un seguimiento diagnóstico y a un tratamiento mantenidos y/o adecuados a cada paciente..  
Inadecuada organización y mantenimiento de la sala de urgencias y maletines, con acúmulo de medicación en algunos casos, falta de material y medicación en otros, inadecuado control de medios diagnósticos y terapéuticos (un único desfibrilador, lo que conlleva quedarse en el Centro sin él si hay que llevarlo a un domicilio urgente. Ausencia en el carro de paradas de monitor cardiaco).

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Mejorar la gestión de la sala de urgencias: maletines, carro paradas y material/medicación de la sala.
2. Establecer organización estandarizada de mantenimiento del carro de paradas.
3. Mejorar la eficiencia del sistema a través de un mejor conocimiento por parte de la población del uso adecuado de la atención continuada urgente para racionalizar el uso de la misma y potenciar la importancia de solicitar la asignación a un CS de referencia.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. No hay un responsable único en el cuidado y mantenimiento de las salas de urgencias, todos en cierta medida lo somos. Por eso es tarea de todos los profesionales que hacemos uso de los materiales y fármacos durante el horario de Atención Continuada.
2. El carro de paradas no se utiliza afortunadamente a diario, pero cuando se abre y se desprecintan los cajones, debemos reponer lo que se utilice y volver a sellarlo para así garantizar que sigue estando todo presente y revisado.
3. La tasa de población extranjera en La Almunia según datos de 2021 es del 2.44 por cada 100 habitantes, 1,81 por cada 100 en Calatorao, 2.05 en Ricla, 2.72 en Almonacid y 0.82 en Alpartir. Supone una barrera idiomática, un concepto de enfermedad-salud diferente, y una demanda de atención sanitaria predominantemente fuera de la consulta habitual por los horarios de los empleos, del sector agrícola en su mayoría.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Para ello, objetivos:  
- Optimizar el uso de la Atención Continuada redonda en una mejora en la atención a los pacientes por el tipo de asistencia que puede prestarse. La atención sanitaria urgente recoge las siguientes situaciones (descritas en Salud Informa):  
-La continuidad de tratamientos indolorables como curas e inyectables.  
-La atención a urgencias sanitarias.  
-Emergencias sanitarias (Accidentes, cuadros de dificultad respiratoria, dolor torácico, intoxicaciones graves, pérdida de consciencia, problemas neurológicos y urgencias pediátricas).  
- Conocer, mantener y mejorar los recursos materiales disponibles para llevar a cabo esta asistencia adecuada.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#191

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION EXTRAHOSPITALARIA URGENTE EN CS LA ALMUNIA

1. Elaborar protocolo de mantenimiento del carro de paradas y los maletines de urgencias

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: AURORA BLASCO LAVANDA

2. Análisis numérico del uso de la Atención Continuada en el centro ( de 17.00 a 8.00 de lunes a viernes, y 24h los fines de semana).

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: INMACULADA CALLEJAS GIL

3. Diseñar y distribuir en la población material informativo dirigido a la población con las indicaciones del uso adecuado de la Atención Continuada.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: LAURA URIETA GONZALEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Sería bueno poder trabajar con el Consejo de Salud de la Zona y con el Ayuntamiento

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Promedio diario de Urgencias atendidas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Total de Urgencias atendidas

Denominador .....: 1 julio 2022- 30 diciembre 2022

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Pacientes citados (atendidos) agenda OMI Atención Continuada de CS La Almunia

Est.Mín.1ª Mem ..: 1500.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 2500.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1500.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2500.00

2. Promedio diario de Urgencias atendidas tras difusión folleto

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Total de Urgencias atendidas

Denominador .....: 1 enero 2023- 30 junio 2023

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes citados (atendidos) agenda OMI Atención Continuada de CS La Almunia

Est.Mín.1ª Mem ..: 1000.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 2000.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1000.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2000.00

3. Existencia protocolo

protocolo mantenimiento carro de paradas y maletín

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Existencia si

Denominador .....: Existencia no

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Protocolos de mantenimiento del carro de paradas y del maletín de urgencias.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. Conocimiento protocolo mantenimiento carro de paradas y maletín

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Firmas asistencia presentación del protocolo

Denominador .....: total personas implicadas (enfermería + medicina)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja firma asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. Conocimiento folleto



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#191

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION EXTRAHOSPITALARIA URGENTE EN CS LA ALMUNIA

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Firmas asistencia presentación del protocolo  
Denominador .....: total personas implicadas (enfermería + medicina)  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja firma asistencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

6. Distribución folleto  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Folletos repartidos  
Denominador .....: Folletos emitidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Recuento folletos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 200.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 500.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 200.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 500.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> PATOLOGIAS URGENTES Y SU ATENCION URGENTE

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#254

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL BLOG LA ALMUNIA SALUDABLE

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#254 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BRAVO ANDRES RAQUEL

Título  
IMPLEMENTACION DEL BLOG LA ALMUNIA SALUDABLE

Colaboradores/as:  
CALLEJAS GIL INMACULADA  
ESTEBAN GIL BEATRIZ MARIA  
PEREZ LONGARES PATRICIA  
URIETA GONZALEZ LAURA  
ZABALA LAHOZ ROSA BLANCA

Ubicación principal del proyecto.: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Servicio/Unidad principal .....: EAP LA ALMUNIA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Actualmente las nuevas tecnologías, internet y las redes sociales se han convertido en las herramientas de difusión de información más utilizadas por toda la población. Este hecho, añadido al ámbito rural en el que se encuentra nuestro centro de salud así como la dispersión entre los distintos consultorios locales que tenemos, hace que sea de gran utilidad el disponer de una herramienta online a través de la cual podamos aumentar la comunicación entre el centro de salud y nuestros pacientes.

A través de la creación de un blog queremos crear líneas de comunicación y aumentar la participación comunitaria en las distintas actividades del centro. De esta manera conseguiremos una rápida difusión de las distintas actividades que se desarrollan para aumentar la participación en ellas, informar sobre las distintas consultas, entre ellas las monográficas, así como compartir información útil y fiable sobre promoción de la salud, actividades preventivas, información sobre enfermedades prevalentes en cada momento, etc. y así conseguir potenciar la capacidad de los pacientes en el abordaje de su cuidado.

El blog dispone de enlaces de interés a otras webs que pueden resultar de utilidad para los pacientes, como puede ser la web de Salud Informa o el enlace directo a la farmacia de guardia correspondiente. También dispone de una encuesta de satisfacción para que realicen los usuarios y sirva de feedback de información.

#### ÁREAS DE MEJORA

Poca capacidad de difusión de información entre el centro de salud y la población.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Dispersión entre las distintas localidades que forman la zona básica de salud  
Solo reciben la información, los pacientes que acuden al centro de salud.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Aumentar nuestra capacidad de difusión de información entre el centro de salud y nuestros pacientes.
- Dar a conocer el centro de salud, los consultorios locales y los miembros del equipo a la población.
- Dar a conocer las distintas actividades que se realizan, consultas, talleres, actividades comunitarias y promover la participación de todos pacientes en ellas.
- Conocer las necesidades e inquietudes de los usuarios del blog.
- Promover actividades de promoción, prevención y educación para la salud entre toda la población.
- Potenciar la capacidad de los pacientes en el abordaje de su cuidado.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación del blog. Las entradas del mismo serán clasificadas en diferentes apartados para que le resulte más fácil a la población el acceso a las mismas.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 30/06/2022

Responsable.: Raquel Bravo Andres

2. Dar a conocer el blog mediante carteles e infografías colgadas en las paredes del centro de salud y consultorios.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/10/2022

Responsable.: Laura Urieta González

3. Añadir en la web de los ayuntamientos de las distintas localidades un enlace al blog del centro de salud para aumentar la capacidad de difusión del mismo

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/10/2022

Responsable.: Inmaculada Callejas Gil

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#254

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL BLOG LA ALMUNIA SALUDABLE

4. Reuniones mensuales de los miembros del equipo para decidir y planificar los temas que van a ser publicados en el blog así como comentar los resultados de las encuestas de satisfacción

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Raquel Bravo Andrés

5. Publicar con una periodicidad de, al menos, 15 días una nueva entrada en el blog.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Raquel Bravo Andrés

6. Revisar las encuestas de satisfacción realizadas por los usuarios del blog y valorar el grado de satisfacción de las mismas

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Beatriz Maria Esteban Gil

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. grado de satisfacción con los contenidos publicados en el blog

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: numero de encuestas de satisfacción con resultados positivos

Denominador .....: numero total de encuestas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Blog del centro de salud

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Registro de seguidores del blog

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: numero de seguidores del blog

Denominador .....: población perteneciente al EAP La Almunia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: blog del centro de salud

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

3. número de entradas en el blog

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de entradas realizadas al finalizar el primer año desde la creación del blog

Denominador .....: número de entradas planificadas en el momento de la creación del blog

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: blog del centro de salud

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> patologías prevalentes entre la población

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#447

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO (COMPLICACIONES QUE PUEDEN APARECER EN EL PIE DEL PACIENTE DIABÉTICO ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE NEUROPATÍA O ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA: INFECCIÓN, ÚLCERA Y NECROSIS)

Fecha de entrada: 02/07/2022

Nº de registro: 2022#447 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
BIERGE VALERO ALEJANDRO OSCAR

Título  
PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO (COMPLICACIONES QUE PUEDEN APARECER EN EL PIE DEL PACIENTE DIABÉTICO ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE NEUROPATÍA O ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA: INFECCIÓN, ÚLCERA Y NECROSIS)

Colaboradores/as:  
BENITO LOPEZ ANA MILAGROS  
GALLEL URGEL MARIA MERCEDES  
IBÁÑEZ CATALAN JULIA  
LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO  
MARCEN BENEDICO TATIANA  
MELUS GUTIERREZ ANGEL  
MORENO MOLINA MARIA JESUS

Ubicación principal del proyecto.: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Servicio/Unidad principal .....: EAP LA ALMUNIA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La diabetes afecta al 10% de la población. El 25% de los diabéticos presentarán una úlcera a lo largo de su vida. El 80% de las amputaciones en pacientes diabéticos son precedidas de úlceras. La detección precoz de neuropatía diabética y de arteriopatía periférica en los pacientes diabéticos puede permitir su tratamiento y disminuir el riesgo de aparición de complicaciones asociadas, como infección, úlceras o necrosis.

#### ÁREAS DE MEJORA

Aumentar el número de pacientes diabéticos en los que se determina la HbA1c.  
Aumentar el número de pacientes diabéticos en los que se ha valorado el riesgo de pie diabético.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La exploración de los pies en los pacientes diabéticos no ha sido exhaustiva y la valoración del riesgo de pie diabético no alcanza la cobertura deseada.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la cobertura en la atención al paciente diabético, incrementando el número de pacientes a los que se les determina HbA1c y se explora el riesgo de pie diabético.  
Mejorar la valoración integral del paciente diabético.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Anualmente: inspección de los pies y exploración neurológica (reflejos aquileos, sensibilidad táctil y sensibilidad vibratoria)  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/07/2023  
Responsable.: medicina y enfermería

2. Determinación semestral de HbA1c  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/07/2023  
Responsable.: medicina y enfermería

3. Anualmente: exploración vascular (palpación de pulsos distales, exploración con doppler y cálculo del índice tobillo/brazo).  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/07/2023  
Responsable.: medicina y enfermería

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Con las revisiones analíticas semestrales, se citará en consulta programada a los pacientes diabéticos y se realizará la exploración, una vez en consulta de enfermería y otra, en la consulta de medicina de familia. En una de esas dos consultas programadas, se realizará en los pies inspección, exploración de sensibilidad, exploración de reflejo aquileo y rotuliano y palpación de pulsos pedio y tibial posterior. Se registrarán todos estos datos y se hará constar el valor de la HbA1c y si es o no fumador.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#447

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO (COMPLICACIONES QUE PUEDEN APARECER EN EL PIE DEL PACIENTE DIABÉTICO ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE NEUROPATÍA O ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA: INFECCIÓN, ÚLCERA Y NECROSIS)

El la otra cita programada, se realizará exploración con doppler de pulsos tibial posterior y pedio y se realizará el índice tobillo/brazo.  
Se excluirán a pacientes inmovilizados y a aquellos que presenten patología que impida su colaboración.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Porcentaje de pacientes diabéticos explorados

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de pacientes diabéticos explorados  
Denominador .....: Total de pacientes diabéticos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 55.00

##### 2. Porcentaje de úlceras en pie en los pacientes diabéticos

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes diabéticos con úlcera en el pie  
Denominador .....: Total de pacientes diabéticos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

El trabajo se va a realizar en las localidades de Calatorao y Ricla, pertenecientes a la zona básica de salud de La Almunia de doña Godina.  
Son 4 cupos de medicina y enfermería.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#606

### 1. TÍTULO

#### EJERCICIO TERAPEUTICO Y ESTIRAMIENTOS PARA FOMENTAR LA ACTIVIDAD FISICA EN LA POBLACION

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#606 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ASTARRIAGA CABANAS ALEJANDRO

Título  
EJERCICIO TERAPEUTICO Y ESTIRAMIENTOS PARA FOMENTAR LA ACTIVIDAD FISICA EN LA POBLACION

Colaboradores/as:  
AGANZO LOPEZ FRANCISCO-JOSE  
BUERA COLELL ANA  
CANET FAJAS CARLOTA  
DEZA ANDREU CRISTINA  
JUDEZ TEJERO MARIA  
NAYA MATEU YOLANDA

Ubicación principal del proyecto.: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Servicio/Unidad principal .....: EAP LA ALMUNIA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Mejorar la calidad de vida de los pacientes en una población con mucha patología crónica y bastante sedentaria.  
Se pretenda concienciar a la población de lo importante que es la actividad física en el día a día.

ÁREAS DE MEJORA  
Sedentarismo.  
Patologías crónicas.  
Obesidad.

ANÁLISIS DE CAUSAS  
Poco conocimiento acerca de una correcta actividad física por parte de la población.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Mejorar la calidad de vida de los pacientes en una población con mucha patología crónica y bastante sedentaria.  
Se pretenda concienciar a la población de lo importante que es la actividad física en el día a día.  
Se pretende conseguir una mejora de la flexibilidad articular y una mejora del tono muscular.  
Queremos conseguir la adhesión del paciente a un plan de actividad física en su vida diaria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesiones de estiramientos.  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Alejandro Astarriaga Cabanas

2. Charla sobre educación postural y actividad física.  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Alejandro Astarriaga Cabanas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Mejora de movilidad en pacientes con problemas.  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Mejora de movilidad en pacientes con problemas de columna.  
Denominador .....: Personas con problemas de columna.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Mejora del tono muscular y equilibrio.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#606

### 1. TÍTULO

#### EJERCICIO TERAPEUTICO Y ESTIRAMIENTOS PARA FOMENTAR LA ACTIVIDAD FISICA EN LA POBLACION

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Mejora del tono muscular y equilibrio.  
Denominador .....: Personas con problemas de equilibrio y atrofia muscular.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#640

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION COMUNITARIA EN LA ALMUNIA DE D<sup>a</sup> GODINA

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#640 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MANJON LLORENTE GEMA

Título  
IMPLANTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION COMUNITARIA EN LA ALMUNIA DE D<sup>a</sup> GODINA

Colaboradores/as:  
ANGOSO BERROCAL FELIX  
BUERA COLELL ANA  
GONZALEZ SANZ ROSA  
LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO  
LORENTE HERNANDEZ ANA MARIA  
MORENO MOLINA MARIA JESUS  
ORUE JUNGUITU ALMA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Servicio/Unidad principal .....: EAP LA ALMUNIA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En centro de salud de La Almunia de D<sup>a</sup> Godina, antes de la pandemia, se hacían actividades que se pueden englobar en el marco de la Estrategia de Atención Comunitaria, sin embargo al formarse el grupo de trabajo de Comunitaria nos hemos dado cuenta de que no se habían reflejado ni publicado en una agenda comunitaria, no se ha realizado un mapeo de los activos de la zona, ni se hacía una recomendación formal de los recursos. La atención comunitaria lleva implícita la participación activa de los ciudadanos y sus organizaciones, de forma que la comunidad es un sujeto activo en el cuidado y promoción de su salud, por lo que es precisa la colaboración del Consejo de Salud y servicios sociales.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actividades comunitarias y recomendación activos para la salud de una forma protocolizada.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El centro de salud de La Almunia de D<sup>a</sup> Godina está en el centro de la comarca de Valdejalón, de él dependen, además de La Almunia, los pueblos de Alpartir, Almonacid de la Sierra, Calatorao y Ricla. Atiende a una población de 16.712 habitantes con una población inmigrante de un 30,89 %. La zona dispone de muchos recursos sanitarios y sociosanitarios, que probablemente no se han dado a conocer suficientemente. En los últimos años ha habido en el centro cambio en una gran parte de la plantilla, con lo cual facultativos que llevaban muchos años trabajando en la zona y eran conocedores de los recursos, han sido reemplazados por personal nuevo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mapeo de activos y registro en la página de buscador de activos de la página de Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón. <https://atencioncomunitaria.aragon.es/activos-para-la-salud/>
- Creación y publicación de la agenda comunitaria básica del centro de salud de La Almunia.
- Información y puesta en común con el equipo mediante sesión clínica de la agenda comunitaria y recursos de activos de salud de la zona.
- Manejo y uso en consulta de protocolo: AP- RECOMENDACION ACTIVOS PARA LA SALUD.
- Recomendación de paseos saludables como activo de salud.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Constitución de equipo responsable de proyecto dentro del EAP

Fecha inicio: 10/03/2022

Fecha final: 14/03/2022

Responsable.: Gema Manjón Llorente

2. Contacto con Consejo de Salud y organizaciones locales para solicitar su ayuda en la búsqueda de activos de salud de la zona.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 30/06/2022

Responsable.: Antonio Lafuente Lafuente y Gema Manjón Llorente

3. Inclusión de activos en el buscador.

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Ana Lorente y Rosa Gonzalez Sanz



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#640

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION COMUNITARIA EN LA ALMUNIA DE D<sup>a</sup> GODINA

4. Elaboración de la agenda comunitaria del centro de salud

Fecha inicio: 11/07/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Felix Angoso Berrocal

5. Presentación del proyecto y formación al resto de miembros del EAP

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Gema Manjón Llorente

6. Desarrollo del programa en el centro, con recomendación de activos a través de OMI AP.

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Ana Buera Collel y Alma Orue Junguitu

7. Evaluación del proyecto y presentación de resultados al resto del EAP

Fecha inicio: 03/04/2023

Fecha final.: 28/04/2023

Responsable.: Gema Manjón Llorente

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de asistentes a las reuniones

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de asistentes a las reuniones

Denominador .....: nº de profesionales del centro

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas de las sesiones del centro

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. % de profesionales que recomiendan activos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de profesionales que recomiendan activos desde la consulta a través de OMI-AP

Denominador .....: nº de profesionales del centro

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: OMI AP: y recogida hojas de derivación de recomendación activos

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. % de derivaciones que acuden a los paseos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de personas que acuden a los paseos

Denominador .....: nº de personas que ha sido derivadas

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Recogida hojas de derivación de recomendación activos

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. % de percepción de mejora de salud personal después de haber realizado la actividad

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Valoración con encuesta EUROCOOL D5 después de la actividad- Valoración con encuesta EUROCOOL

D5 antes de la actividad

Denominador .....: Valoración con encuesta EUROCOOL D5 antes de la actividad

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Hojas de encuesta EUROCOOL D5 antes y después de la actividad

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#640

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION COMUNITARIA EN LA ALMUNIA DE D<sup>a</sup> GODINA

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#950

### 1. TÍTULO

#### SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#950 \*\* Anticoncepción \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CASTELLOTE COLAS BEATRIZ

Título  
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

Colaboradores/as:  
ABENGOCHEA COTAINA BELEN  
BARRIGA BOSQUED LIDIA  
JUDEZ TEJERO MARIA  
NAYA MATEU YOLANDA  
NEGRO MORAL RAUL  
RODRIGUEZ CASTILLEJO RAFAEL

Ubicación principal del proyecto.: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Servicio/Unidad principal .....: EAP LA ALMUNIA

Línea estratégica: Anticoncepción

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Informar a la población adolescente perteneciente al CS de La Almunia de la importancia de cuidar la Salud Sexual y Reproductiva

#### ÁREAS DE MEJORA

- Prevenir el embarazo no deseado
- Riesgos en el embarazo durante la adolescencia
- Prevención de enfermedades de transmisión sexual

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Desconocimiento de los métodos anticonceptivos disponibles
- Desconocimiento de los riesgos de las infecciones de transmisión sexual

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Disminuir la tasa de infecciones de transmisión sexual
- Aumentar los conocimientos sobre opciones anticonceptivas y su manejo

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Realización de carteles informativos
- Realización de sesiones de Educación para la Salud en los institutos de la zona
- Realización de Cine Forum (película Juno)

Fecha inicio: 15/11/2022

Fecha final: 01/06/2023

Responsable.: Todos los colaboradores

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Asistencia a los talleres

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Total de adolescentes que han participado

Denominador .....: Total de adolescentes pertenecientes al CS de la La Almunia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Elaboración propia (asistentes)

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 2. Conocimientos adquiridos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de adolescentes que superan el test de evaluación final

Denominador .....: Total de adolescentes que han participado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Elaboración propia (encuestas de evaluación)

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#950

### 1. TÍTULO

#### SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#977

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE ACOGIDA Y PREVENCIÓN DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN MUJERES DE ETNIA AFRICANA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#977 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ABENGOCHEA COTAINA BELEN

Título  
PROGRAMA DE ACOGIDA Y PREVENCIÓN DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN MUJERES DE ETNIA AFRICANA

Colaboradores/as:  
RODRIGUEZ CASTILLEJO RAFAEL  
VALERO OROS MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA

Servicio/Unidad principal .....: EAP LA ALMUNIA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En nuestro C.S de La Almunia de Doña Godina hemos verificado un aumento del número de niñas de etnia Africana adscrito al Servicio de Pediatría y a su vez hemos detectado un aumento de mujeres adultas de etnia Africana que poco a poco se va instaurando en la Zona Rural de la Almunia . hasta ahora el Programa de Prevención de la Mutilación Genital Femenina , estaba centrado en las niñas , ahora con la última modificación del programa se intenta abordar también a las mujeres adultas de etnia africana desde otra perspectiva ya no solo la prevención sino la valoración y posible reconstrucción de esta mutilación que pueden sufrir las mujeres de etnia africana

#### ÁREAS DE MEJORA

Nos gustaría continuar con la Prevención de la Mutilación Genital Femenina en las niñas con etnias de riesgo y poder llegar y ampliar esta información a las mujeres adultas de población de riesgo que han podido sufrir ya esta Mutilación en su país de origen .

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Actualmente se ha ampliado el programa de prevención de Mutilación genital Femenina , con un nuevo protocolo complementario del 2022 con un Plan de Atención a la Mutilación Genital Femenina

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

.Registrar el protocolo de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en niñas de etnia africana integradas en la Consulta de Pediatría del CS de la Almunia .  
Captar a sus madres y familiares de población de riesgo .  
Captar resto de mujeres de etnia africana que viven en CS de la Almunia .

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Registrar el protocolo de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en población pediátrica del CS de la Almunia

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Belen Abengochea Cotaina . Rafael Rodriguez Castillejos

2. Captar a sus madres y familiares de población de riesgo .Aprovechando la información que se da en la Consulta de Pediatría en las revisiones del niño sano o de atención al niño inmigrante

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Belen Abengochea Cotaina . Rafael Rodriguez Castillejos

3. Captar resto de mujeres de etnia africana que viven en CS de la Almunia a través de charlas informativas a este colectivo

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Belen Abengochea Cotaina . Rafael Rodriguez Castillejos . Maria Pilar Valero Oros

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Nos gustaría contar con la participación de otros colectivos expertos en esta materia divulgativa . Trabajadoras Sociales , Médicos Mundi , Instituto Aragonés de la Mujer

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Niñas con realización del Protocolo de Prevención de Mutilación Genital Femenina

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#977

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE ACOGIDA Y PREVENCION DE MUTILACION GENITAL FEMENINA EN MUJERES DE ETNIA AFRICANA

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de protocolos realizados de Prevención de Mutilación Genital Femenina en niñas del CS de la Almunia en el ultimo año  
Denominador .....: Número total de niñas de etnia africana vistas en consulta de pediatria del CS de la Almunia en el ultimo año  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Guia de Protocolo de Prevencion de Mutilación Genital Femenina en Aragon Febrero 2016  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 2. Captacion de madres y familiares de grupos de riesgo de Mutilacion Genital Femenina

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Madres a las cuales se les ha dado información comprensible sobre Mutilación Genital Femenina captadas en consulta de pediatria del CS de la Almunia  
Denominador .....: Unidad familiar de poblacion de riesgo de la Mutilación Genital Femenina  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Guia protocolo de Prevencion de Mutilación genital Femenina en Aragon febrero 2016.  
Plan de Atención a la Mutilación Genital femenina. Gobierno e Aragon 2021.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 3. Divulgación del programa de Atención a la Mutilación Genital Femenina en Aragon

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero charlas divulgativas del programa de Atención a la Mutilación Genital Femenina en Aragon  
Denominador .....: En mujeres con riesgo en diferentes ambitos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Plan de Atención a la Mutilación Genital femenina. Gobierno e Aragon 2021.

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

El primer y segundo indicador estan ya definidos , en el tercer indicador , hay que realizar un estudio e campo , para conocer como llegar a esta población vulnerable y como saber informales de las posibles prestaciones .

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#66

### 1. TÍTULO

#### TALLERES DE FORMACION COMUNITARIA DE SALUD INFORMA

Fecha de entrada: 09/06/2022

Nº de registro: 2022#66 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VILLANUEVA LIZANDRA RAQUEL

Título  
TALLERES DE FORMACION COMUNITARIA DE SALUD INFORMA

Colaboradores/as:  
GRACIA MARTINEZ ROSA MARIA  
TUNDIDOR SARASA NURIA  
VELAZQUEZ ARGUEDAS MANUELA

Ubicación principal del proyecto.: CS MARIA DE HUERVA

Servicio/Unidad principal .....: EAP MARIA DE HUERVA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el EAP de María de Huerva se ha detectado que hay numerosos paciente que no utilizan Salud Informa, bien porque aunque la conozcan, no saben usarla, bien porque no la conocen. Esta situación genera retraso en la atención sanitaria, sore todo en la atención telefónica y consultas innecesarias.

#### ÁREAS DE MEJORA

En el EAP de María de Huerva, queremos promover una actividad que nos permita dar a conocer la aplicación y la Web de Salud Informa a los usuarios del Centro de salud y consultorios de la Zona, potenciando la capacidad de los pacientes para favorecer su autonomía

#### ANALISIS DE CAUSAS

El desconocimiento o no saber utilizar dicha herramienta de un modo adecuado, hace que la población que desee acceder a dicha aplicación o web, no sepa como encontrar las acciones necesarias para satisfacer sus necesidades de un modo autónomo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Se pretende dar a conocer la aplicación de Salud Informa que se puede instalar en nuestro móvil, así como la web. De este modo incentivar al paciente la autonomía de la gestión de su historial médico, consulta citas, resultados, entre otros con un solo click.

#### Población diana:

EDAD: Todas las edades

SEXO: Ambos sexos

TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES: Usuarios del Centro de Salud y Consultorios de la Zona Básica de Salud de María de Huerva.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. INFORMACIÓN AL EQUIPO: Reunión de todo el equipo para explicar el proyecto y ver el mode implantarlo

Fecha inicio: 11/05/2022

Fecha final.: 11/05/2022

Responsable.: Raquel Villanueva Lizandra

2. ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS: Realización de Power Point y librillo para impartir en el curso a los pacientes

Fecha inicio: 13/05/2022

Fecha final.: 13/05/2022

Responsable.: Raquel Villanueva Lizandra y Manuela Velazquez Arguedas

3. PROMOCIÓN DEL CURSO: Carteles informativos, a través de las redes sociales ( Facebook Consultorio de Cuarte), Ayuntamientosde María de Huerva, Cuarte de Hueva y Cadrete y Administrativos Centros Salud

Fecha inicio: 13/05/2022

Fecha final.: 16/05/2022

Responsable.: Nuria Tundidor Sarasa, Jose Gaudioso Redrado y Rosa Gracia Martínez

4. REALIZACIÓN DEL CURSO: Impartición de cuatro cursos en diferentes municipios, comenzando el 19/05/2022 en el Centro Cívico de Cuarte de Huerva hasta el 7/06/2022 en Salón de Actos Ayuntamiento María

Fecha inicio: 19/05/2022

Fecha final.: 07/06/2022

Responsable.: Raquel Villanueva Lizandra y Manuela Velazquez Arguedas

5. ACTUALIZACIÓN DE LA GUIA: Reuniones del equipo para revisar resultados y detectar áreas de mejora posibles

Fecha inicio: 08/06/2022

Fecha final.: 08/06/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#66

### 1. TÍTULO

#### TALLERES DE FORMACION COMUNITARIA DE SALUD INFORMA

Responsable.: Raquel Villanueva Lizandra, Manuela Velazquez Arguedas y Rosa Gracia Martínez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se pretende:

Reducir la brecha digital de los usuarios

Impulsar la alfabetización digital de los usuarios

Informar de la seguridad y accesibilidad de contenidos sanitarios

Divulgar las funcionalidades de la Web y App SALUD INFORMA

Desarrollar estrategias de formación y capacitación de usuarios que favorezcan la autonomía del paciente.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % Pacientes que han realizado las acciones impartidas en el curso

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº Pacientes que han realizado las acciones impartidas en el curso

Denominador .....: Nº de pacientes a las que le ha llegado la información

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: BDU cupo mayores de edad

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % Pacientes asistentes a los cursos realizados

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº Pacientes asistentes a los cursos realizados

Denominador .....: Nº de pacientes que ponen en práctica lo impartido

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Contabilización de asistencia en los cursos

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Información para la autogestión de citas, consultas resultados pruebas, historial clínico, entre otros.

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#6

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA INFORMACION DE LOS TRAMITES NECESARIOS PARA DAR DE ALTA COMO BENEFICIARIO EN LA SEGURIDAD SOCIAL A UN RECIEN NACIDO

Fecha de entrada: 17/05/2022

Nº de registro: 2022#6      \*\* Eficiencia    \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VELAZQUEZ ARGUEDAS MANUELA

Título  
MEJORA EN LA INFORMACION DE LOS TRAMITES NECESARIOS PARA DAR DE ALTA COMO BENEFICIARIO EN LA SEGURIDAD SOCIAL A UN RECIEN NACIDO

Colaboradores/as:  
CABALLERO SEBASTIAN MARIA ELBA  
MAGAÑA JULIAN ELENA  
PERUN PERERA M. DOLORES  
TUNDIDOR SARASA NURIA  
VILLALBA CUBERO LAURA  
VILLANUEVA LIZANDRA RAQUEL

Ubicación principal del proyecto.: CS MARIA DE HUERVA

Servicio/Unidad principal .....: EAP MARIA DE HUERVA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el Consultorio de Cuarte se ha detectado que hay numerosos padres con hijos recién nacidos que acuden a dar de alta al niño en el sistema sanitario, pero no lo han dado de alta en la seguridad social como beneficiario porque no estaban informados.

Esta situación genera retraso en la atención sanitaria y supone duplicar el trabajo en Admisión del Centro de Salud, puesto que hay que dar un alta provisional y posteriormente el alta definitiva.

En el EAP de María de Huerva, al que pertenece el Consultorio de Cuarte, queremos promover una actividad que nos permita difundir la forma de dar de alta como beneficiario a un bebé recién nacido a través del portal de la Seguridad Social, potenciando la capacidad de las personas para el abordaje de determinados problemas o necesidades.

Además, queremos que en el caso de que no dispongan de recursos electrónicos puedan también tener unas instrucciones claras con información actualizada sobre los trámites necesarios para solicitar el alta de forma presencial.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar el nivel de satisfacción de los pacientes

Disminución de tiempos de trabajo y atención a los usuarios del centro de Salud

Mejorar las habilidades del paciente con respecto a los asuntos que les conciernen.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El paciente obtendrá información relevante de forma fácil y sencilla

El paciente vendrá ya con el alta de la seguridad social ya realizada lo que se traducirá en una mejora en la eficiencia en la prestación de servicios.

Se facilitará una guía sencilla con todos los pasos a realizar para dar un alta en la seguridad social a un hijo recién nacido.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Facilitar la equidad y la autonomía del paciente y contribuir a la sostenibilidad del sistema a través del uso de las tecnologías de la Relación, Información y Comunicación (TRIC).

Mejorar los trámites administrativos a la hora de dar de alta a los niños recién nacidos, en BDU para que cuando acudan al centro ya hayan sido dados de alta en la seguridad social y de esta forma evitar demoras innecesarias.

Facilitar a los padres antes del parto, información actualizada sobre los trámites a seguir para dar de alta a su hijo recién nacido como beneficiario en la Seguridad Social.

Desarrollar estrategias de formación y capacitación de usuarios que favorezcan la autonomía del paciente, para ello se les proporcionará una guía con la información necesaria bien en admisión cuando soliciten cita con la matrona por embarazo o bien en la consulta de la matrona.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. INFORMACIÓN AL EQUIPO: Reunión de todo el equipo para explicar el proyecto y ver el modo de implantarlo.

Fecha inicio: 11/05/2022

Fecha final.: 11/05/2022

Responsable.: manuela velazquez arguedas

2. REALIZACIÓN DE LA GUIA: Iniciar la creación la guía informativa.

Fecha inicio: 11/05/2022

Fecha final.: 31/05/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#6

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA INFORMACION DE LOS TRAMITES NECESARIOS PARA DAR DE ALTA COMO BENEFICIARIO EN LA SEGURIDAD SOCIAL A UN RECIEN NACIDO

Responsable.: manuela velazquez arguedas

3. PROMOCIÓN DE LA GUIA: A través de las redes sociales, ATS, TCAE, Matronas y Administrativos del Centro de Salud.

Fecha inicio: 31/05/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Nuria Tundidor Sarasa

4. ACTUALIZACIÓN DE LA GUIA: Añadir periódicamente información nueva y modificar la existente.

Fecha inicio: 31/05/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Manuela Velazquez , Raquel Villanueva y Elba Caballero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Esta misma guía podría ser de utilidad para el resto de usuarios del Centro de salud que necesiten darse de alta como Beneficiarios de la Seguridad Social (cónyuge, pareja de hecho, hijo/a, nieto/a, tutelado/a, acogido/a o hermano/a del titular que convivan y dependan económicamente del titular)

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. numero de pacientes que acuden a la matrona para controlar embarazo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: numero total de pacientes atendidos por la matrona

Denominador .....: numero total de pacientes que realizan el alta en el inss como beneficiario de su hijo antes de darlo de alta en el sistema de salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: pacientes que acuden a la matrona para controlar embarazo

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se realizará un registro de las pacientes que acuden a la matrona del centro de salud para control de embarazo a las que se les ha entregado la información para dar de alta a su hijo como beneficiario en la seguridad social.

Además se procederá a Anotarlo en OMI como acto administrativo, en observaciones se escribirá guía alta inss, para facilitar la búsqueda.

Una vez que acudan al centro se anotará en la hoja de registro y se añadirá un acto administrativo en OMI indicando Alta INSS realizada. De esta forma nos permitirá establecer el porcentaje de éxito del programa.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#195

### 1. TÍTULO

#### VERIFICACION DEL ESTADO VACUNAL DE LOS ADOLESCENTES QUE PASAN A MEDICOS DE ADULTOS

Fecha de entrada: 21/06/2022

Nº de registro: 2022#195 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ELVIRO MAYORAL LUIS CARLOS

Título  
VERIFICACION DEL ESTADO VACUNAL DE LOS ADOLESCENTES QUE PASAN A MEDICOS DE ADULTOS

Colaboradores/as:  
BAZAN COB ANA ISABEL  
LAHUERTA ROYO JESUS  
LALIENA AZNAR SARA

Ubicación principal del proyecto.: CS MARIA DE HUERVA

Servicio/Unidad principal .....: EAP MARIA DE HUERVA

Línea estratégica: --Otras--

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
VERIFICACION DEL ESTADO VACUNAL DE LOS ADOLESCENTES QUE PASAN A MEDICOS DE ADULTOS

ÁREAS DE MEJORA  
Dado que:

muchos niños no vienen a la consulta de la sanidad pública  
hay padres que se despistan del ritmo de vacunación  
algunos padres no les dan la importancia adecuada a tener un calendario vacunal completo  
que con la pandemia muchos padres se han desorientado con el tema de hacer las revisiones y la vacuna

Sería conveniente revisar los cupos de pediatría de los niños que han cumplido 14 años durante el año 2022 y verificar su estado vacunal.

ANALISIS DE CAUSAS  
Lo ya detallado

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Conseguir captar el mayor número posible de estos niños y anotarlo en el OMI.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Verificar estado vacunación niños 14 años

Fecha inicio: 21/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Luis Elviro

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. VERIFICACION DEL ESTADO VACUNAL DE LOS ADOLESCENTES QUE PASAN A MEDICOS DE ADULTOS

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número niños de 14 años captados  
Denominador .....: Numero niños de 14 años  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Vacunas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#195

### 1. TÍTULO

#### VERIFICACION DEL ESTADO VACUNAL DE LOS ADOLESCENTES QUE PASAN A MEDICOS DE ADULTOS

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#277

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ATENCION A LAS EMERGENCIAS PEDIATRICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARÍA DE HUERVA

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#277 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LALIENA AZNAR SARA

Título  
MEJORA DE LA ATENCION A LAS EMERGENCIAS PEDIATRICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARÍA DE HUERVA

Colaboradores/as:  
EGEA MARTIN SARA  
ELVIRO MAYORAL LUIS CARLOS  
LAHUERTA ROYO JESUS  
MARCO OLLOQUI MONICA  
PEREZ CALAHORRA SANDRA  
RUIZ FELIPE MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS MARIA DE HUERVA

Servicio/Unidad principal .....: EAP MARIA DE HUERVA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los centros de salud son los centros sanitarios más cercanos a la población general, por lo que, ante una situación de urgencias con un paciente pediátrico, es en los centros de salud donde se puede realizar la primera atención inicial y estabilización del paciente.  
Para mejorar la atención a los pacientes pediátricos en estas situaciones de urgencias, hemos creado unas tablas con las medicaciones que deben administrarse en las situaciones de emergencia que podemos recibir y atender en estos centros, especificando por kilogramo de peso la cantidad de medicación que se debe administrar. De esta forma tratamos de que la atención sea más rápida y sin errores terapéuticos secundarios a fallos en el cálculo de las dosis en la edad pediátrica.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Atención adecuada ante una emergencia pediátrica
- Evitación de errores terapéuticos secundarios a fallos en el cálculo de las dosis de las medicaciones pediátricas

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Las emergencias pediátricas vitales, por suerte, no son una consulta frecuente en los centros de salud; por ese motivo tratamos de facilitar la atención a nuestros pacientes pediátricos dando herramientas para orientar la actuación de pediatras, médicos de familia o enfermeros.
- La medicación en pediatría se debe calcular en función de los kilogramos que pesan los pacientes, por ello hemos creado unas tablas con las medicaciones de emergencia calculadas según los kilogramos de peso, de forma que no sea necesario el cálculo de las dosis en el momento crítico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la atención a los pacientes pediátricos en una situación de urgencia
- Evitar errores en la administración de la medicación secundarios a fallos en el cálculo de dosis
- Facilitar la toma de decisiones ante una urgencia pediátrica atendida en el centro de salud

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Analizar las situaciones de emergencias pediátricas que se beneficiarían de esta actuación

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Sara Laliena Aznar

2. Crear las tablas que indiquen la cantidad de medicación a administrar según los kilogramos que pese el paciente

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Sara Laliena Aznar

3. Repartir las tablas al equipo y colocarlas en las salas de urgencias de los consultorios médicos dependientes de María de Huerva

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/07/2022  
Responsable.: Sara Laliena Aznar

4. Presentar a los compañeros estas tablas y explicar su funcionamiento

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#277

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ATENCION A LAS EMERGENCIAS PEDIATRICAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MARÍA DE HUERVA

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Sara Laliena Aznar

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de urgencias pediátricas atendidas frente al total de urgencias

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Urgencias pediátricas

Denominador .....: Total de urgencias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

2. Porcentaje de urgencias pediátricas que puedan beneficiarse de las tablas de medicación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Urgencias pediátricas incluidas en las tablas de medicación

Denominador .....: Total de urgencias pediátricas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

3. Disminución de los fallos en la administración de medicación pediátrica

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Fallos en la administración de medicación pediátrica usando las tablas de medicación

Denominador .....: Fallos en la administración de medicación pediátrica sin usar las tablas de medicación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Hojas de incidencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Emergencias pediátricas (anafilaxia, broncoespasmo, laringitis, crisis convulsivas, hipoglucemia, parada cardiorrespiratoria)

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#485

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES

Fecha de entrada: 06/07/2022

Nº de registro: 2022#485 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RUIZ FELIPE MARIA

Título  
MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES

Colaboradores/as:  
EGEA MARTIN SARA  
FUSTERO FERNANDEZ MARIA VICTORIA  
MARTINEZ SIMON CRISTINA  
MATEO SEGURA ZORAIDA  
MINGUEZA MOZAS ANA ISABEL  
REDRADO GINER JOSE GAUDIOSO

Ubicación principal del proyecto.: CS MARIA DE HUERVA

Servicio/Unidad principal .....: EAP MARIA DE HUERVA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los últimos 10 años, se ha incorporado al campo de los anticoagulantes orales nuevos fármacos con un valor añadido, en determinadas circunstancias, recogidas en un informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) del Ministerio de Sanidad UT/V4/23122013, que mejoran la seguridad, los circuitos asistenciales, la calidad de vida de los pacientes y en definitiva los resultados de salud.

Este cambio de paradigma en la anticoagulación necesita un abordaje centrado en el paciente, que identifique a aquellos que podrían beneficiarse de los nuevos fármacos y asegure, que cuando se utilizan los nuevos ACOD ( Anticoagulantes orales de acción directa), estén bien indicados, se utilicen a dosis correcta y aunque no precisen monitorización, no se relaje su seguimiento, que debe seguir siendo estrecho y realizarse de forma coordinada con las Unidades de Coagulación y el personal de enfermería de los centros; Contando en todo momento con la participación activa del paciente y estrategias de optimización de la adherencia al tratamiento.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Seguimiento clínico de los pacientes tratados con fármacos Antivitamina K (AVK).
- Seguimiento clínico de los pacientes tratados con fármacos ACOD.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Control de pacientes tratados con AVK por mal control de INR.
- Valoración de la idoneidad de las dosis de ACOD utilizadas ( infradosificación o supradosificación), falta de seguimiento en pacientes tratados con ACOD por no necesitar control.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la seguridad clínica y la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales en nuestro Centro de salud.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Identificación de pacientes en tratamiento con cualquier tratamiento anticoagulante oral (AVK o ACOD)

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/01/2022

Responsable.: María Victoria Fustero Fernandez

2. Valorar el grado de control de los pacientes tratados con AVK midiendo el tiempo de rango terapéutico en rango (TRT) con el método Rosenthal, los últimos 6 meses.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 28/02/2022

Responsable.: José Gaudioso Redrado Giner

3. Identificar aquellos pacientes tratados con AVK, mal controlados que cumplen criterios según IPT para cambiar a ACOD, modificar tratamiento por su MAP o derivar a servicio de Hematología

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: Cristina Martinez Simón

4. Identificación de pacientes tratados con ACOD en el momento de inicio del proyecto: Revisar indicación, comprobar idoneidad de la dosis pautada, valorar el seguimiento adecuado según protocolo del C.S

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 31/05/2022

Responsable.: María Ruiz Felipe

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#485

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES

5. Sesiones clínica para el EAP de formación del manejo de los anticoagulantes, seguimiento de los pacientes tratados con ACOD etc.. Actualización del protocolo con nuevas herramientas informáticas.

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final: 30/06/2022

Responsable.: María Victoria Fernandez

6. Actividades formativas con los pacientes anticoagulados y/o cuidadores, integrado en las actividades para la Comunidad del Centro de Salud

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final: 31/05/2022

Responsable.: José Gaudioso Redrado Giner

7. Encuesta telefónica a pacientes tratados con ACOD que previamente estaban tratados con AVK para valorar grado de satisfacción y calidad de vida

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final: 30/04/2022

Responsable.: María Ruiz felipe

8. Evaluación de resultados

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final: 30/06/2022

Responsable.: María Ruiz Felipe

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes tratados con ACOD del total de los tratados con anticoagulantes orales

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes tratados con ACOD

Denominador .....: Total de pacientes tratados con anticoagulantes orales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

2. Porcentaje de pacientes anticoagulados con AVK con TRT<65%

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes tratados con AVK y TRT<65%

Denominador .....: Total de pacientes tratados con AVK

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: TAONET

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

3. Porcentaje de pacientes con AVK en los que el IPT recomienda su paso a ACOD

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes susceptibles de cambiar a ACOD según IPT

Denominador .....: Total de pacientes tratados con AVK

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

4. Porcentaje tratados con ACOD con constancia de seguimiento(tarjeta personal, adherencia tratamiento)

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes en los que consta en historia seguimiento mediante adherencia al tratamiento y tarjeta personal

Denominador .....: Total de pacientes tratados con ACOD

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI,RECETA ELECTRÓNICA (RE)

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#485

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

5. Porcentaje de indicación adecuada de ACOD

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes en los que los ACOD están bien indicados

Denominador .....: Total de pacientes tratados con ACOD

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI, HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

6. Porcentaje de pacientes tratados con ACOD y dosis pautada adecuada

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes con ACOD a dosis adecuadas

Denominador .....: Total de pacientes tratados con ACOD

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI, RE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

7. Porcentaje de asistentes del total de pacientes anticoagulados que acuden a la sesión formativa

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes anticoagulados que acuden a la sesión formativa

Denominador .....: Total de pacientes anticoagulados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Acta de actividades para la comunidad del C.S María de Huerva

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

8. Porcentaje de satisfacción de los pacientes que han pasado de anticoagulantes AVK a ACOD

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes satisfechos

Denominador .....: Total de pacientes a los que se les ha realizado la encuesta telefónica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#562

### 1. TÍTULO

#### CONTROL DE DERIVACIONES A LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE CS MARÍA DE HUERVA

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#562 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARIN PORTERO NURIA

Título  
CONTROL DE DERIVACIONES A LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE CS MARÍA DE HUERVA

Colaboradores/as:  
CHAZO SUBIRON SILVIA  
COLOMINA LAZARO ESPERANZA  
GRACIA MARTINEZ ROSA MARIA  
SANCHEZ LOPEZ MODESTA  
SUÑEN TORRIJO SANDRA  
TURLAN MARTINEZ ANA CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: CS MARIA DE HUERVA

Servicio/Unidad principal .....: EAP MARIA DE HUERVA

Línea estratégica: --Otras--

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Mejorar el control de las Derivaciones a la Unidad de Fisioterapia desde Atención Primaria y Atención Especializada

ÁREAS DE MEJORA  
-Mejorar el control de las Derivaciones a la Unidad de Fisioterapia desde Atención Primaria y Atención Especializada , con un control desde Admisión

ANÁLISIS DE CAUSAS  
-Las derivaciones de ambos niveles asistenciales llegan en papel a la Admisión del Centro de Salud , sin ser a día de hoy registradas.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Controlar la Lista de Espera  
Mejorar Transparencia.  
Mejorar la atención al Usuario  
Detectar derivaciones erroneas

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Registro de cada derivación

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Personal de Admisión y Fisioterapeuta

2. Análisis de datos  
Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: Fisioterapeuta y Enfermería

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de derivaciones correctamente contestadas  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Contestadas  
Denominador .....: derivadas  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Derivaciones Recibidas en Admision  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1000.00

2. .  
Tipo de indicador: Impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#562

### 1. TÍTULO

#### CONTROL DE DERIVACIONES A LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA DE CS MARÍA DE HUERVA

Numerador .....: .  
Denominador .....: .  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

3. .  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: .  
Denominador .....: .  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Derivaciones

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#181

### 1. TÍTULO

#### CONTINUIDAD IMPLEMENTACION CALENDARIO VACUNAL ADULTOS

Fecha de entrada: 20/06/2022

Nº de registro: 2022#181 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHEZ GARCIA ALICIA

Título  
CONTINUIDAD IMPLEMENTACION CALENDARIO VACUNAL ADULTOS

Colaboradores/as:  
BRAVO ANDRES NATALIA  
FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR  
SAEZ DE GUINOA BERMEJO MINERVA  
VAQUERO CALLEJA NATALIA

Ubicación principal del proyecto.: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP MIRALBUENO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
LA VACUNACION ES LA ESTRATEGIA COSTE -EFECTIVA MAS IMPORTANTE EN PREVENCION PRIMARIA DE ENFS.INFECCIOSAS.LA VACUNACION EN ADULTOS ES UNA PRACTICA HABITUAL EN ATENCION SANITARIA.HAY DIFICULTAD EN LA IMPLANTACION DE PROGRAMAS DE INMUNIZACION DIRIGIDOS AL COLECTIVO ADULTO E IMPORTANTE NUMERO DE ADULTOS NO INMUNIZADOS DE ACUERDO A LAS RECOMENDACIONES ACTUALES.

ÁREAS DE MEJORA  
IMPULSO TRAS LA APARICION Y EVOLUCION DE LA PANDEMIA COVID  
DISMINUIR LA PROBABILIDAD DE HOSPITALIZACION DE USUARIOS >65 AÑOS YA Q LA NEUMONIA NEUMOCOCICA CAUSO 2020 APROXIMADAMENTE 9995 INGRESOS DE ADULTOS EN ESPAÑA

ANALISIS DE CAUSAS  
Existe desconocimiento o falta de concienciación de los usuarios de que tenemos vacunas específicas para el adulto sano, que son las dosis de recuerdo .  
La inmunización previene enfermedades que pueden causar muerte

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
SENSIBILIZAR EN CONSULTA ENFERMERA DE LA IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA INMUNIZACION.  
DIVULGAR PROGRAMA DE VACUNACION ATRAVES DE CONSULTA ENFERMERIA,REDES SOCIALES (FACEBOOK,TIKTOK,INSTAGRAM...),ENTREGA DE CALENDARIOS DE ADULTO VACUNACION DE BOLSILLO,CARTELES ENTRADA CENTRO DE SALUD.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. ACTAS,DIVULGACION REDES SOCIALES IMPORTANCIA DE LA VACUNACION, BUSQUEDA ACTIVA SOLICITUD DE SEROLOGIA >18 A SI NO HAY ANTECEDENTES VAC VARICELA EN RANGO EDAD SUSCEPTIBLE

Fecha inicio: 04/03/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: ALICIA SANCHEZ GARCIA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
GENERAR DEMANDA DESDE MEDICINA,BUSQUEDA ACTIVA ENFERMERA CUANDO EL USUARIO ACCEDE A NUESTRA CONSULTA POR OTROS MOTIVOS POR EJ (CRIBADOS,INTERV QCAS....

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. ADULTOS INSTITUCIONALIZADOS RESIDENCIAS VACUNADOS DE NEUMOCOCO 23.ZONA CS

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº TOTAL DE INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS DE ZONA CS CON VACUNA N23  
Denominador .....: TOTAL DE POBLACION INSTITUCIONALIZADA  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#181

### 1. TÍTULO

#### CONTINUIDAD IMPLEMENTACION CALENDARIO VACUNAL ADULTOS

2. VACUNADOS TRIPLE VIRICA NACIDOS ENTRE 1970-1984)ZONA CS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° TOTAL DE VACUNADOS TRIPLE VIRICA EN POBLACION ESTABLECIDA (1970-1984)

Denominador .....: POBLACION TOTAL SUSCEPTIBLE DE VACUNACION TV EN ESE RANGO EDADES

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

3. VACUNADOS FRENTE A VARICELA ADULTOS ZONA CS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° VACUNADOS VARICELA RECOMENDADA EN CALENDARIO A ADULTOS DE ARAGON

Denominador .....: TOTAL DE PERSONAS SUSCEPTIBLES DE VACUNACION (>18 AÑOS CON SEROLOGIA NEGATIVA)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> OTROS

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#186

### 1. TÍTULO

#### IDENTIFICACION DE ICTUS EN ATENCION PRIMARIA. CIRCUITO ASISTENCIAL EN EL CENTRO DE SALUD DE MIRALBUENO -GARRAPINILLOS

Fecha de entrada: 20/06/2022

Nº de registro: 2022#186 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOMBAR GIMENO MARIA JOSE

Título  
IDENTIFICACION DE ICTUS EN ATENCION PRIMARIA. CIRCUITO ASISTENCIAL EN EL CENTRO DE SALUD DE MIRALBUENO -GARRAPINILLOS

Colaboradores/as:  
ARBUES PALACIOS JUAN CARLOS  
GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA  
LABARA SANJUAN MIGUEL A,

Ubicación principal del proyecto.: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP MIRALBUENO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La elevada incidencia y prevalencia de ictus en nuestro medio la importancia de las secuelas que estos ocasionan y donde el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas, juega un papel fundamental, hace esencial un reconocimiento precoz del mismo y la puesta en marcha de la terapia específica.

#### ÁREAS DE MEJORA

Area de admisión. Detección precoz de síntomas sugestivos de ictus por parte del personal administrativo-celador/ar tanto vía presencial como telefónica.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Ser el primer contacto del paciente vía telefónica o presencial con el servicio de admisión de los CS

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Que los administrativos y celador/ar de nuestro centro de Salud que no que no disponen de formación clínica, puedan reconocer de forma precoz síntomas sugestivos de ictus y activen de forma eficiente, el circuito asistencial dispuesto al efecto.ñ

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Sesión actualizada dirigida al conjunto del EAP y específica al personal de admisión en la que se ofrecerá, información concreta aspectos clínicos y organizativos.

Fecha inicio: 18/03/2022

Fecha final.: 17/03/2023

Responsable.: M..José Lombar Gimeno

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Colocacion de en zona de admisión del cartel elaborado por el Gobierno de Aragón sobre el reconocimiento rápido de los síntomas de ictus.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de reuniones con el equipo del EAP.

Diseñar check - list de asistencia .

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nª de personas con ictus confirmado

Denominador .....: Nº personas atendidas con sospecha de clínica ictus

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro específicamnete creado para este proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Zona Miralbueno.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#186

### 1. TÍTULO

**IDENTIFICACION DE ICTUS EN ATENCION PRIMARIA. CIRCUITO ASISTENCIAL EN EL CENTRO DE SALUD DE MIRALBUENO -GARRAPINILLOS**

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#187

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE SEGURIDAD EN LA INMUNIZACION EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 20/06/2022

Nº de registro: 2022#187 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VAQUERO CALLEJA NATALIA

Título  
PROYECTO DE SEGURIDAD EN LA INMUNIZACION EN ATENCION PRIMARIA

Colaboradores/as:  
MATEO OLMOS RAQUEL  
SAEZ DE GUINOA BERMEJO MINERVA  
SANCHEZ GARCIA ALICIA

Ubicación principal del proyecto.: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP MIRALBUENO

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dado que el proceso de inmunización es complejo y de riesgo para la seguridad del paciente, se hace necesario priorizar mecanismos que faciliten el proceso asistencial y aumenten la seguridad y calidad hacia el paciente, como establece el Plan de Calidad del SNS en su estrategia 8.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar el proceso asistencial y reducir riesgo en la inmunización.  
Implantar prácticas seguras en todo el proceso o fases de la inmunización.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Existencia de variabilidad en la practica asistencial, sin un protocolo integral y normalizado.  
Existencia de puntos críticos en cada fase. Identificación y minimización/supresión de errores.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la seguridad de los usuarios a los que se les administre una vacuna en el Centro de Salud Miralbueno.  
Crear una pauta de actuación en todo el proceso de inmunización.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. En cuanto a previsión y solicitud de vacunas: crear un protocolo a seguir por la responsable de vacunas de adultos de forma mensual.  
Comunicación con enfermera de Garrapinillos para conocer sus deman  
Fecha inicio: 01/03/2022  
Fecha final.: 01/03/2023  
Responsable.: Natalia Vaquero (responsable de vacunas)/Alicia Sanchez

2. En cuanto al mantenimiento cadena de frio: crear un protocolo a seguir por la responsable en vacunas de adultos.  
Traslado correcto de vacunas desde el C.S.Miralbueno al C.S.Garrapinillos  
Fecha inicio: 04/07/2022  
Fecha final.: 01/03/2023  
Responsable.: Natalia Vaquero/Raquel Mateo/Minerva Saez de Guinoa

3. En cuanto a la disposición de vacunas: crear protocolo a seguir por responsable de vacunación en adultos  
Rotular cajetines con nombre de cada vacuna.  
En caso de reconstitución poner una pegatina  
Fecha inicio: 12/09/2022  
Fecha final.: 01/03/2023  
Responsable.: Natalia Vaquero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Registro gráfico de temperaturas diario  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: numero de hojas registro correctamente realizadas  
Denominador .....: meses del año  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro hoja de petición de vacunas  
Est.Min.1ª Mem ..: 90.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#187

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE SEGURIDAD EN LA INMUNIZACION EN ATENCION PRIMARIA

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Solicitudes urgentes realizadas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de solicitudes urgentes realizadas en 1 año.

Tendencia a 0

Denominador .....: Número absoluto

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro hoja de petición de vacunas

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Mantenimiento de la cadena de frio en el transporte desde CS Miralbueno a CS Garrapinillos

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de incidencias en el transporte al consultorio por rotura de la cadena de frio en 1 año.

Tendencia a 0

Denominador .....: Número absoluto

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro incidencias por rotura de cadena de frio

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> prevención primaria

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#190

### 1. TÍTULO

#### GESTION AGENDAS DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS

Fecha de entrada: 20/06/2022

Nº de registro: 2022#190 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GRIMA MOLINER JOSE LUIS

Título  
GESTION AGENDAS DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS

Colaboradores/as:  
CASANOVA CASANOVA TERESA  
CHABBAR BOUDET ALICIA-YUMEN  
FIDALGO PINILLA NATALIA PILAR  
PENON GIMENO ANA

Ubicación principal del proyecto.: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP MIRALBUENO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Adaptar las agendas de los profesionales del centro de salud a las nuevas necesidades que plantea la asistencia sanitaria a las personas asignadas al E.A.P. de Miralbueno - Garrapinillos.  
Establecer franjas horarias y diarias de asistencia presencial y no presencial, así como programada y demanda tanto en el centro de salud como en el domicilio  
Desarrollar especial interés en la asistencia a las numerosas residencias de la Zona Básica  
Disminuir la demora en la asistencia

#### ÁREAS DE MEJORA

La demora en la demanda asistencial.  
Asistencia a los pacientes dependientes e inmovilizados  
Asistencia a pacientes crónicos complejos

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Aumento de la demanda asistencial de la población, por múltiples síntomas y la falta de sustitución del personal sanitario.  
El aumento de la población dependiente e inmovilizada en centros asistenciales  
La complejidad de una gran mayoría de estos pacientes residentes en residencias de ancianos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

matrices horarias claramente establecidas en todas las agendas.  
Establecer de manera explícita y según las necesidades los tramos presenciales y no presenciales  
Establecer de manera explícita los horarios y días dedicados a la asistencia a cada una de las residencias.  
Determinar mecanismos en las agendas para optimizar las ausencias de los profesionales, afectando lo mínimo a la demora del centro de salud

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar de profesionales del centro de salud.

Fecha inicio: 08/03/2022  
Fecha final.: 11/03/2022  
Responsable.: JOSÉ L.GRIMA

2. Establecer los objetivos de este grupo de salud

Fecha inicio: 22/03/2022  
Fecha final.: 30/03/2022  
Responsable.: NATALIA FIDALGO

3. Desarrollo de las diferentes matrices horarias y utilidad de cada una

Fecha inicio: 05/04/2022  
Fecha final.: 14/04/2022  
Responsable.: ANA MARIA PENON

4. Valorar las necesidades de cada uno de los cupos médicos y de enfermería

Fecha inicio: 20/04/2022  
Fecha final.: 25/05/2022  
Responsable.: ALICIA YUMEN CHABBAR

5. Presentación del proyecto a E.A.P. para que aporten sus diferentes puntos de vista

Fecha inicio: 06/06/2022  
Fecha final.: 06/06/2022  
Responsable.: JOSE L. GRIMA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#190

### 1. TÍTULO

#### GESTION AGENDAS DEL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO - GARRAPINILLOS

##### 6. IMPLEMENTACIÓN DE LAS AGENDAS DE MANERA PAULATINA

Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 29/09/2022  
Responsable.: ANA MARIA PENON

##### 7. VALORACION Y EVALUACIÓN DE LAS AGENDAS IMPLEMENTADAS

Fecha inicio: 15/11/2022  
Fecha final.:  
Responsable.: JOSÉ LUIS GRIMA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. GRUPO DE TRABAJO

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: NUMERO DE PROFESIONALES EN EL GRUPO DE TRABAJ  
Denominador .....: NUMERO TOTAL DE PROFESIONALES  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: PLANTILLA DEL CENTRO DE SALUD  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

##### 2. VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES DE CADA CUPO

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: NUMERO DE AGENDAS  
Denominador .....: NUMERO DE PROFESIONALES  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

##### 3. IMPLEMENTACION DE AGENDAS

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: NUMERO DE PROFESIONALES  
Denominador .....: NUMERO DE AGENDAS NUEVAS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> DEMANDA ASISTENCIAL

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#202

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA POR RINCONES EN UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIATRICA

Fecha de entrada: 21/06/2022

Nº de registro: 2022#202 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA ENTRENA MERCEDES

Título  
IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA POR RINCONES EN UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIATRICA

Colaboradores/as:  
GARZA MASCARAY ESTEFANIA

Ubicación principal del proyecto.: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP MIRALBUENO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Actualmente las consultas de atención primaria siguen patrones antiguos de organización del entorno que nada tienen que ver con la evolución biopsicosocial que ha adquirido a día de hoy la atención, es de necesidad el promover un cambio para una atención más integral, sobretodo en el ámbito de la pediatría

#### ÁREAS DE MEJORA

Se modificará tanto la distribución de la consulta como los recursos gráficos educativos ubicados en ella.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La poca funcionalidad de la actual distribución del mobiliario de la consulta  
Ausencia de elementos decorativos educacionales en la consulta

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal: promover mediante la consulta por rincones una mejor educación para la salud e interacción en la consulta  
Objetivo secundario: Proporcionar un mayor confort a los niños, favoreciendo un entorno más adaptado para jugar y aprender

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Búsqueda bibliográfica del tema en cuestión: consulta por rincones.

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Estefanía Garza

2. Valorar las necesidades educativas en salud. Priorizar objetivos educativos.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Estefanía Garza

3. Distribución de las zonas de consulta según las necesidades detectadas

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Mercedes Garcia

4. Diseño y confección de los materiales

Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Mercedes García

5. Puesta en marcha de la modificación del espacio de la consulta. Deconstruir para construir. Eliminar elementos superfluos.

Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Mercedes García

6. Comienzo de la puesta en funcionamiento

Fecha inicio: 01/04/2023  
Fecha final.: 30/04/2023  
Responsable.: Mercedes García

7. Encuestas de satisfacción para padres.

Fecha inicio: 01/06/2023  
Fecha final.:  
Responsable.: Estefanía Garza

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#202

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA POR RINCONES EN UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIATRICA

8. Sesión informativa al personal del centro de salud

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Mercedes García/Estefanía Garza

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Durante este primer año se pondrá en marcha el proyecto de mejora y durante el año siguiente se valorará el resultado de las encuestas de satisfacción y la modificación y/o actualización del material si así se cree conveniente

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Presentación del proyecto al equipo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Presentación de la sesión

Denominador .....: Presentación de la sesión

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Realización de sesión

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Resultado de las encuestas de satisfacción con resultados favorables

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Numero de encuestas con media de resultados de 4-5

Denominador .....: Numero de encuestas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Resultado encuestas de satisfacción con resultados desfavorables

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Numero de encuestas con media de resultados 1-2

Denominador .....: Numero de encuestas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: encuestas de satisfacció

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Niño sano, educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#203

### 1. TÍTULO

#### EXTRACCION DE SANGRE Y RECOGIDA DE MUESTRAS EN EL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Fecha de entrada: 21/06/2022

Nº de registro: 2022#203 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MATEO OLMOS RAQUEL

Título  
EXTRACCION DE SANGRE Y RECOGIDA DE MUESTRAS EN EL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Colaboradores/as:  
BRAVO ANDRES NATALIA  
CALVO VILLARROYA ANGELA TERESA  
GARCIA ENTRENA MERCEDES  
GARCIA LOZANO MARIA ISABEL  
PENON GIMENO ANA  
SEBASTIAN BELANCHE JOSE GABRIEL

Ubicación principal del proyecto.: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP MIRALBUENO

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se ha detectado, tanto por parte del personal del centro como de los pacientes, un largo tiempo de espera de los pacientes a la hora de la realización de las analíticas y/o recogida de muestras biológicas en el centro de salud. Mediante este proyecto se pretende reducir el tiempo de espera del paciente desde que entra en el centro de salud hasta que se le hace la analítica y/o se le recogen las muestras biológicas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Reducir el tiempo de espera del paciente cuando viene a hacerse la analítica al centro  
Reducir el tiempo de espera del paciente cuando viene a entregar muestras al centro

#### ANALISIS DE CAUSAS

La recogida de pegatinas identificativas a la vez que los tubos de extracción y simultáneamente a la entrega de muestras  
Falta de respeto de las fechas de citación por parte de los pacientes

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Agilizar el tiempo de espera del paciente hasta la realización de la analítica  
Reducir el tiempo de espera del paciente hasta la recogida de muestras  
Revisión del programa de citación de extracciones

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Actas de reunión. Brain storming. Agilización del sistema de citación. Planificación de pasos y acciones de mejora. Implementación de nueva dinámica de extracciones

Fecha inicio: 25/02/2022  
Fecha final.: 04/11/2022  
Responsable.: RAQUEL MATEO OLMOS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Reuniones para desarrollar el proyecto

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número total de reuniones de calidad previstas  
Denominador .....: Número de reuniones del proyecto  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de reuniones del centro de salud  
Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 6.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 6.00

2. Nuevo sistema de recogida de muestras

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Establecimiento de nuevo sistema

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#203

### 1. TÍTULO

#### EXTRACCION DE SANGRE Y RECOGIDA DE MUESTRAS EN EL CENTRO DE SALUD MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Denominador .....: Establecimiento de nuevo sistema  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Seguimiento de patologías del paciente

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#209

### 1. TÍTULO

#### REDUCCION DE LA ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA INDUCIDA: CIRCUITO DE AMBULANCIAS

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#209 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GARCIA TENORIO ANDRES

Título  
REDUCCION DE LA ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA INDUCIDA: CIRCUITO DE AMBULANCIAS

Colaboradores/as:  
GRIMA MOLINER JOSE LUIS  
ISANTA POMAR CARLOS

Ubicación principal del proyecto.: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP MIRALBUENO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La burocracia inducida es una perdida de oportunidad para la mejora en la consulta de Atención Primaria; consume gran cantidad de tiempo y recursos que podrian ser dedicados a otras actividades propias de nuestro hacer cotidiano que por tener que emplear en estas tareas inducidas se ven dificultadas, generando insatisfacción en el profesional que no hace lo que aquello para lo que se ha formado, y en el usuario que ve que cuando pide cita en consulta de primaria hay lista de espera a veces inasumibles, con la consiguiente carga a los servicios de urgencias por esta falta de atención cuando es requerida.

#### ÁREAS DE MEJORA

el principal problema del por que de esta situación, es la falta de información que existe a nivel de profesionales hospitalarios sobre la normativa existente que indica quien y donde es responsable de realizar dicha tarea administrativa sin necesidad de que el paciente deba recurrir a su médico de Atención Primaria. dado que son muchos los temas a mejorar en nuestra propuesta nos centraremos inicialmente en la creación de un circuito de petición de ambulancias para aquellos pacientes que vienen siendo revisados en consulta de las diferentes especialidades y que precisan para acudir a ellas de ambulancias.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

las causas de esta falta de información en los profesionales hospitalarios es diversa, por una parte es la falta de interés en su mandos directos en transmitir dicha información, dado que hasta ahora siempre estaba la Primaria para cubrir aquello donde no llega el hospital, basandose en la cercanía del paciente, la facilidad en la accesibilidad....

Por otro lado la propia inercia de los profesionales sanitarios hospitalarios a dar poca importancia a estos temas junto al escaso interés que estos temas les plantea.; por no decir que tambien les obliga a consumir tiempo en su confeccion en ocasiones mas que el tiempo dedicado a la propia consulta.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

el principal objetivo es que la actividad administrativa que en general se genera en el hospital sea realizada en el lugar que se genera, de la misma manera que la que se genera en Primaria debe ser realizada en Primaria. Como son muchos los temas a corregir, ambulancias, recetas, partes de baja, informes, comenzaremos con la petición a nivel hospitalario de la creación de un circuito interno que genera la petición de ambulancia para aquellos pacientes que la precisen para acudir a las revisiones en consulta de hospital, sin que deban como hasta ahora pasar paor su medico de Familia para que se la confeccione.

La reduccion de estas actividades administrativas inducidas, generara una menor demanda que es innecesaria, permitiendo de esta manera disponer de mas huecos libres en las agendas para tratar la patologia que se deriva a otros dias por ser imposible atender a tiempo, o evitando que deban a cudir a los servicios de urgencias.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. confección de notas informativas para la Direccion de Hospital adjuntando la normativa existente sobre actos administrativos, asi como a la direccion de Atención Primaria

Fecha inicio: 19/05/2022

Fecha final.: 23/05/2022

Responsable.: ANDRES GARCIA TENORIO

2. de Junio a Agosto se confeccionaran carteles informativos para el usuario. desde el punto de vista funcional se seguiran tramitando las peticiones de ambulancia como hasta ahora

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: ANDRES GARCIA TENORIO

3. de septiembre a noviembre las peticiones de ambulancia se enviaron al hospital para que sea el servicio de atención al paciente quien se encargue de dicho procedimiento.

Fecha inicio: 01/09/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#209

### 1. TÍTULO

#### REDUCCION DE LA ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA INDUCIDA: CIRCUITO DE AMBULANCIAS

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: ANDRES GARCIA TENORIO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. confeccion de comunicados a Hospital y Primaria

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: numero de comunicados enviados con registro

Denominador .....: 2

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: se contabilizaran los comunicados con registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. contabilizacion de ambulancias realizadas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: numero de peticiones realizadas en diciembre.

Denominador .....: numero de peticiones realizadas en el mes de junio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro de actividad diaria del consultorio de garrapinillos

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> todo paciente que precisa revisiones en consulta hospitalaria

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#325

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN NACIONAL FRENTE A LA RESISTENCIA A LOS ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA TRAS PERIODO DE PANDEMIA

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#325 \*\* IRAS PROA \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MONTIU PEMAN JOSE ANTONIO

Título  
IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN NACIONAL FRENTE A LA RESISTENCIA A LOS ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA TRAS PERIODO DE PANDEMIA

Colaboradores/as:  
ARBUES PALACIOS JUAN CARLOS  
AZNAR SALAS RODRIGO  
GUILLEN ANTON MARIA VICTORIA  
MARTINEZ ESPLIGARES LAURA  
MONTIU HUETO ROCIO

Ubicación principal del proyecto.: CS MIRALBUENO-GARRAPINILLOS

Servicio/Unidad principal .....: EAP MIRALBUENO

Línea estratégica: IRAS PROA

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Siguiendo las recomendaciones del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos se va a continuar con el trabajo iniciado en los años previos, y a trasladar las siguientes prioridades seleccionadas para profesionales de atención primaria:  
Consolidar el sistema de vigilancia del consumo de antibióticos generando indicadores homogéneos para informar a los profesionales.  
Analizar el cumplimiento-adherencia a las guías de utilización de antimicrobianos.  
Fomentar el uso de la prescripción diferida en infecciones no complicadas para contribuir a un uso más racional de estos medicamentos y fomentar la educación del paciente.  
Desarrollar cursos de formación PROA dirigidos a profesionales sanitarios.  
Mejorar la coordinación con el servicio de microbiología y se va a incorporar más activamente al personal médico y de enfermería en esta estrategia.  
Incrementar utilización de estreptotest y cultivos de forma adecuada.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar formación en utilización adecuada de antibióticos en atención Primaria de salud.  
Reiniciar reuniones para comunicar resultados de los sistemas de control de uso de antibióticos individuales, en el Centro de salud y Sector.  
Reuniones formativas periódicas en estos temas

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Oportunidad de mejoras formativas.  
Evitar la inercia terapéutica.  
Incrementar utilización de medios diagnósticos adecuados con el fin de mejorar el uso de antibióticos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Consolidar la implementación de los programas PROA en Atención Primaria.  
Monitorizar la utilización de antibióticos a través de indicadores clave que ayuden al control de las resistencias bacterianas.  
Controlar el uso de cefalosporinas de 3ª generación y amoxicilina clavulánico. Vigilar la utilización de macrólidos tras el periodo de pandemia.  
Mejora de la toma de muestras en Atención Primaria. Utilización adecuada de estreptotest y cultivos.  
Fomentar el uso de la prescripción diferida de antibióticos en infecciones respiratorias no complicadas, en los casos que sea pertinente.  
Establecer canales adecuados de comunicación con el servicio de microbiología para mejorar el diagnóstico y tratamiento de las infecciones en la comunidad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones periódicas con los responsables de antibióticos .

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: JOSE ANTONIO MONTIU

2. Monitorizar indicadores propuestos por el PRAN entre los profesionales

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: JOSE ANTONIO MONTIU

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#325

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES DEL PLAN NACIONAL FRENTE A LA RESISTENCIA A LOS ANTIBIOTICOS EN ATENCION PRIMARIA TRAS PERIODO DE PANDEMIA

3. Realizar formación específica dirigida al personal de enfermería respecto a toma de muestras en infecciones y dirigida médicos y pediatras sobre prescripción diferida de antibióticos.

Fecha inicio: 14/11/2022  
Fecha final.: 16/12/2022  
Responsable.: JOSE ANTONIO MONTIU

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de reuniones con los responsables de antibióticos de los EAP. Objetivo: 4 reuniones/año

Porc  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: NÚMERO DE REUNIONES  
Denominador .....: AÑO NATURAL  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: REGISTRO DE LAS SESIONES  
Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

2. Porcentaje de profesionales que han acudido a sesiones clínicas

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: PERSONAS QUE HAN ASISTIDO  
Denominador .....: NÚMERO TOTAL DE PROFESIONALES DEL CENTRO  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: REGISTRO DE LAS SESIONES  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Difusión de la información sobre prescripción diferida a los equipos de atención primaria del sector

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: SESIONES PROPUESTAS  
Denominador .....: SESIONES REALIZADAS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: ACTAS DE LAS SESIONES  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#355

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION COMUNITARIA HACIA LA SOLEDAD NO DESEADA EN EL BARRIO OLIVER

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#355 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PAMPLONA CIVERA ANA MARIA

Título  
INTERVENCION COMUNITARIA HACIA LA SOLEDAD NO DESEADA EN EL BARRIO OLIVER

Colaboradores/as:  
BERGA CELMA M. MONTSERRAT  
CASADO VELILLA ISABEL  
GARCIA RUIZ MARIA DEL PILAR  
GASCON BRUMOS CARMEN  
HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION  
OTER GIMENO RAQUEL

Ubicación principal del proyecto.: CS OLIVER

Servicio/Unidad principal .....: EAP OLIVER

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*CENTRO DE SALUD OLIVER\*EAP OLIVER\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La soledad es un fenómeno con consecuencias negativas cuando, como sucede habitualmente, no es algo ni buscado ni deseado. Así, desde un punto de vista psicológico y social, la soledad no deseada en los mayores acarrea una mayor prevalencia de problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad, y un deterioro del bienestar y la satisfacción con la vida. La soledad también contribuye a la invisibilización de los mayores y al refuerzo de la visión negativa de la vejez, que se asocia a carga, dependencia y deterioro. Va a afectar a la salud de las personas mayores, ya que repercute en la malnutrición, el menor seguimiento de tratamientos para el control de enfermedades, la agudización de problemas de movilidad y un incremento del riesgo de caídas. La falta de estimulación social que supone la soledad también puede acelerar procesos de deterioro cognitivo y demencia en algunos mayores.

#### ÁREAS DE MEJORA

Por otro lado la soledad no deseada es un problema que la población expresa en las consultas del centro de salud (participativo: comunidad como fuente de información primaria), y ha sido un tema priorizado en las reuniones intersectoriales (contactos y vínculos, red y alianzas)

#### ANALISIS DE CAUSAS

En el Barrio Oliver contamos con un porcentaje de hogares unipersonales de 65 y más años del 10.49%, un índice de envejecimiento del 13, con personas mayores de 65 años 15,52% y mayores de 85 años 2.96%. (datos cuantitativos de Atlas salud Aragón, EbroPolis)

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Desarrollar el proyecto intersectorialmente, con colaboración y coordinación con las diferentes entidades y colectivos del barrio
- Desarrollar mecanismos de detección precoz de los problemas de soledad y aislamiento social en personas mayores, mediante una adecuada coordinación de los servicios sociales, sanitarios y comunitarios.
- Implicar a otros recursos del barrio o agentes colaboradores (farmacias, parroquias,..)
- Conocer el número de personas mayores de 75 años que viven solos.
- Detectar casos de riesgo utilizando Escala de soledad de UCLA, versión 3.
- Recomendación de activos desde cada consulta del centro de salud, y conocer cómo hacerlo
- Vinculación de las personas en riesgo de SND en los activos ya existentes para la creación de vínculos interpersonales y la cohesión social en el entorno cercano
- Pertinencia de abrir episodios Z: soledad
- Atención telefónica a los casos detectados por su MAP/EAP de referencia coordinados con teleasistencia

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Crear grupo de trabajo intersectorial: Centro salud, trabajador social del Ayuntamiento, Centros de mayores, teleasistencia, Asistencia al domicilio, Centro IASS de referencia, centro Comunitario y PIBO

Fecha inicio: 10/06/2022

Fecha final.: 23/06/2022

Responsable.: Ana M. Pamplona Civera

2. Consensuar diseño, captación población, desarrollo del proyecto y evaluación

Fecha inicio: 22/06/2022

Fecha final.: 28/06/2022

Responsable.: M.Isabel Casado Velilla

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#355

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION COMUNITARIA HACIA LA SOLEDAD NO DESEADA EN EL BARRIO OLIVER

3. Comunicación del proyecto al Equipo de salud y Consejo de salud

Fecha inicio: 28/06/2022  
Fecha final.: 08/07/2022  
Responsable.: Ana M. Pamplona

4. Identificación de activos y recursos en salud: Grupo intersectorial, continuo en el año.

Fecha inicio: 29/06/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Raquel Oter Gimeno

5. Explicar la Guía Recomendación de Activos AP y activos pertinentes a este proyecto: 2 sesiones: prescripción de activos desde OMI-AP y 2ª sesión: Activos y recursos que se hay en

Fecha inicio: 11/07/2022  
Fecha final.: 22/07/2022  
Responsable.: M.Isabel Casado Velilla

6. Sesión de "episodios Z" y seguimiento con atención telefónica: continua

Fecha inicio: 11/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Carmen Gascón brumos

7. Actividades evaluación seguimiento proyecto, evaluación final y propuestas mejora: continua, en reuniones de Grupo comunitaria mensuales

Fecha inicio: 23/06/2022  
Fecha final.:  
Responsable.: M.Isabel Casado Velilla

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Valoración de casos y evaluación: 6 y 10 meses  
Comunicación resultados y pertinencia de continuar programa: abril 2023

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Colaboración de grupo intersectorial en el proyecto

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: número de entidades que participan en el proyecto  
Denominador .....: 1: colaboración Centro Salud  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Actas de reuniones de grupo intersectorial  
Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. Número de personas detectadas mayores 75 años que viven solos

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de personas detectadas mayores 75 años que viven solos  
Denominador .....: Número de personas detectadas mayores 75 años que hay en Zona salud Barrio Oliver  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Tabla excell de recogida de datos (OMI-AP)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.20  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.30  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.25  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.40

3. Porcentaje de recomendación activos para la salud con datos protocolo OMI-AP

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: número de personas con recomendación de activos  
Denominador .....: número de personas detectadas con grado moderado o severo  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Datos OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.40  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.60  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.60  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.80

4. Porcentaje de diagnósticos Z utilizados sobre soledad desde inicio proyecto

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de personas con diagnóstico de soledad  
Denominador .....: número de personas detectadas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#355

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION COMUNITARIA HACIA LA SOLEDAD NO DESEADA EN EL BARRIO OLIVER

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Datos OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.20  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.40  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.40  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.60

5. Porcentaje de pacientes con grado moderado soledad según Escala UCLA (20-30)

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de personas con grado Moderado  
Denominador .....: número de personas detectadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: No se han encontrado datos de referencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.20  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.20  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.25

6. Porcentaje de pacientes con grado severo soledad según Escala UCLA (<20)

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de personas con grado Severo  
Denominador .....: número de personas detectadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: No se han encontrado datos de referencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.05  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.25

7. Porcentaje pacientes con atención telefónica

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de personas con atención telefónica  
Denominador .....: número de personas detectadas con grado moderado o severo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Datos de OMI-AP y datos teleasistencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.60  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.80  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.70  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.90

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Zona Básica Centro Salud Barrio Oliver  
REcogida de la información: continua en reuniones de grupo intersectorial mensuales y final(datos de OMI-AP).  
Indicador cualitativo  
Grado satisfacción paciente  
Valoración profesional grado mejoría  
Valoración del grupo intersectorial, colaboración y evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Vivir solo/soledad no deseada

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#436

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL A ALUMNOS DE QUINTO Y SEXTO DE PRIMARIA DEL COLEGIO PUBLICO FERNANDO EL CATOLICO, DEL BARRIO OLIVER

Fecha de entrada: 01/07/2022

Nº de registro: 2022#436 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MORENO BONA NATALIA

Título  
TALLER DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL A ALUMNOS DE QUINTO Y SEXTO DE PRIMARIA DEL COLEGIO PUBLICO FERNANDO EL CATOLICO, DEL BARRIO OLIVER

Colaboradores/as:  
BENEDICO SANCHEZ CRISTINA  
PAMPLONA CIVERA ANA MARIA  
VIVANCO SANZ MARIA DOLORES

Ubicación principal del proyecto.: CS OLIVER

Servicio/Unidad principal .....: EAP OLIVER

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La realización de estos talleres surge a partir de la solicitud realizada por parte del colegio público Fernando El Católico, sobre la posible impartición de unos talleres de educación afectivo sexual a sus alumnos de 5º y 6º de primaria, por parte de Centro de Salud Oliver.

#### ÁREAS DE MEJORA

Enseñar y adquirir conocimientos a los alumnos de quinto y sexto de primaria, del colegio Fernando El Católico sito en el barrio Oliver de la ciudad de Zaragoza, para obtener y fomentar una educación afectivo sexual saludables y fundamentadas en el respeto hacia los demás y a uno mismo. Aunque los contextos educativos que se dan en las familia, en las escuelas o en otros muchos contextos sean diferentes entre sí, lo que realmente importa, tanto en unos como en otros, es crear libertad, felicidad y salud, con creatividad y sin violencia . La sexualidad forma parte del ser humano a lo largo de toda su vida.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La zona básica de salud de la que el centro es referencia, está compuesta por una población multicultural, en la que se detecta por parte de los colegios y del centro de salud, la necesidad de reforzar este tipo de conocimientos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Incrementar el nivel de conocimientos relacionados con la educación afectivo sexual y habituar a los niños a llevar una manera de vivir saludable tanto física como psicológicamente. Obtener y fomentar un aumento del nivel de conocimientos frente al tema descrito, adquiriendo así un efecto positivo que proporcionan un estado físico y mental saludable. Cooperar y establecer una comunicación activa intersectorial entre los colegios e instituto de la zona básica de salud y el centro de salud Oliver.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. El equipo responsable de la impartición del taller se reunirá con el profesorado para detectar los posibles problemas relacionados en cuanto a los conocimientos que tienen los alumnos de quinto y sexto

Fecha inicio: 05/10/2022

Fecha final.: 05/10/2022

Responsable.: Natalia Moreno Bona

2. Presentación del taller de educación afectivo sexual a los alumnos de 5ºA del colegio Fernando El Católico.

Fecha inicio: 12/10/2022

Fecha final.: 12/10/2022

Responsable.: Cristina Benedico Sánchez

3. Presentación del taller de educación afectivo sexual a los alumnos de 5ºB del colegio Fernando El Católico.

Fecha inicio: 19/10/2022

Fecha final.: 19/10/2022

Responsable.: Ana María Pamplona Civera

4. Presentación del taller de educación afectivo sexual a los alumnos de 6ºA del colegio Fernando El Católico.

Fecha inicio: 26/10/2022

Fecha final.: 26/10/2022

Responsable.: Mª Dolores Vivanco Sanz

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#436

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL A ALUMNOS DE QUINTO Y SEXTO DE PRIMARIA DEL COLEGIO PUBLICO FERNANDO EL CATOLICO, DEL BARRIO OLIVER

5. Presentación del taller de educación afectivo sexual a los alumnos de 6ªB del Colegio Fernando El Católico.

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 02/11/2022

Responsable.: Natalia Moreno Bona

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Después de cada presentación se les ofrecerá la posibilidad de anotar de forma anónima dudas surgidas en cuanto a la exposición del taller, e inquietudes que han podido emerger a los alumnos tras la adquisición de nuevos conocimientos.

El taller va dirigido a alumnos de 5º y 6º de primaria del colegios público Fernando El Católico, sito en la zona básica de salud del barrio Oliver, en Zaragoza.

Se reunirá el equipo de trabajo con el profesorado y trabajador social del colegio para recoger información sobre el déficit de conocimientos percibidos en cuanto al tema descrito.

Valorar la posibilidad de ampliación del taller, en los colegios e institutos pertenecientes a la zona básica de salud y su continuidad en el tiempo.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de alumnos asistentes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de alumnos de cada clase que asisten a los talleres

Denominador .....: Nº total de alumnos de cada clase

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Totalidad de alumnos pertenecientes a cada clase

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

2. Porcentaje de participación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de dudas realizadas

Denominador .....: Nº total de alumnas de cada clase

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Totalidad de alumnos pertenecientes a cada clase

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

3. Porcentaje de dudas resueltas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de dudas resueltas

Denominador .....: Nº de dudas totales

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Totalidad de alumnos pertenecientes a cada clase

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Evaluar los conocimientos de los alumnos antes y después de la emisión de los talleres.

Se realizarán 3 talleres a los niños de quinto y sexto de primaria del colegio Fernando El Católico del barrio Oliver. Si/No

Posibilidad de expresión de inquietudes generadas tras la exposición del taller. Si/NO

Resolver de las inquietudes surgidas de forma anónima expresadas por los alumnos, tras la emisión del taller.

Si/No

Valorar por parte del profesorado la actividad realizada y su posible continuidad en el tiempo por parte del centro de salud Oliver.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#666

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

Fecha de entrada: 16/07/2022

Nº de registro: 2022#666 \*\* Cardiopatía Isquémica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ESCRIBANO PARDO DANIEL

Título  
MEJORA DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

Colaboradores/as:  
COLLADO HERNANDEZ BEGOÑA  
GASCON BRUMOS CARMEN  
LUZ MIGUEL SANDRA  
MARTINEZ SANCHO ANA CRISTINA  
SANCHO RUBIO CRISTINA  
SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL  
VEREAU MARTINEZ MYRNA CELESTE

Ubicación principal del proyecto.: CS OLIVER

Servicio/Unidad principal .....: EAP OLIVER

Línea estratégica: Cardiopatía Isquémica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

De sobras es conocido por todos que la principal causa de fracaso terapéutico es la falta de adherencia que incluye tanto el incumplimiento de las medidas farmacológicas como de las higiénico-dietéticas recomendadas. Y si éste dato hasta ahora era importante (publicaciones al respecto hablan de cifras en torno al 50%) suponemos que desde que estamos en situación de pandemia debido al Covid19 momento en que la atención al paciente crónico no se ha venido haciendo con la intensidad que se hacía anteriormente, éstas cifras se han podido ver incrementadas. La intención es repasar listados de los pacientes con patología cardiovascular previa (que son los que mayor mortalidad presentan debido a su elevado riesgo cardiovascular) y revisar grado de cumplimiento del tratamiento indicado y en caso de precisar implementar las medidas correctoras con la intención de mejorarlo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actuar de una forma proactiva haciendo revisiones de estos pacientes y diseñar Planes Personalizados puede ayudar a que estos pacientes sean más adherentes y, por tanto, mejorar los resultados en salud.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Un importante % de los pacientes que tienen diagnóstico de CI y/o Ictus (prevención secundaria Cardiovascular), cómo pacientes crónicos que son, no son adherentes a las recomendaciones y/o tratamientos. Esta falta de adherencia está relacionada directamente con una reducción en los resultados en salud. Durante los últimos meses, debido a la situación epidemiológica provocada por la COVID-19, el seguimiento de estos pacientes no se ha podido hacer de manera idónea.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Incrementar el % de pacientes con cardiopatía isquémica y/o ictus a quien se les ha revisado el tratamiento y se ha indicado un Plan Personalizado para mejorar su adherencia.
- Asegurar que todos los pacientes entre 14 y 80 años con diagnóstico de cardiopatía isquémica y/o ictus están siguiendo las recomendaciones y el tratamiento prescrito.
- Se podría valorar el grado de satisfacción una vez se le ha planteado un Plan Personalizado.
- Se podrían analizar resultados en salud: reducción cifras de LDLc, reducción cifras TA.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Obtener listados por cupos de los pacientes que según sus pautas de tratamiento están en prevención secundaria de su patología de tipo cardio y cerebrovascular.

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 01/07/2022  
Responsable.: Daniel Escribano

2. -Revisar receta electrónica y valorar grado de adherencia en relación a retirada de fármacos de la oficina de farmacia (método indirecto utilizado y recomendado para valorar la adherencia).

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Cada MAP en su cupo

3. -En caso de detectar problemas en éste sentido contactar con el paciente, valorar posibles causas e instaurar posibles medidas correctoras.

Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#666

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Cada MAP en su cupo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Si paciente no está en prevención secundaria, valorar retirar el tratamiento con AAS según las recomendaciones de las GPC.
- Si paciente está en prevención secundaria, valorar el citarlo para visita de seguimiento, revisión y ajuste del tratamiento. (Analíticas + cuestionarios + etc...)
- Programar visita de seguimiento: 6 meses y 12 meses.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1.

Formula: (Numerador/Denominador) x 100

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numerador = Pacientes con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica y/o Ictus con un Plan Personalizado

Denominador .....: Denominador = Pacientes totales con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica y/o Ictus

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: -Listados por cupos de los pacientes que según sus pautas de tratamiento están en prevención secundaria de su patología de tipo cardio y cerebrovascular.

-Base datos OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se podrá valorar grado de adherencia\* (Morisky Green/

<https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf> y/o el de satisfacción del paciente

(Cuestionario TSQM-9 - [https://cdn-links.lww.com/permalink/jcp/a/jcp\\_32\\_1\\_2011\\_11\\_02\\_trujols\\_201286\\_sdc1.pdf](https://cdn-links.lww.com/permalink/jcp/a/jcp_32_1_2011_11_02_trujols_201286_sdc1.pdf) )

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#681

### 1. TÍTULO

#### USO DEL CUADRO DE MANDOS(CM) EN DIABETES PARA AUMENTAR SU GRADO DE COBERTURA EN LA CARTERA SERVICIOS

Fecha de entrada: 18/07/2022

Nº de registro: 2022#681 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VEREAU MARTINEZ MYRNA CELESTE

Título  
USO DEL CUADRO DE MANDOS(CM) EN DIABETES PARA AUMENTAR SU GRADO DE COBERTURA EN LA CARTERA SERVICIOS

Colaboradores/as:  
APARICIO GONZALO ELVIRA  
BELLO GIL ARACELI  
COLLADO HERNANDEZ BEGOÑA  
ESCRIBANO PARDO DANIEL  
GONZALEZ BLASCO CELIA  
PASTOR POU LAURA PILAR  
SANZ MARTINEZ MARIA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: CS OLIVER

Servicio/Unidad principal .....: EAP OLIVER

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

De sobras es conocido por todos que la Diabetes Mellitus tipo 2(DM2) es una patología con una elevada prevalencia, mucha de ella por desgracia desconocida por no haber sido aún diagnosticada (en torno a un 50%) y con perspectivas futuras de importantes incrementos en su incidencia según adelantan múltiples publicaciones. Es primordial un correcto abordaje de la misma con el objeto de implementar distintas medidas preventivas para minimizar en la medida de lo posible las posibles complicaciones tanto micro como macrovasculares que pueden ir apareciendo a lo largo de su evolución.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actuar de una forma proactiva haciendo revisiones de estos pacientes con el diagnóstico de DM2 con el objeto de incrementar el grado de implementación de los distintos ítems contemplados en la Cartera de Servicios en relación a la atención a éstos pacientes. Cuando se revisa en el CM el grado de cumplimentación de éstos valores se objetiva puede ser ampliamente mejorado y por desgracia se hace un escaso uso de la citada herramienta a pesar de toda la información que aporta. Además ahora es un buen momento para su uso adecuado para de alguna manera recuperar pacientes crónicos que por circunstancia de la pandemia de Covid 19 han podido dejar de ser seguidos con la frecuencia adecuada.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Un importante % de los pacientes que tienen diagnóstico de DM2 por motivos personales o durante los últimos meses, debido a la situación epidemiológica provocada por la COVID-19, su seguimiento como pacientes crónicos que son no se ha podido hacer de manera idónea y podemos beneficiarnos del uso de la herramienta del CM en DM2 para incrementar el grado de seguimiento de los mismos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Incrementar el % de pacientes con diagnóstico de DM2 con seguimiento en cartera de servicios de pacientes crónicos y cumplimentación de seguimiento en el CM.  
- Se podrían analizar resultados en salud como reducción en la aparición de complicaciones de tipo cardiovascular derivadas de la evolución de la DM2 o de un mal control de la misma. .

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Obtener listados por cupos de los pacientes incluidos en la programa de DM2 de Cartera de Servicios a través del CM y según el grado de cumplimentación de los distintos parámetros en éste contemplado

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Dra Vereau

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes incluidos en Cuadro de Mandos en DM2

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Porcentaje de pacientes en "verde" en cada ítem contemplado en CM al final del proceso

Denominador .....: Denominador = Porcentaje de pacientes en "verde" en cada ítem contemplado en CM

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#681

### 1. TÍTULO

#### USO DEL CUADRO DE MANDOS(CM) EN DIABETES PARA AUMENTAR SU GRADO DE COBERTURA EN LA CARTERA SERVICIOS

al inicio del proceso  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de mandos en DM2  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#871

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION PARA INCREMENTAR EL GRADO DE PARTICIPACION EN PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER COLORRECTAL EN BARRIO OLIVER

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#871 \*\* Cáncer de Colón \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CASADO VELILLA ISABEL

Título  
INTERVENCION PARA INCREMENTAR EL GRADO DE PARTICIPACION EN PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER COLORRECTAL EN BARRIO OLIVER

Colaboradores/as:  
BELLO GIL ARACELI  
BENEDICO SANCHEZ CRISTINA  
HERNANDEZ RAMOS MARIA ASCENSION  
MINGOTE TIZNE MARIA TERESA  
MORENO BONA NATALIA  
VALIENTE LLORENTE BELEN  
VIVANCO SANZ MARIA DOLORES

Ubicación principal del proyecto.: CS OLIVER

Servicio/Unidad principal .....: EAP OLIVER

Línea estratégica: Cáncer de Colón

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El cáncer colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más frecuente en los hombres y el segundo en las mujeres en el mundo occidental y en nuestro país. La incidencia de esta neoplasia varía principalmente por la edad, siendo más frecuente a partir de los 50 años (90% de los casos). Un 90% del total de pacientes con estadios I y II alcanzan una supervivencia igual o mayor a cinco años, gracias a la detección y tratamiento precoz.

El cribado poblacional del CCR forma parte de la estrategia de detección precoz del cáncer del Sistema Nacional de Salud, siguiendo la recomendación europea del año 2003. En Aragón, el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia inició en el año 2013 el programa de cribado poblacional de CCR para personas de riesgo medio (50-69 años).

Existen pruebas de cribado válidas y fiables: el test de sangre oculta en heces (TSOH), siendo el recomendado por el Consejo de la Unión Europea, a realizar cada dos años a hombres y mujeres entre 50 y 74 años; grupo etario por presentan una incidencia aumentada a desarrollar un CCR. Según la revista "Annals of oncology", alrededor de una cuarta parte de las muertes por CCR que ocurren cada año en Europa se podrían evitar con una adecuada participación en el programa del screening.

#### ÁREAS DE MEJORA

A partir de los datos mencionados anteriormente, con una participación poblacional subóptima en los programas de cribado del CCR, es necesario conocer el porqué del rechazo a estos programas, así como explorar estrategias de promoción de participación que hayan sido exitosas en otros contextos

#### ANALISIS DE CAUSAS

Los datos de la Sociedad Española de Medicina de Laboratorio (SEQCML) indica que la participación del TSOH es versátil, pero en determinados colectivos y comunidades (grupos étnicos, inmigrantes,...) podemos llegar a encontrar cifras bastante bajas. Presentando Aragón una media de 53% y en la ZBS Barrio Oliver del 44.50% en 2021.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1- Incrementar la participación del programa de cribado de cáncer colorrectal en Zona de Salud Del Barrio Oliver para conseguir reducir la morbimortalidad asociada a este tumor
- 2- Priorizar el rendimiento garantizando la prioridad del cribado entre el personal sanitario e implicando a los profesionales de atención primaria en la invitación
- 3- Instaurar estrategias de información para concienciar a la población en general de la necesidad de tomar medidas para su prevención (adherencia al cribado de CCR).
- 4- Valorar las intervenciones para incrementar la participación en el cribado de cáncer colorrectal que han demostrado ser más efectiva
- 5- Lograr cifras más elevadas en la segunda ronda, a medida que la población esté mejor informada y tras intervenciones
- 6- Conocer los motivos de rechazo a la prueba del cribado del CCR en zona salud Barrio Oliver.
- 7- Recogida de información sobre variables sociales que permitan conocer las desigualdades en el acceso a los servicios preventivos

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Reuniones de grupo motor:

- Inicial: La identificación de estrategias exitosas de promoción del cribado del CCR para sugerir nuevos abordajes capaces de mejorar la adherencia a la participación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#871

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION PARA INCREMENTAR EL GRADO DE PARTICIPACION EN PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER COLORRECTAL EN BARRIO OLIVER

Fecha inicio: 09/05/2022  
Fecha final.: 13/05/2022  
Responsable.: Natalia Moreno Bona

2. Información a la población: Disposición de material informativo para la comunidad, en formato físico y electrónico  
distribución de material informativo y canales de comunicación de masas  
Fecha inicio: 07/02/2022  
Fecha final.: 28/05/2022  
Responsable.: Cristina Benedico Sánchez

3. Formación de los profesionales implicados programa e intervención Priorizar el rendimiento, utilizando 2 sesiones al AEP  
Fecha inicio: 06/06/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Isabel Casado Velilla

4. Incorporación de un colaboradores comunitarios, de servicios de proximidad farmacias, centro de mayores y centro comunitario  
Fecha inicio: 06/06/2022  
Fecha final.: 31/07/2022  
Responsable.: Belén Veliente Llorente

5. Información individual asesorar explícitamente al paciente sobre las pruebas de detección, proporcionar material y la revisión del estado de detección del CCR en cada visita.  
Fecha inicio: 07/02/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Ascensión Hernández Ramos

6. Tratamiento de listados mensuales de invitaciones al programa de cribado de CCR de 2022 en el segmento de población de 55-69 años de edad de la Base de Datos de Usuarios del Gobierno de Aragón  
Fecha inicio: 04/04/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Dolores Vivanco Sanz

7. Orientación de llamadas a personas que no acudieron al cribado tras envío de carta de invitación: Educación sobre CCR, asesoramiento sobre detección de CCR, entrevista motivacional  
Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 01/07/2022  
Responsable.: Araceli Bello Gil

8. Evaluaciones: a los 3 meses, valorar resultados iniciales y incidencias no contempladas  
Final: evaluación de la intervención

Fecha inicio: 04/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Isabel Casado Velilla

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
En las entrevistas telefónicas, se propuso que deberían establecerse unos estándares mínimos de recogida de información sobre variables sociales que permitan conocer las desigualdades en el acceso a los servicios preventivos: género, edad, etnia, país de origen y motivos de rechazo.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Realización de dos sesiones al AEP  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: 2: número de sesiones al EAP  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Actas de sesiones con hoja de firmas de asistencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 21.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

2. Realización sesión de orientación de llamadas estructuradas  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: 1: número de sesión formativa y de planificación  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 1

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#871

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION PARA INCREMENTAR EL GRADO DE PARTICIPACION EN PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER COLORRECTAL EN BARRIO OLIVER

Fuentes de datos.: Acta de grupo de mejora con participación del 80% del grupo

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Colaboración intersectorialmente y coordinación con diferentes entidades del barrio

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: 3: número de entidades comunitarias colaboradoras en el proyecto

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Información de cada entidad colaboradora

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 3.00

4. Incremento de participación en el programa de cribado tras intervención

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de participantes tras intervención

Denominador .....: número de cartas de invitación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listados de invitaciones y registros de llamadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se desarrolla el programa en la Zona Básica de Salud del Barrio Oliver.

La información inicial de programa de prevención de CCR, se ha realizado a nivel regional al entregar documento informativo a todas personas que acuden a vacuna covid al centro Salud Oliver (vacunación abierta a toda población)

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#900

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD SOBRE LA IMPLANTACION DE LA REANIMACION CARDIOPULMONAR Y PRIMEROS AUXILIOS EN EL AULARIO DE LOS COLEGIOS DEL BARRIO OLIVER

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#900 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
OTER GIMENO RAQUEL

Título  
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD SOBRE LA IMPLANTACION DE LA REANIMACION CARDIOPULMONAR Y PRIMEROS AUXILIOS EN EL AULARIO DE LOS COLEGIOS DEL BARRIO OLIVER

Colaboradores/as:  
GONZALEZ BLASCO CELIA  
HERNANDEZ GARCIA ANA ISABEL  
LUZ MIGUEL SANDRA  
SAMATAN RUIZ EVA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS OLIVER

Servicio/Unidad principal .....: EAP OLIVER

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los primeros auxilios son las medidas iniciales que se realizan a víctimas de accidentes o de enfermedades repentinas hasta la llegada de los profesionales especializados, con el fin de facilitar su recuperación . Proporcionar una atención inmediata, resolutive y organizada crea una mayor probabilidad de sobrevivir a una situación de emergencia, consiguiendo que la cadena de supervivencia sea lo más efectiva posible. También, la enseñanza en el manejo del DEA cada vez más extendido en puntos localizados, permite poseer una población bien preparada ante las diversas situaciones en las que es de esencial utilidad tener estos conocimientos. Los primeros minutos de una parada cardiorrespiratoria son esenciales para la supervivencia de la persona, y evitar las posibles secuelas, de ahí la importancia de la formación de la población en SVB. Se ha detectado una carencia en la formación en primeros auxilios en escolares. Este proyecto pretende afirmar que tras recibir la formación adecuada a sus edades los alumnos, han adquirido las destrezas necesarias para actuar ante una situación de emergencia. Por todo ello, se ha planteado el desarrollo de este programa de educación para la salud, con el fin de educar a la población en esta materia, en el cual se impartirán conocimientos sobre SVB, manejo del DEA y primeros auxilios que les pueden ser útiles durante toda su vida.

#### ÁREAS DE MEJORA

Eliminar la carencia en el conocimiento de materia de primeros auxilios y RCP en los escolares del barrio Oliver.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Escasez de formación reglada en el área de primeros auxilios y RCP.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Impartir conocimientos necesarios y adecuados para realizar una correcta RCP.  
Instruir en el manejo del desfibrilador Semiautomático (DEA/DESA), así como en las maniobras de desobstrucción de la vía aérea.  
Formar en materia básica de primeros auxilios.  
Fomentar actividades docentes sobre RCP en edades escolares.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1) Reunión con el EAP para crear un grupo de trabajo y presentar el proyecto

Fecha inicio: 08/02/2022

Fecha final.: 09/02/2022

Responsable.: Raquel Oter Gimeno

2. 2) Contacto con la dirección de colegios del barrio OLIVER para conocernos en persona y ofertar nuestros talleres y charlas.

-IES María Moliner

-CEIP Fernando el Católico

-CEIP Ramiro Solans

Fecha inicio: 15/02/2022

Fecha final.: 22/02/2022

Responsable.: Raquel Oter Gimeno

3. 3) Reunión con el equipo de trabajo crear contenido docente en la materia y desarrollar la metodología y



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#900

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD SOBRE LA IMPLANTACION DE LA REANIMACION CARDIOPULMONAR Y PRIMEROS AUXILIOS EN EL AULARIO DE LOS COLEGIOS DEL BARRIO OLIVER

programación de las charlas y talleres.

Fecha inicio: 07/03/2022

Fecha final.: 14/03/2022

Responsable.: Ana Isabel Hernández García.

4. 4) Adaptación del contenido teórico de la materia a la edad de los escolares por curso académico.

Fecha inicio: 28/03/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: Sandra Luz Miguel

5. 5) Realización de talleres teórico-prácticos sobre primeros auxilios y RCP de 50' cada sesión en CEIP Fernando el Católico

Fecha inicio: 28/04/2022

Fecha final.: 29/04/2022

Responsable.: Celia González Blasco

6. 6) Realización de talleres teórico-prácticos sobre primeros auxilios y RCP en CEIP Ramiro Solans

Fecha inicio: 15/06/2022

Fecha final.: 17/06/2022

Responsable.: Eva Samatán Ruiz

7. 7) Realización de talleres teórico-prácticos sobre primeros auxilios y RCP de 50' cada sesión en IES Maria Moliner

Fecha inicio: 26/04/2022

Fecha final.: 27/07/2022

Responsable.: Raquel Oter Gimeno

8. 8) Contacto con la dirección de colegios del barrio OLIVER para organizar los talleres durante el curso 2022-2023.

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Sandra Luz Miguel

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Test de conocimientos adquiridos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Conocimientos anteriores a la charla

Denominador .....: Conocimientos posteriores a la charla

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Test físico proporcionado en clase.

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Ratio niños por taller

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: numero de niños asistentes

Denominador .....: total de niños en clase

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Información del colegio

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1200

### 1. TÍTULO

#### DEPRESCRIPCION: INICIATIVA ENFERMERÍA

Fecha de entrada: 04/08/2022

Nº de registro: 2022#1200 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ESTEBAN GIMENEZ OSCAR

Título  
DEPRESCRIPCION: INICIATIVA ENFERMERÍA

Colaboradores/as:  
ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA  
BERNA SIERRA PABLO  
LABORDA EZQUERRA ROSARIO  
MARIN MURILLO PILAR  
MENA GALLIZO ELENA  
MORENO GUSTRAN CARMEN ADORACIO  
PEREZ GUZMAN TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CS SADABA

Servicio/Unidad principal .....: EAP SADABA

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La exposición masiva de la población a los medicamentos ha contribuido a que la prevalencia de pacientes polimedificados (PM) aumente de forma evidente en las últimas décadas. La tarea de deprescribir precisa de la colaboración de los pacientes y de los profesionales sanitarios que les atienden. Proponemos que la deprescripción (DP) pueda ser compartida con los compañeros/as de enfermería, de manera consensuada y colaborativa.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disminuir la polimedicación.  
Disminuir el uso de medicamentos de baja utilidad terapéutica.  
Disminuir potenciales reacciones adversas e interacciones.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La polimedicación y polimedicación excesiva es un hecho demostrable por numerosos artículos y más en ancianos, por lo tanto es un deber el intentar adecuar la historia farmacoterapéutica a la realidad cambiante de nuestros pacientes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Adecuar la receta clínica electrónica a las necesidades reales de los pacientes.  
Disminuir la PM.  
Dar herramientas a enfermería para iniciar el proceso de DP

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se exponen la prevalencia de PM en nuestro medio y sus consecuencias en términos de salud y economía, así como los riesgos que ello comporta. Se plantea que una posible solución al problema sea la DP.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: Óscar Esteban Giménez

2. Se hará captación oportunista de los pacientes en enfermería. Se evaluará la receta electrónica conjuntamente con la historia clínica y tras consensuar con el paciente, se realiza la propuesta de DP.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: Todas las enfermeras

3. Se recopilarán datos como edad, sexo, medicamento propuesto para la DP, motivo de su prescripción y de su retirada, si son o no polimedificados y si ha habido necesidad de su reintroducción 3 meses desp

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: Óscar Esteban Giménez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de medicamentos retirados

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1200

### 1. TÍTULO

#### DEPRESCRIPCION: INICIATIVA ENFERMERÍA

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Medicamentos al inicio de cada paciente sobre el que se ha intervenido  
Denominador .....: Medicamentos al final del proyecto de cada paciente sobre el que se ha intervenido  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Texto libre  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1000.00

2. Motivo de la retirada de dichos medicamentos

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Texto libre  
Denominador .....: Texto libre  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Texto libre  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1000.00

3. Aceptación o no de la propuesta de enfermería

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de propuestas aceptadas  
Denominador .....: N° de propuestas presentadas  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Texto libre  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1213

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO EN ZBS SADABA

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1213 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARIN MURILLO PILAR

Título  
MEJORA DEL CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO EN ZBS SADABA

Colaboradores/as:  
ALVAREZ SANCHEZ MARTA MARIA  
BERNA SIERRA PABLO  
ESTEBAN GIMENEZ OSCAR  
LABORDA EZQUERRA ROSARIO  
MAZA SOLANAS PILAR  
MORENO GUSTRAN CARMEN ADORACIO  
PEREZ GUZMAN TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CS SADABA

Servicio/Unidad principal .....: EAP SADABA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

##### Análisis de la situación

La DM es una de las enfermedades más prevalentes y con mayor impacto sociosanitario , así como una tasa alta de morbimortalidad y complicaciones crónicas  
Controlar las Hb Glicada , la micro-albuminuria y el riesgo de complicaciones del pie es imprescindible para un buen control de estos pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

##### Áreas de mejora

Observamos que algunos indicadores de los pacientes diabéticos son mejorables.

Según el cuadro de mando de indicadores de AG del CS Sádaba a fecha diciembre 2021 ,el valor del indicador de HbG alcanzado era 60% aunque en los resultados de la evaluación del contrato programa el indicador fue de 40,67% ( no existe concordancia de datos).Aunque el indicador es mejorable se encuentra por encima del alcanzado por Sector y por CCAA con lo cual la línea de trabajo va a ser la misma no precisando un proyecto de mejora específico  
El indicador de microalbuminuria consideramos que esta históricamente mal explotado y no corresponde con la realidad de las analíticas que se realizan a través del protocolo de diabetes en el CS ( circunstancia manifestada repetidamente a la dirección) por lo que trabajar este indicador en un proyecto de mejora no tiene mucho sentido dado que la fuente de datos de situación y resultados no es fidedigna.

El indicador de revisión pie diabético en mejorable y un proyecto de mejora facilitaría un cumplimiento del indicador en AG.

Asimismo hemos detectado una baja cobertura en la realización de EKG de control en pacientes con diabetes ( según el programa debe constar la realización de EKG en los últimos 5 años)y pensamos que incluir este indicador en el proyecto mejoraría la atención a nuestro pacientes diabéticos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La pandemia y la atención a los procesos agudos ha sido un limitante para la completa atención de los pacientes con patología crónica como DM

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivos del Proyecto

Mejorar el control de los pacientes diabéticos en la ZBS

Mejorar el registro

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se realiza reunión de EAP con visualización de cuadro de mando de indicadores y análisis de los datos y revisión de registros en OMI.

Se realiza lluvia de ideas para la elaboración de proyecto

Fecha inicio: 03/03/2022

Fecha final.: 03/03/2022

Responsable.: Pilar Marín

2. Se presenta proyecto de mejora con las siguientes actividades.

-Creación de agenda de Consulta de Diabetes en las que se citará a pacientes con DM para realizar revisión pies y/o EKG

Fecha inicio: 10/03/2022

Fecha final.: 10/03/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1213

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO EN ZBS SADABA

Responsable.: Pilar Marín

3. -Revisión de listados de pacientes con diabetes con captación activa (cita por teléfono) de pacientes en los que no consta registro de revisión de pies en el último año y EKG en en los últimos 5 años.

Fecha inicio: 10/03/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Enfermeras cupo

4. - Citación telefónica de los pacientes objetivo y realización de actividades de indicador

Fecha inicio: 14/03/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: Pablo Berna

5. Asimismo y de manera programada las enfermeras con TIS asignadas continuarán realizando revisiones de pies y EKG a los pacientes citados en sus respectivas agendas.

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Enfermeras cupo

6. Registro informe EKG

Fecha inicio: 14/03/2022

Fecha final.: 14/10/2022

Responsable.: MAP

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La agenda creada específicamente para abordar el proyecto será trabajada por el enfermero eventual contratado para reforzar equipo y funcionará hasta que dicho profesional inicie las sustituciones de los permisos y vacaciones de verano siendo retomada tras estos y hasta finalizar su contrato en octubre.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cobertura pie diabético en agenda DM

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº pacientes citados específicamente en agenda DM para revisión de PD

Denominador .....: nº pacientes diabéticos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agenda DM

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

2. Cobertura pie diabético general

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº pacientes con revisión pies

Denominador .....: nº pacientes diabéticos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro mando indicadores AG

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

3. Cobertura EKG

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº pacientes citados específicamente en agenda DM pararealizar EKG

Denominador .....: nº pacientes diabéticos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agenda DM

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1213

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO EN ZBS SADABA

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1177

### 1. TÍTULO

#### SALA DE URGENCIAS CADA COSA EN SU SITIO

Fecha de entrada: 03/08/2022

Nº de registro: 2022#1177 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BUIL COMPANY ESTHER

Título  
SALA DE URGENCIAS CADA COSA EN SU SITIO

Colaboradores/as:  
CASTILLO SERRANO CONCEP.ISABEL  
CAUDEVILLA ESEVERRI ELENA  
MAULEON PELLON MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS SOS DEL REY CATOLICO

Servicio/Unidad principal .....: EAP SOS DEL REY

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Parte de nuestro trabajo es la atención a la urgencia, dentro y fuera del Centro de Salud. En los últimos meses se han detectado fallos imperdonables. Observando esto, hemos decidido realizar un programa de mejora con la finalidad de proporcionar al paciente una correcta atención y facilitar el trabajo de los profesionales.

#### ÁREAS DE MEJORA

Limpieza y orden de la sala de urgencias  
Carro de curas, carro paradas y maletines ordenados y sin caducidades

#### ANALISIS DE CAUSAS

Desorden por parte del EAP que lleva a dificultar la atención del paciente

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mantener la sala de urgencias siempre en condiciones par dar una atención rápida y adecuada.  
Facilitar el trabajo de los profesionales.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Nombrar responsable de la sala de urgencias.

Fecha inicio: 30/08/2022

Fecha final.: 30/08/2022

Responsable.: Buil

2. Revisión de la sala, carro de paradas, carro de curas y maletines semanalmente  
Diferenciando maletín de urgencias de bolsa de curas.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Caudevilla

3. Carro de curas ordenado y con el material adecuado, revisión semanal

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Caudevilla

4. Revisión de aparatos de electromedicina quincenalmente.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Castillo

5. Crear plantillas para registrar con fecha y firma las revisiones .

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 05/09/2022

Responsable.: Mauleón

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de revisiones que se realizan

Tipo de indicador: Alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1177

### 1. TÍTULO

#### SALA DE URGENCIAS CADA COSA EN SU SITIO

Numerador .....: Profesionales que realizan la revisión  
Denominador .....: Todo el personal del EAP  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Planillas de fecha y firma  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Promover el uso adecuado de la sala de urgencias  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Profesionales que hacen un uso adecuado  
Denominador .....: Todo el personal del EAP  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Reunión de equipo  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#658

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL CENTRO DE SALUD DE TARAZONA Y EL CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES DE LA COMARCA DE TARAZONA Y EL MONCAYO

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#658 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CLAVERO CHUECA DIANA MARIA

Título  
PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL CENTRO DE SALUD DE TARAZONA Y EL CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES DE LA COMARCA DE TARAZONA Y EL MONCAYO

Colaboradores/as:  
CELIMENDIZ FERRANDEZ IRENE  
FERRER SANTOS PILAR  
GARIJO BARSELO MERCEDES  
LAVILLA JIMENEZ MANUEL  
MANRIQUE BONA JOSE ANTONIO  
PEÑA LEON IRENE  
ROMERO ABAD DIANA MARICELA

Ubicación principal del proyecto.: CS TARAZONA

Servicio/Unidad principal .....: EAP TARAZONA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*CENTRO DE SALUD TARAZONA\*EAP TARAZONA\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) lleva desarrollando desde el año 2000 el Programa de Prevención y Detección de Situaciones de Desprotección y Maltrato Infantil, en colaboración con la Asociación de Desarrollo Comunitario en Áreas de Aragón (A.D.C.A.R.A.) con el objetivo de crear un lenguaje y unos protocolos de actuación comunes entre todas las instituciones, servicios y profesionales que trabajan con la infancia. En lo que respecta al ámbito sanitario, se investigó para conocer la situación, dificultades y propuestas que los profesionales del ámbito sanitario plantean ante la prevención, detección, intervención y notificación de situaciones de maltrato infantil. Se resaltaron en dicha investigación las dificultades para identificar algunas situaciones de maltrato, falta de información y orientación sobre pautas de actuación cuando se detecta indicadores de posible maltrato infantil y las dificultades de la coordinación entre profesionales de los distintos servicios asistenciales.

La Atención Primaria del paciente pediátrico se desarrolla alrededor de la labor asistencial, incluyendo las demandas de patología diaria, urgente, las revisiones del niño sano, así como una visión biopsicosocial de los niños y de sus familias. La comunicación y coordinación con otros niveles asistenciales (interconsultas con Especializada) es imprescindible para implementar la asistencia y mejorar la calidad de la asistencia, así como lo es también tener un contacto fluido con los servicios sociales. El Centro de Servicios Sociales forma parte del Sistema de Servicios Sociales Comunitarios en la C. A. de Aragón, constituyendo la atención primaria del sistema y por tanto la puerta de entrada de éste. Además, existe un Servicio Especializado de Protección de Menores, al cual se accede previa derivación y valoración del Centro de Servicios Sociales. Por todo ello es importante poder detectar las situaciones de riesgo para el menor, que pudieran ser candidatas de seguimiento o intervención por servicios sociales o Menores, para poder detectar a tiempo e intervenir en situaciones de riesgo para el menor. Y una manera de poder mejorar es implementar reuniones periódicas con los Servicios Sociales, los Servicio de Pediatría de Atención Primaria y Ámbito Educativo. De esta manera se tiene una visión más global de la situación familiar y de proteger al menor que pudiera estar en riesgo.

#### ÁREAS DE MEJORA

? Coordinación entre el Servicio de Pediatría del C. Salud y los Servicios Sociales Comarcales.  
? Aumentar el conocimiento de los profesionales sobre la detección e intervención ante situaciones de maltrato infantil.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desde el centro de Salud de Tarazona y el Sistema de Servicios Sociales Comarcales se ha detectado una necesidad de coordinación entre ambos equipos para correcta prevención, detección e intervención y notificación de situaciones de posible maltrato infantil.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Promover actuaciones coordinadas entre las diferentes instituciones implicadas en la atención a la población infantil (C. Salud, Servicios Sociales, Ámbito Educativo).
- Facilitar los procesos de detección y notificación de riesgo de maltrato u otras situaciones de riesgo para el menor, indicando cuándo, cómo y a quién debe comunicarse la situación observada, estableciendo un canal estable y permanente entre las instituciones implicadas.
- Sensibilizar y motivar a los profesionales del ámbito sanitario sobre su papel en la prevención y detección del maltrato infantil.
- Implicar a los profesionales de los consultorios rurales por su mayor conocimiento y cercanía de la

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#658

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL CENTRO DE SALUD DE TARAZONA Y EL CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES DE LA COMARCA DE TARAZONA Y EL MONCAYO

situación sociofamiliar de los menores.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Establecer un protocolo de coordinación entre Servicio de Pediatría y Servicios Sociales, así como programar y asistir a reuniones trimestrales en el equipo de Trabajo Social Comarcal. Se desarrollará

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable: Diana M<sup>a</sup> Clavero Chueca

2. Asistir a las reuniones de la comisión de Absentismo de la Comarca de Tarazona

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable: Pilar Ferrer Santos

3. Realizar una sesión al Equipo de Atención Primaria de Tarazona para presentar el proyecto y dar a conocer la hoja de Notificación de Situaciones de Riesgo de Maltrato y procedimiento a seguir.

Fecha inicio: 1/06/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable: Irene Celimendiz Ferrandez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Contactar con los profesionales sanitarios que trabajan en los consultorios locales de los pueblos de la ZBS para establecer una propuesta de coordinación, previa a las reuniones del Servicio de Pediatría con el resto de profesionales ( Trabajo Social y Educación).

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Participación en Comisión de Absentismo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Número de reuniones de la Comisión de Absentismo a las que se ha asistido

Denominador ..... Numero total de reuniones programadas

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Evaluación de asistencia

Est.Mín.1ª Mem .. 33.00

Est.Máx.1ª Mem .. 75.00

Est.Mín.2ª Mem .. 75.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

2. Participación en Reunión Trabajo Social

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Número de reuniones de Trabajo Social-Pediatría a las que se ha asistido

Denominador ..... Numero total de reuniones programadas

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Evaluación de asistencia

Est.Mín.1ª Mem .. 33.00

Est.Máx.1ª Mem .. 75.00

Est.Mín.2ª Mem .. 75.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

3. Asistencia a sesión formativa

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Número de profesionales asistentes a la reunión formativa

Denominador ..... Número de profesionales del centro que podrían asistir a la reunión formativa

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Evaluación de asistencia

Est.Mín.1ª Mem .. 33.00

Est.Máx.1ª Mem .. 50.00

Est.Mín.2ª Mem .. 50.00

Est.Máx.2ª Mem .. 75.00

4. Participación de consultorios rurales de la Z.B.S.

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Número de profesionales de consultorios rurales implicados

Denominador ..... Número de profesionales de consultorios rurales existentes en la zona básica de salud.

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Evaluación de coordinación

Est.Mín.1ª Mem .. 33.00

Est.Máx.1ª Mem .. 50.00

Est.Mín.2ª Mem .. 75.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#658

### 1. TÍTULO

#### **PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL CENTRO DE SALUD DE TARAZONA Y EL CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES DE LA COMARCA DE TARAZONA Y EL MONCAYO**

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

LA implicación de los consultorios rurales se medirá teniendo en cuenta el número de profesionales que trabajan en la ZBS, no por número de consultorios, ya que varios profesionales atienden a varios consultorios locales.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> MEJORA DE LA PRACTICA CLÍNICA

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#844

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#844 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ IRACHE INES

Título  
PROYECTO DE RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD

Colaboradores/as:  
BARCONES MOLERO MARIA FE  
BOROBIA BONEL RAQUEL  
GIL MOMBIELA BEATRIZ  
KOPTIUKH LIASHENKO MARYNA  
MARCOS MAYOR LAURA  
RUIZ HERREROS MARIA  
SORIA JIMENEZ MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS TARAZONA

Servicio/Unidad principal .....: EAP TARAZONA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una de las tres vías de acción que propone la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón es la atención comunitaria basada en activos. Se entiende como tal cualquier factor o recurso que potencia la capacidad de individuos, comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar (visión salutogénica). El reconocimiento de activos comunitarios conlleva la creación de mecanismos formales de actuación. La recomendación de estos activos en las consultas de atención primaria es importante y útil porque proporciona alternativas no clínicas de atención y su efecto sobre la salud se encuentra respaldado por la evidencia científica disponible.

#### ÁREAS DE MEJORA

La recomendación de activos permite dar respuesta a algunas de las necesidades identificadas en la comunidad de manera complementaria a las acciones individuales, grupales y comunitarias.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Las patologías más prevalentes nuestra ZBS son ACV, EPOC, demencia, neoplasias y depresión.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Se desglosan los objetivos según las distintas etapas que componen la recomendación de activos para la salud en Atención Primaria.

Etapas 1: Preparación y contextualización.

- Crear un equipo de trabajo interdisciplinar.
- Analizar la situación sociodemográfica, social y sanitaria de la Zona Básica de Salud (ZBS) de Tarazona.
- Identificar factores de riesgo para dichos problemas.
- Definir los recursos más prioritarios en la ZBS según el anterior análisis.
- Presentar el proyecto al resto del equipo del centro.

Etapas 2: Identificación y caracterización de las actividades comunitarias utilizables

- Identificar los activos de salud y los recursos comunitarios en la ZBS de Tarazona.
- Priorizar entre los activos identificados aquellos que sean útiles para afrontar los problemas detectados.
- Contactar con los activos priorizados.
- Informar a estos activos del procedimiento para activarse en el buscador de activos.

Etapas 3. Formalización de la conexión actividad comunitaria-centro de salud

- Concretar con el activo la metodología de trabajo.

Etapas 4: Recomendación de activos

- Comunicar al resto del equipo los resultados para integrar en la práctica diaria la recomendación de activos incluidos en OMI.

Etapas 5: Evaluación y dinamización

- Evaluar el diseño, el proyecto y los resultados.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se concretará las personas que formarán el equipo de trabajo y desarrollarán el proyecto.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Grupo de trabajo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#844

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD

2. Se analizará la situación de la Zona Básica de Salud (ZBS) de Tarazona para poder contextualizar los problemas de salud.

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Grupo de trabajo

3. Se identificarán los factores de riesgo para los problemas detectados.

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 01/04/2023  
Responsable.: Grupo de trabajo

4. Se identificarán los activos de salud y los recursos comunitarios de la ZBS.

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 01/04/2023  
Responsable.: Grupo de trabajo

5. Se priorizará entre los activos identificados aquellos que sean útiles para afrontar los problemas detectados (con los criterios de selección del proyecto EIRA).

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 01/04/2023  
Responsable.: Grupo de trabajo

6. Se contactará telefónicamente con los activos priorizados. Se concertará una reunión con ellos y con el Equipo de Trabajo para verificar que cumplen nuestros criterios de inclusión.

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 01/04/2023  
Responsable.: Grupo de trabajo

7. Se establecerá procesos colaborativos con ellos, fomentando el trabajo en red. Además, se informará a estos activos del procedimiento para activarse en el buscador de activos.

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 01/04/2023  
Responsable.: Grupo de trabajo

8. Se comunicará al resto del equipo los resultados para integrar en la práctica diaria la recomendación de activos incluidos en OMI cuando hayan sido valorados y aceptados por el SARES.

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 01/04/2023  
Responsable.: Grupo de trabajo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % Activos contactados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número (Nº) de activos contactados (01/04/22-01/04/23)

Denominador .....: N° de activos previstos captar (01/04/22-01/04/23)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Profesionales del proyecto.

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % Activos activados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de activos activados en el buscador de la estrategia (01/04/22-01/04/23)

Denominador .....: N° de activos seleccionados (01/04/22-01/04/23)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Buscador de activos de la estrategia de Atención Comunitaria

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % Profesionales que recomiendan activos

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de profesionales que han recomendado activos (01/04/22-01/04/23)

Denominador .....: N° profesionales que trabajan en el Centro de Salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta individual

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#844

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE RECOMENDACION FORMAL DE ACTIVOS PARA LA SALUD

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. Frecuentación al activo  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° usuarios que asisten regularmente al activo  
Denominador .....: N° usuarios a los que se les ha recomendado un activo en consulta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMIap  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. % Activos satisfechos  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° activos satisfechos con la recomendación de activos en consulta  
Denominador .....: N° activos activados en el buscador  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Entrevista  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. % Usuarios satisfechos  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° usuarios satisfechos con la recomendación de activos en consulta  
Denominador .....: N° usuarios a los que se les ha recomendado un activo en consulta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMIap  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

7. Grado de mejoría  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° usuarios que han mejorado tras asistir al activo  
Denominador .....: N° usuarios a los que se les ha recomendado un activo en consulta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMIap  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Atención Comunitaria

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#890

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE SOPORTE VITAL BASICO PARA ESCOLARES

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#890 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SORIA JIMENEZ MARIA

Título  
TALLER DE SOPORTE VITAL BASICO PARA ESCOLARES

Colaboradores/as:  
CARCAVILLA VAL ISABEL  
GIL MOMBIELA BEATRIZ  
KOPTIUKH LIASHENKO MARYNA  
LASHERAS GARCIA JULIA  
MARCO BRUALLA MARIA  
PEREZ IRACHE INES  
RODRIGUEZ MIRO IVAN

Ubicación principal del proyecto.: CS TARAZONA

Servicio/Unidad principal .....: EAP TARAZONA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Existe evidencia de que el entrenamiento en soporte vital básico en las escuelas se asocia con mejores resultados en la supervivencia tras presenciar una muerte súbita.  
Por otro lado, la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE), o atragantamiento, es una causa potencialmente tratable de muerte accidental.  
Se ha demostrado que es sencillo y costo-efectivo enseñar a los escolares las técnicas de RCP y desobstrucción de la vía aérea, siendo suficiente 2 horas por año.  
Desde uno de los colegios de la ZBS de Tarazona se manifestó la necesidad de formación en primeros auxilios y se valoró la posibilidad de realizar talleres sobre reanimación cardiopulmonar (RCP) y obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE).  
Los niños favorecen el efecto mutlicador, enseñando las técnicas a la familia y los amigos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Está demostrado que la realización de RCP por testigos puede triplicar la supervivencia, pero solo 1 de cada 5 afectados la reciben.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Según la Sociedad Española de Cardiología, se estima que en España se produce una parada cardiaca cada 20 minutos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Aumentar los conocimientos sobre RCP y OVACE previos al taller en al menos un 20% de los alumnos.
- Identificar una situación susceptible de actuación urgente en al menos un 80% de los casos.
- Conocer la secuencia de actuación ante una situación de emergencia en al menos un 70% de los casos.
- Conseguir que un 80% de los alumnos realicen las maniobras de RCP y OVACE de forma correcta.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación de un grupo de trabajo multidisciplinar para la realización del taller.

Fecha inicio: 01/03/2022  
Fecha final.: 31/03/2022  
Responsable.: GRUPO DE TRABAJO

2. Búsqueda bibliográfica actualizada sobre RCP y OVACE.

Fecha inicio: 01/03/2022  
Fecha final.: 31/03/2022  
Responsable.: GRUPO DE TRABAJO

3. Contacto con los centros educativos de la zona básica de salud y propuesta de realización del taller.

Fecha inicio: 01/03/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: GRUPO DE TABAJO

4. Establecimiento de los objetivos de la actividad.

Fecha inicio: 01/03/2022  
Fecha final.: 31/03/2022  
Responsable.: GRUPO DE TRABAJO

5. Elaboración del contenido del taller.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#890

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE SOPORTE VITAL BASICO PARA ESCOLARES

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: GRUPO DE TRABAJO

6. Adquisición de los recursos materiales necesarios para el desarrollo del taller.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: GRUPO DE TRABAJO

7. Evaluación de la actividad.

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: GRUPO DE TRABAJO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. AUMENTO DE CONOCIMIENTOS

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: (Nº de respuestas correctas post-test) - (Nº de respuestas correctas pre-test)

Denominador .....: (Nº totales de preguntas post-test) - (Nº totales de preguntas pre-test)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: CUESTIONARIO

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

#### 2. IDENTIFICACIÓN DE LA URGENCIA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nª de respuestas correctas

Denominador .....: Total de respuestas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: CUESTIONARIO

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 3. CONOCIMIENTO DE LA SECUENCIA DE ACTUACIÓN

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nª de alumnos capaces de realizar la secuencia correcta de actuación

Denominador .....: Total de alumnos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: CUESTIONARIO

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

#### 4. REALIZACIÓN CORRECTA DE LAS MANIOBRAS

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nª de alumnos que realiza las maniobra correctamente a juicio del evaluador

Denominador .....: Total de alumnos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: CUESTIONARIO

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#890

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE SOPORTE VITAL BASICO PARA ESCOLARES

---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1026

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE TARAZONA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE PEDIATRICO GRAVE

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1026 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FERRER SANTOS PILAR

Título  
ACTUALIZACION DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE TARAZONA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE PEDIATRICO GRAVE

Colaboradores/as:  
CELIMENDIZ FERRANDEZ IRENE  
CLAUVERO CHUECA DIANA MARIA  
COSCOLIN GARCIA MARIA PILAR  
DIEZ NAVARRO ALBERTO  
LAVILLA JIMENEZ MANUEL  
PEÑA LEON IRENE  
PUEYO RUBIO BEGOÑA

Ubicación principal del proyecto.: CS TARAZONA

Servicio/Unidad principal .....: EAP TARAZONA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La parada cardiorrespiratorio del paciente pediátrico se puede presentar tanto en el medio hospitalario como extrahospitalario. Es por ellos que especialmente en los Centros de Salud más alejados de los hospitales, es prioritario disponer del material y los fármacos necesarios así como conocer los protocolos y dosis adecuadas para poder llevar a cabo una asistencia segura para el paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Variabilidad en la actuación urgente pediátrica  
Disponibilidad del material recomendado por las asociaciones de pediatría en la sala de urgencias del Centro de Salud.  
Seguridad en el manejo del paciente pediátrico grave (fármacos y dosis recomendadas).

#### ANALISIS DE CAUSAS

Debido al elevado número de niños atendidos de forma urgente en el Centro de Salud de Tarazona, así como la variabilidad que puede existir en el manejo por parte los profesionales, hemos considerado beneficioso la unificación de criterios en la actuación ante el niño grave así como disponer del material necesario, protocolos y guías de dosificación para su asistencia de forma segura.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Detectar las necesidades materiales para la atención del niño grave en la sala de urgencias y disminución las incidencias por falta de revisión y reposición de material  
Mejorar la funcionalidad del carro de paradas y mochilas de urgencias, evitar la variabilidad del material y garantizar la disponibilidad del mismo  
Mejorar la calidad de la atención al niño grave disminuyendo el tiempo de respuesta que conlleva la búsqueda de material, protocolos y dosis adecuadas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar una hoja de registro de incidencias y tener en cuenta la opinión y necesidades detectadas por lo compañeros del centro  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 15/09/2022  
Responsable.: Pilar Ferrer Santos y colaboradores

2. Definir un listado de los contenidos necesarios del carro de paradas y maletín siguiendo las recomendaciones de las asociaciones de pediatría  
Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 17/10/2022  
Responsable.: Pilar Ferrer Santos y colaboradores

3. Preparar la documentación por escrito para el soporte de la atención del niño grave: protocolos y dosificación.  
Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Pilar Ferrer Santos y colaboradores

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1026

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE TARAZONA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE PEDIATRICO GRAVE

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Incidencias

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de incidencias resueltas

Denominador .....: número de incidencias detectadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Fármacos y material disponible

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de fármacos y material disponible

Denominador .....: número de fármacos y material recomendado por las asociaciones de pediatría

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Mejoría percibida en la atención del niño grave

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de profesionales que manifiestan mejora en la atención del niño grave gracias al soporte material y documentos actualizados

Denominador .....: número total de profesionales que realizan guardias en el centro de salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Atención del niño grave

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1276

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL EAP SAN ATILANO TARAZONA

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1276 \*\* IRAS PROA \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARCO BRUALLA MARIA

Título  
MEJORANDO EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL EAP SAN ATILANO TARAZONA

Colaboradores/as:  
GARIJO BARSELO MERCEDES  
GIRON ESTRADA SANDRA VANESSA  
MARCOS MAYOR LAURA  
NAVARRO ELIZONDO MARIEN  
RODRIGUEZ MIRO IVAN  
RUIZ HERREROS MARIA  
VALER MARTINEZ ANA

Ubicación principal del proyecto.: CS TARAZONA

Servicio/Unidad principal .....: EAP TARAZONA

Línea estratégica: IRAS PROA

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La faringoamigdalitis aguda (FA) es una de las infecciones respiratorias más frecuentes en Atención Primaria. Es un proceso autolimitado y frecuentemente originado por una infección del tracto respiratorio de etiología viral. Cuando la FA es bacteriana, el agente etiológico más frecuente es el *Streptococcus pyogenes*  $\beta$ -hemolítico del grupo A (EBHGA) responsable del 20-30% de todas las faringoamigdalitis en niños y el 5-15% en adultos. En los EAP se dispone de test de diagnóstico rápido de antígeno estreptocócico (TDRA), que debe utilizarse en función de los criterios clínicos de los pacientes, lo que facilita el diagnóstico tanto en adultos como en población pediátrica, siendo escasa la utilización en adultos. La Guía Terapéutica Antimicrobiana del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), al igual que la Guía IRASPROA, establece claramente el tratamiento de elección de la faringoamigdalitis estreptocócica (R72): penicilina V oral, ya que no se han encontrado resistencias a la penicilina (sensibilidad 100%) en *S pyogenes*, y su espectro reducido genera menos resistencias a otros antibióticos.

#### ÁREAS DE MEJORA

La utilización de test rápido (TDRA) para diagnosticar faringoamigdalitis estreptocócica en población adulta es baja. El porcentaje de utilización adecuada de antibióticos de acuerdo a la guía del Plan Nacional de resistencia a los antibióticos (PRAN) en este diagnóstico presenta una alta variabilidad entre los profesionales y constituye un área de mejora.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Desconocimiento de la posibilidad de utilizar TDRA en población adulta si se cumplen 3 ó más criterios de Centor. Falta de tiempo en consulta para realizar el test y por tanto para decidir la utilización de antibiótico. Falta de formación sobre la resistencia del *S Pyogenes* en nuestro medio y del tratamiento de elección.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Aumentar la utilización del TDRA para facilitar la decisión de la necesidad del tratamiento antibiótico.  
-Promover el uso adecuado de antibióticos mejorando la adecuación de la prescripción en la faringoamigdalitis aguda estreptocócica (penicilina V oral y amoxicilina).  
-Monitorizar la adecuación a la Guía Antimicrobiana en este diagnóstico.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación sobre el tratamiento de elección en faringoamigdalitis estreptocócica y las herramientas diagnósticas disponibles y cuando utilizarlas.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: María Marco Brualla

2. Monitorizar la utilización de TDRA.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Laura Marcos Mayor

3. Monitorizar la utilización de los antibióticos de elección en faringoamigdalitis estreptocócica.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1276

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL EAP SAN ATILANO TARAZONA

Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Ana Valer Martinez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % profesionales que asisten a la formación  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Profesionales que asisten a reunión  
Denominador .....: Profesionales del EAP  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Acta reunion  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

2. Variación en la utilización de TDRA  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Cajas TDRA 2022-2021  
Denominador .....: Cajas TDRA 2021

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: DAP

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

3. Prescripciones de antibióticos de primera elección en R72  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Prescripciones de penicilina V y amoxicilina en R72  
Denominador .....: Prescripciones de antibióticos en R72  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de mando farmacia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 48.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 58.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 58.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 68.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1296

### 1. TÍTULO

#### PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LA ZBS DE TARAZONA CON FRACCION DE EYECCION DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO REDUCIDA

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1296 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BARCONES MOLERO MARIA FE

Título  
PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LA ZBS DE TARAZONA CON FRACCION DE EYECCION DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO REDUCIDA

Colaboradores/as:  
COSCOLIN GARCIA MARIA PILAR  
GRAO MARIN MARIA CRISTINA  
MARTINEZ GARCIA TERESA  
NAVARRO ELIZONDO MARIEN  
PEREZ GUERRERO AINHOA  
PEREZ RUIZ MARIA ROSARIO  
VALER MARTINEZ ANA

Ubicación principal del proyecto.: CS TARAZONA

Servicio/Unidad principal .....: EAP TARAZONA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*CS MONCAYO (TARAZONA)\*OTROS SERVICIOS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La enfermedad cardiovascular ocupa más de 50% de las consultas diarias de atención primaria (AP) y la insuficiencia cardíaca (IC) es un problema de salud pública que genera una gran carga asistencial tanto hospitalaria como en atención primaria. En España la prevalencia de la IC en el año 2019 era del 1,89% de la población de 18 o más años, con una incidencia de 2,78/1,000 sujetos/año. La publicación de numerosos estudios sobre IC durante los últimos años ha supuesto un cambio de paradigma en el abordaje de este síndrome, en el que la labor de los equipos de AP va adquiriendo un protagonismo mayor. Las recientes guías publicadas han introducido cambios fundamentales en el manejo del paciente con IC. La nueva estrategia propuesta, con fármacos que reducen las hospitalizaciones y frenan la progresión de la enfermedad, debe ser ya una prioridad para todos los profesionales implicados. El abordaje basado en equipos multidisciplinares con el liderazgo de los médicos de familia es clave para proporcionar una atención de calidad a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, desde su prevención hasta el final de la vida. Las GPC en general, y en especial las publicadas por la Sociedad Española de Cardiología en 2021, así como el exceso de información, muchas veces generan dudas respecto a su aplicación clínica, por lo que se cree necesario establecer una estrategia encaminada a clarificar y simplificar los cambios de las GPC, sintetizando la información de estas y, de esta forma, facilitar su implementación en el ámbito de AP.

Criterios de inclusión: en las últimas guías de la ESC se define la IC como un síndrome clínico que se caracteriza por síntomas cardinales (disnea, edema en los tobillos y fatiga) que puede estar acompañado de signos (elevación de presión venosa yugular, crepitantes pulmonares y edema periférico) causados por una anomalía estructural y/o funcional del corazón que provoca una reducción en el gasto cardíaco y/o elevación de las presiones intracardíacas en reposo o durante el ejercicio. Se emplean numerosos criterios para clasificar la IC (FEVI, NYHA, etiología, estado evolutivo). La reciente definición universal de la IC precisa que, además de la presencia de los signos y/o síntomas, el diagnóstico de la IC se corrobore con concentraciones elevadas de péptidos natriuréticos (PN). Siempre hay que realizar un ECG de 12 derivaciones ya que aporta información muy relevante y tiene un elevado VPN. Además sus alteraciones se asocian con un peor pronóstico en los pacientes con IC. El ecocardiograma transtorácico es una prueba clave en el diagnóstico de la IC, ya que la FEVI que mide clasifica y valora la gravedad de la IC y facilita el tratamiento farmacológico más adecuado según esté reducida (FER <= 40%), levemente reducida (FER 41-49%) o preservada (FER >= 50%). Es importante realizar una analítica sanguínea para detectar alteraciones y/o comorbilidades de la IC que incluya hemograma, ferritina, saturación de transferrina, creatinina, tasa de filtración glomerular estimada, electrolitos, HbA1c, función hepática y tiroidea. Igualmente es recomendable realizar una radiografía de tórax para descartar otras causas de disnea y/o cardiomegalia u otros signos radiológicos de IC.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se pretende establecer una estrategia encaminada a clarificar y simplificar los cambios de las GPC, sintetizando la información de estas y, de esta forma, facilitar su implementación en el ámbito de AP

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Las GPC en general, y en especial las publicadas por la Sociedad Española de Cardiología en 2021, así como el exceso de información, muchas veces generan dudas respecto a su aplicación clínica

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1296

### 1. TÍTULO

# PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LA ZBS DE TARAZONA CON FRACCION DE EYECCION DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO REDUCIDA

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Elaborar y aplicar un protocolo de abordaje de pacientes con IC con FEVIR en la ZBS de Tarazona, desarrollado conjuntamente entre profesionales de medicina y enfermería de atención primaria y cardiología, según las indicaciones de las últimas guías de práctica clínica (GPC) europeas acerca del manejo de esta enfermedad y analizadas por la Sociedad Española de Médicos de AP (SEMERGEN).

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formar al EAP de la ZBS de Tarazona en IC: diagnóstico, tratamiento y seguimiento (incluido en los estadios finales de la vida)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dras Barcones y Pérez Guerrero

2. Elaborar un protocolo de abordaje del manejo de pacientes con IC con FEVIR según las últimas GPC publicadas

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Dras Barcones y Pérez Guerrero

3. Aplicar el protocolo definido en los pacientes con IC con FEVIR en la ZBS de Tarazona colaborando profesionales de medicina y enfermería de atención primaria y cardiología

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 31/03/2024

Responsable.: Dras Barcones y Pérez Guerrero

4. Evaluar los resultados y elaborar la memoria inicial y final del proyecto siguiendo instrucciones de la convocatoria de los proyectos de mejora

Fecha inicio: 01/04/2024

Fecha final.: 30/06/2024

Responsable.: Dras Barcones y Pérez Guerrero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

como objetivo secundario se pretende publicar el protocolo de seguimiento de pacientes con IC con FEr en AP en una revista de impacto

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de profesionales de enfermería y medicina de atención primaria y cardiología de la ZBS

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº profesionales que asisten a las sesiones clínicas

Denominador .....: nº profesionales que trabajan en ZBS (enf+med)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: actas de sesiones de formación

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. Elaboración de un protocolo de seguimiento de pacientes con IC con FEVIR según las últimas GPC

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: protocolo elaborado en ZBS Trz acerca de seguimiento de IC con FEr

Denominador .....: protocolos de seguimiento sobre esta enfermedad al inicio de proyecto

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: según lo observado

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Porcent de paciente con IC con FEVIR en la ZBD de Tarazona en los q se aplica el protocolo definido

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº pacientes con IC FEr en los que se aplica el protocolo

Denominador .....: nº pacientes con IC FEr en ZBS Tarazona

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: según lo medido

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1296

### 1. TÍTULO

#### **PROPUESTA DE IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LA ZBS DE TARAZONA CON FRACCION DE EYECCION DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO REDUCIDA**

4. Elaboración de la memoria inicial y final del proyecto siguiendo plazos establecidos por la convocat  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: memoria inicial y final  
Denominador .....: memoria inicial y final al inicio del periodo  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: según lo observado  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#697

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION POSTER IDENTIFICACION DE TUBOS Y CONTENEDORES DE MUESTRAS PARA LABORATORIOS

Fecha de entrada: 19/07/2022

Nº de registro: 2022#697 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ZUECO OLIVAN M. GEMMA

Título  
ACTUALIZACION POSTER IDENTIFICACION DE TUBOS Y CONTENEDORES DE MUESTRAS PARA LABORATORIOS

Colaboradores/as:  
ALEJALDRE CELMA MARIA JOSE  
CASTAN RUIZ SILVIA  
MARTELES CASAJUS SANTIAGO IVAN  
MOLINES FUERTES HORTENSIA  
NUÑEZ TOBOSO MARIA ANGELES  
SARASA BELLOSTA CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: CS TAUSTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP TAUSTE

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una correcta rotulación de tubos y contenedores minimiza los errores que se producen diariamente en los puntos de extracción.

El proceso de identificación/rotulación/extracción se realiza en un corto espacio de tiempo por lo que, tener actualizada una guía rápida de consulta, va a permitir agilizar el proceso y disminuir los errores que se detectan con más frecuencia. Se actualizan los contenedores por parte de los laboratorios pero ,se ha detectado que esa información no llega en tiempo y forma a los profesionales de los equipos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Errores en la rotulación de contenedores

#### ANALISIS DE CAUSAS

Desde 2018 no se ha actualizado el listado de determinaciones.

Se han incorporado con el concurso de traslados nuevas TCAES y se ha detectado que el listado de determinaciones

que tienen en los centros para consulta rápida no está actualizado.

Se cometen errores en la rotulación de tubos y contenedores.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir los errores en la rotulación de los contenedores de extracciones en los centros y puntos de extracción en los que no se ha realizado el despliegue de la petición electrónica.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Contactar con Dra Julián (calidad laboratorio) para comentarle el proyecto y comentar dudas sobre determinadas determinaciones.

Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Gema Zueco Oliván

2. Informar a la supervisora de la UCL del proyecto a realizar

Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Gema Zueco Oliván

3. Contactar con los diferentes servicios para confirmar si la información recogida en el listado es correcta

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Gema Zueco Oliván

4. Elaborar un nuevo poster.

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 16/11/2022  
Responsable.: Marian Nuñez/Mª José Alejaldre

5. Difusión del poster a todos los equipos

Fecha inicio: 16/11/2022  
Fecha final.: 25/11/2022  
Responsable.: Marian Nuñez/Mª José Alejaldre

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#697

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION POSTER IDENTIFICACION DE TUBOS Y CONTENEDORES DE MUESTRAS PARA LABORATORIOS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Difusión poster actualizado  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: 46 carteles  
Denominador .....: 46 puntos de extracción  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Secretaría DAP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 46.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 46.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 46.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 46.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#947

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL EAP DE TAUSTE

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#947 \*\* IRAS PROA \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CARRERAS GIRALDA ANTONIO JOSE

Título  
OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL EAP DE TAUSTE

Colaboradores/as:  
SERRANO MORENO ANA CRISTINA  
CARDONA MONZON LAURA  
CAY AURIA MARIA DOLORES  
GUILLEN GALVE MARIA  
LAUDO TESAN FRANCISCO JOSE  
MONGUILOD LOPEZ PAULA  
RUEDA PEREZ ANALIA

Ubicación principal del proyecto.: CS TAUSTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP TAUSTE

Línea estratégica: IRAS PROA

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La faringoamigdalitis aguda (FA) es una de las infecciones respiratorias más frecuentes en Atención Primaria. Es un proceso autolimitado y frecuentemente originado por una infección del tracto respiratorio de etiología viral. Cuando la FA es bacteriana, el agente etiológico más frecuente es el *Streptococcus pyogenes* β-hemolítico del grupo A (EBHGA) responsable del 20-30% de todas las faringoamigdalitis en niños y el 5-15% en adultos. En los EAP se dispone de test de diagnóstico rápido de antígeno estreptocócico (TDRA), que debe utilizarse en función de los criterios clínicos de los pacientes, lo que facilita el diagnóstico tanto en adultos como en población pediátrica, siendo escasa la utilización en adultos. La Guía Terapéutica Antimicrobiana del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), al igual que la Guía IRASPROA, establece claramente el tratamiento de elección de la faringoamigdalitis estreptocócica (R72): penicilina V oral, ya que no se han encontrado resistencias a la penicilina (sensibilidad 100%) en *S pyogenes*, y su espectro reducido genera menos resistencias a otros antibióticos.

#### ÁREAS DE MEJORA

La utilización de test rápido (TDRA) para diagnosticar faringoamigdalitis estreptocócica en población adulta es baja. El porcentaje de utilización adecuada de antibióticos de acuerdo a la guía del Plan Nacional de resistencia a los antibióticos (PRAN) en este diagnóstico presenta una alta variabilidad entre los profesionales y constituye un área de mejora.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Desconocimiento de la posibilidad de utilizar TDRA en población adulta si se cumplen 3 ó más criterios de Centor.
- Falta de tiempo en consulta para realizar el test y por tanto para decidir la utilización de antibiótico.
- Falta de formación sobre la resistencia del *S Pyogenes* en nuestro medio y del tratamiento de elección.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1- Aumentar la utilización del TDRA para facilitar la decisión de la necesidad del tratamiento antibiótico.
- 2- Promover el uso adecuado de antibióticos mejorando la adecuación de la prescripción en la faringoamigdalitis aguda estreptocócica (penicilina V oral y amoxicilina).
- 3- Monitorizar la adecuación a la Guía Antimicrobiana en este diagnóstico.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación sobre el tratamiento de elección en faringoamigdalitis estreptocócica y las herramientas diagnósticas disponibles y cuando utilizarlas.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 19/09/2022

Responsable.: Antonio José Carreras Giralda

2. Monitorizar la utilización de TDRA.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Analía Rueda Perez

3. Monitorizar la utilización de los antibióticos de elección en faringoamigdalitis estreptocócica.

Fecha inicio: 05/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#947

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL EAP DE TAUSTE

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Paula Monguilod Lopez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % profesionales que asisten a la formación  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Profesionales que asisten a reunión  
Denominador .....: Profesionales del EAP  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Acta reunión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Variación en la utilización de TDRA  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Cajas TDRA 2022-2021  
Denominador .....: Cajas TDRA 2021  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: DAP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.25  
Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.25  
Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

3. Prescripciones de antibióticos de primera elección en R72  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Prescripciones de penicilina V y amoxicilina en R72  
Denominador .....: Prescripciones de antibióticos en R72  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Cuadro de mando farmacia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.40  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.40  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Faringoamigdalitis aguda estreptocócica

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1009

### 1. TÍTULO

#### GESTION CARRO PARADAS

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#1009 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL

Título  
GESTION CARRO PARADAS

Colaboradores/as:  
AREVALO AMATRIAIN MARIA INMACULADA  
BALLARIN NAYA LUCIA  
LURI PASTOR ALICIA  
MARTINEZ RUIZ M. VICTORIA  
MOLINES FUERTES HORTENSIA  
SORO USAN GLORIA MARIA  
ZUECO OLIVAN M. GEMMA

Ubicación principal del proyecto.: CS TAUSTE

Servicio/Unidad principal .....: EAP TAUSTE

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se ha detectado que, en ocasiones el carro no está precintado y hay materiales que no deberían estar en el carro. No está definido el contenido del carro.

#### ÁREAS DE MEJORA

Evitar que haya medicación/materiales que no tendrían que estar en el carro de paradas. Evitar que el carro no esté precintado.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Incorporación de nuevos profesionales, no haber un listado visible y accesible, no realizar sesiones formativas e informativas, no consensuar el material que tiene que haber en el carro de paradas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

General: adecuar el contenido del carro de paradas a las necesidades de atención sanitaria

General: Que la gestión del carro de paradas sea óptima .

Específico:

Definir que materiales y medicamentos son necesarios para atender una parada cardiorrespiratoria.

Definir el circuito de mantenimiento

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión del EAP para consensuar los materiales a incluir e identificar a una persona que supervise el circuito

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: José Miguel Buñuel Granados

2. Definir el stock de material y medicación asignándoles un espacio en el carro, quedando documentado y expuesto en un lugar visible de la sala de urgencias.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 05/09/2022

Responsable.: José Miguel Buñuel Granados

3. Definir la periodicidad y responsabilidades sobre el mantenimiento, stock, revisión de caducidades y sellado (personas responsables y fechas)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: José Miguel Buñuel Granados

4. Documentar las revisiones de caducidades en el formato PO-02-2\_Control caducidades

Mensualmente, se realizara una revisión de los mismos, dejando constancia en el formato PO-02-2\_Control caducidades

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Gloria Mª Soro Usan

5. Tener documentado cada uno de los cajones a través de fotografías para evitar la apertura y desprecintado del mismo ante la incorporación de nuevos profesionales.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1009

### 1. TÍTULO

#### GESTION CARRO PARADAS

Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 12/09/2022  
Responsable.: Lucía Ballarín Naya

6. Poner en marcha una hoja de incidencias que permita detectar las desviaciones del mantenimiento.

Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 12/09/2022  
Responsable.: Gema Zueco Oliván

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Revisión mensual de hojas de caducidad  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: número de revisiones realizadas  
Denominador .....: número de revisiones realizadas según calendario  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: hojas de registro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Revisión semanal de precintado  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: número de veces que se advierte que el carro está desprecintado  
Denominador .....: número de veces revisado  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: hojas de registro  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Urgencias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#250

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD UNIVERSITAS

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#250 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SEILES CABELLO ANA ISABEL

Título  
MEJORA DE LA ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD UNIVERSITAS

Colaboradores/as:  
ANDREU HERRANDO MARIA LUISA  
FICKINGER GRACIA ALICIA  
PAMPLONA VILLARROYA PILAR  
PUYO MARCO YOLANDA  
RUIZ ABADIA ANA ISABEL  
SEVILLA NOGUERAS MARIA CONCEPCION  
SORIA CASTRO ALBERTO JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: CS UNIVERSITAS

Servicio/Unidad principal .....: EAP UNIVERSITAS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se han detectados fallos, sin consecuencia asistencial, pero significativos en la dotación de material y equipamiento de la sala de urgencias y en el protocolo de actuación coordinada de los profesionales ante situaciones de atención urgente en el centro de salud de Universitas.

Se ha ejecutado un concurso de traslados reciente y también han ocurrido jubilaciones, por lo que se han producido relevos numerosos de personal que ha llevado a contar con nuevos efectivos que todavía no conocen de forma adecuada la dinámica de trabajo del equipo y la ubicación de material y equipamiento.

La atención de la urgencia es un punto clave asistencial en la cartera de servicios de atención primaria y común para todo el equipo. Consecuentemente es importante que esta atención se pueda prestar por parte de todos los profesionales con garantía de seguridad y calidad con todos los medios disponibles en el centro de salud

Un punto crucial para garantizar la atención a la urgencia en el EAP es la adecuación del espacio de asistencia en urgencia tanto en material como en conocimiento de este por parte del personal sanitario. Esto permitirá reducir la probabilidad de que ocurran incidentes de seguridad del paciente estableciendo una acción proactiva de reducción de riesgos tanto en el algoritmo de respuesta del EAP ante la urgencia como en la adecuada dotación de material y equipos.

ÁREAS DE MEJORA  
Atención Urgente

ANÁLISIS DE CAUSAS  
Movilidad profesional.  
Desconocimiento del protocolo de la atención urgente.  
Asignación de nuevas responsabilidades en el mantenimiento de los equipos de la urgencia.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Crear e implantar un listado de verificación de medicación y material de la sala de urgencias.

Implantar el procedimiento de revisión y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias de centros de salud, PO\_08\_Z1(p)E. revisión D en el Centro de Salud de Universitas

Informar y formar a los profesionales del EAP en el procedimiento actual de atención urgente y en el uso del material y equipamiento disponible.

Diseñar y difundir el flujograma de activación de la atención a la emergencia o urgencia grave en el centro de salud y en aviso fuera del centro de salud.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de un listado de verificación de medicación y material de la sala de urgencias. 2. asignación de responsables de cumplimentación mensuales.

Fecha inicio: 01/03/2022  
Fecha final.: 31/05/2022  
Responsable.: Maria Pilar Villanova

2. Etiquetado adecuado del material y mediación de la sala de urgencias.

Fecha inicio: 01/03/2022  
Fecha final.: 31/05/2022  
Responsable.: Maria Luisa Andreu

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#250

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD UNIVERSITAS

3. Adaptación del listado de de revisión y mantenimiento de carro de paradas y maletín PO\_08\_Z1 adaptado al CS Universitas y asignación de responsables de cumplimentación mensuales.

Fecha inicio: 01/03/2022  
Fecha final.: 31/05/2022  
Responsable.: Anabel Sediles

4. 3 sesiones de formación sobre atención a la emergencia para todos los profesionales del centro de salud

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/07/2022  
Responsable.: Yolanda Puyo

5. Elaboración y acuerdo de flujograma de activación de atención a la emergencia del CS Universitas

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Alberto Soria

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % revisión mensuales de maletín  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Revisiones registradas  
Denominador .....: Num meses  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Listados verificacion  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % revisión mensuales de carro  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Revisiones registradas  
Denominador .....: Num meses  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Listados verificacion  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. %Prof formados emergencias  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Prof han realizado formación emergencias  
Denominador .....: Total de Profesionales del centro  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Listados asistencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % atención urgente con carro bien preparado  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Num atención urgente con carro bien preparado  
Denominador .....: Total de atenciones con carro  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Listado de uso de carro (fecha/incidencias)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. % atención urgente con maletín  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Num atención urgente sin incidencias en maletín  
Denominador .....: Total de atención con maletín  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Listado de uso de maletín (fecha/incidencias)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#250

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ATENCION URGENTE EN EL CENTRO DE SALUD UNIVERSITAS

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. % roturas stock con impacto asistencial  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Num de atenciones urgentes que no disponen de medicación adecuada  
Denominador .....: Num total de atenciones urgentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de roturas de stock detectadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. % emergencias atendidas sin incidencias  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Num emergencias se localiza a equipo de guardia correspondiente  
Denominador .....: Num total de emergencias  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de admisión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Atención Urgente a toda la población de la zona básica.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#303

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES EN UTEBO

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#303 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHEZ BUEY MILAGROS

Título  
TALLER DE CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES EN UTEBO

Colaboradores/as:  
CONDE VAZQUEZ PAULA  
DELGADO ROCHE EDUARDO  
GALLEGO MURILLO MARIA JESUS  
GOMEZ CUARTERO MARIA JOSE  
MILLAN PLANO EDUARDO

Ubicación principal del proyecto.: CS UTEBO

Servicio/Unidad principal .....: EAP UTEBO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Proporcionar herramientas y conocimientos a los cuidadores de personas dependientes y crear un ambiente donde compartir experiencias que puedan ayudarles.

#### ÁREAS DE MEJORA

Evitar la sobrecarga física y mental del cuidador.  
Disminuir los riesgos de UPP, fomentar la autonomía del paciente y mejorar su calidad de vida.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de información ,habilidades y conocimiento de estrategias de cuidados, y carencia de apoyo social,

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la situación física y mental, tanto del cuidador como de la persona dependiente.  
Proporcionar una red de apoyo entre cuidadores.  
Disminuir complicaciones (sobrecarga, lesiones, ansiedad...) , derivadas del cuidado , tanto del cuidador como de la persona dependiente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Crear un grupo de ayuda en salón de Centro Polifuncional en el que nos reuniremos una vez al mes

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Milagros Sanchez Buey

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se irán programando y adaptando los contenidos de cada sesión, según las necesidades que existan.  
Las sesiones irán apoyadas con teoría en power point y prácticas con el personal sanitario.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Numero de sesiones realizadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 5

Denominador .....: 8

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agenda del Taller

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

2. Numero de participantes adecuado en cada sesión

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: 2

Denominador .....: 10

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agenda del Taller

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#303

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES EN UTEBO

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. mejora de conocimientos y habilidades mediante test

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: 5

Denominador .....: 8

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agenda del Taller

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Sobrecarga del cuidador

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#317

### 1. TÍTULO

#### CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA BASICA Y AVANZADA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO. ELABORACION DE INFORME DE ACTIVOS DE SALUD DE UTEBO 2022

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#317 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GIRAL LEMUS MARIA CRISTINA

Título  
CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA BASICA Y AVANZADA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO. ELABORACION DE INFORME DE ACTIVOS DE SALUD DE UTEBO 2022

Colaboradores/as:  
LOPEZ BONILLA MARIA ALBA  
ORTE GUERRERO JAVIER  
VAZQUEZ ZABALA IRENE

Ubicación principal del proyecto.: CS UTEBO

Servicio/Unidad principal .....: EAP UTEBO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La atención comunitaria se define como "el conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos".

La Agenda Comunitaria es la carta de presentación de los recursos salutogénicos comprendidos en una Zona Básica de Salud. Derivada del Plan de Salud de Utebo 2018-2022 y siguiendo las recomendaciones y apartados definidos por la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón, pretende ser un análisis descriptivo de los recursos (especialmente municipales), y actividades desarrolladas por ellos, enfocados hacia la mejora de la salud y el bienestar físico y emocional de las personas de la zona, promover el autocuidado, reducir la medicalización de los problemas de la vida, visibilizar, potenciar y compartir los recursos y activos comunitarios y reducir las desigualdades sociales en la salud.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualmente, profesionales de pediatría y la matrona llevan a cabo varias actividades comunitarias, especialmente enfocadas hacia la promoción de hábitos saludables entre la población infantil y joven. Además, el Centro de Salud Utebo participa en el Consejo de Salud y en las Mesas Intersectoriales de Salud de Utebo. Sin embargo, no tiene elaborada la Agenda Comunitaria y desconoce el resto de recursos existentes en la zona, por lo que no puede realizar prescripción de activos de salud desde las consultas.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Es por esta razón que se va a crear la Agenda Comunitaria de Utebo, con sus apartados básico y avanzado, además de elaborar un Informe adicional de Activos de Salud de Utebo en el año 2022. El objetivo final será presentarlo y compartirlo entre todos los recursos sociales de la zona y entre los miembros del EAP, para que todos puedan conocer y derivar a los habitantes del municipio a aquellos recursos y activos de salud más pertinentes en su situación, además de poder establecer, a largo plazo, convenios y alianzas entre diferentes entidades y actividades.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Creación de un grupo de Atención Comunitaria en el que participen varios profesionales del EAP con diferentes perfiles.

Diseñar el contenido básico y avanzado de la Agenda Comunitaria.

Integrar las actividades comunitarias en la planificación del Centro de Salud.

Difundir la Agenda Comunitaria y el Informe de Activos de Salud de Utebo 2022 al EAP, al Consejo de Salud de la Zona Básica, a la población y a la Gerencia del Sector.

Evaluar las actividades llevadas a cabo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación del Grupo de Atención Comunitaria dentro del EAP.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: EQUIPO DE ATENCIÓN COMUNITARIA

2. Reuniones periódicas del grupo de trabajo, aproximadamente cada mes y medio, para presentar el trabajo realizado hasta entonces, y planificar nuevas propuestas y actividades.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: EQUIPO DE ATENCIÓN COMUNITARIA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#317

### 1. TÍTULO

#### CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA BASICA Y AVANZADA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO. ELABORACION DE INFORME DE ACTIVOS DE SALUD DE UTEBO 2022

3. Diseño de la Agenda Comunitaria Básica y Avanzada.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: MARIA CRISTINA GIRAL LEMUS

4. Difusión de la Agenda comunitaria al EAP, al Consejo de Salud de la Zona Básica, al resto de entidades sociales de la población y a la Dirección del Sector.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: MARIA CRISTINA GIRAL LEMUS

5. Desarrollo de las actividades incluidas en la Agenda Comunitaria.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: EAP

6. Publicación de la Agenda Comunitaria de Utebo en la web Estrategia Atención Comunitaria de Aragón.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: MARIA CRISTINA GIRAL LEMUS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de reuniones del grupo de Atención comunitaria

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Número de reuniones del grupo de Atención Comunitaria

Denominador ..... Año

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Actas de reunión del Equipo de Atención Comunitaria

Est.Mín.1ª Mem .. 4.00

Est.Máx.1ª Mem .. 4.00

Est.Mín.2ª Mem .. 8.00

Est.Máx.2ª Mem .. 8.00

2. Número de actividades no previstas inicialmente que se han incluido en la Agenda Comunitaria

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Número de actividades no previstas inicialmente que se han incluido en la Agenda Comunitaria

Denominador ..... Año

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Informe anual de actividad del Equipo de Atención Comunitaria

Est.Mín.1ª Mem .. 2.00

Est.Máx.1ª Mem .. 2.00

Est.Mín.2ª Mem .. 2.00

Est.Máx.2ª Mem .. 2.00

3. Colaboración interdisciplinar

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Nº de actividades desarrolladas en colaboración con otras entidades del entorno

Denominador ..... Nº de actividades desarrolladas

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Informe anual de actividad del Equipo de Atención Comunitaria

Est.Mín.1ª Mem .. 50.00

Est.Máx.1ª Mem .. 50.00

Est.Mín.2ª Mem .. 50.00

Est.Máx.2ª Mem .. 50.00

4. Revisiones anuales de la Agenda Comunitaria

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Número de revisiones realizadas de la Agenda Comunitaria

Denominador ..... Año

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: EAP

Entidades sociales del entorno

Est.Mín.1ª Mem .. 1.00

Est.Máx.1ª Mem .. 1.00

Est.Mín.2ª Mem .. 2.00

Est.Máx.2ª Mem .. 2.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#317

### 1. TÍTULO

#### CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA BASICA Y AVANZADA EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO. ELABORACION DE INFORME DE ACTIVOS DE SALUD DE UTEBO 2022

5. Revisiones anuales del Informe de Activos de Salud de Utebo  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de revisiones del Informe de Activos de Salud  
Denominador .....: Año  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: EAP  
Entidades sociales del entorno  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> TODA LA POBLACIÓN

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#324

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA EN LA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PIE DIABÉTICO EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#324 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VAZQUEZ ZABALA IRENE

Título  
MEJORA DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA EN LA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PIE DIABÉTICO EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO

Colaboradores/as:  
DELGADO ROCHE EDUARDO  
GIRAL LEMUS MARIA CRISTINA  
GRAJERA SANCHEZ MARIA PILAR  
MILLAN PLANO EDUARDO

Ubicación principal del proyecto.: CS UTEBO

Servicio/Unidad principal .....: EAP UTEBO

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Diabetes Mellitus, enfermedad indiscutiblemente prevalente en la actualidad, puede ser el origen de otras complicaciones como la aparición de lesiones en los pies (pie diabético), lo cual implica un incremento de la morbi/mortalidad, además de un elevado consumo de recursos.

El síndrome de pie diabético es el resultado de la suma de varias patologías asociadas a un mal control de la diabetes, o bien a la larga evolución de la misma. Dichas patologías son la Enfermedad Arterial Periférica (EAP) y la Polineuropatía Diabética. Éstas pueden detectarse en la consulta de enfermería de Atención Primaria mediante una exploración de la sensibilidad fina con distintos instrumentos, y la posibilidad de realizar un índice tobillo-brazo (ITB) en caso de sospecha de EAP.

#### ÁREAS DE MEJORA

En el CS Utebo, revisados los resultados sobre la detección del pie diabético en 2021, desde el cuadro de mandos, se concluye que solo un 12,24% de los diabéticos mayores de 15 años tenían realizada esta exploración en su Plan Personal.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Por lo que se diseña este proyecto para mejorar la detección del pie diabético y sus complicaciones asociadas (EAP y Polineuropatía Diabética), además de realizar una mejor prevención secundaria, proporcionar la información necesaria a las personas con DM y fomentar su autocuidado en relación con esta patología.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo 1: Mejorar la tasa de revisión de los pies de los diabéticos de nuestra zona de salud  
Objetivo 2: Realizar las revisiones aconsejadas por el programa de Atención integral a la diabetes mellitus en Aragón, con mínimo una revisión anual a todos los pacientes incluidos en el Programa.  
Objetivo 3: Comunicación de pacientes de alto riesgo a su MAP de referencia, para valorar derivación a la Unidad de Pie Diabético o al Servicio de Angiología Vascular del Hospital Clínico Universitario (HCULB)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Establecimiento de una consulta monográfica de enfermería sobre Exploración de Pie diabético.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Irene Vazquez Zabala

2. Sesión formativa sobre exploración completa del pie diabético al equipo de enfermería (Inspección, exploración Vascular, exploración Nerviosa, clasificación de riesgo).

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Cristina Giral Lemus

3. Captación activa a los diabéticos de cada cupo haciendo hincapié en aquellos en los que no conste revisión de los pies.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Irene Vazquez Zabala

4. Educación para la salud sobre autocuidado de los pies a los pacientes incluidos en el Programa.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/12/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#324

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA EN LA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PIE DIABÉTICO EN EL CENTRO DE SALUD DE UTEBO

Responsable.: Pilar Grajera Sánchez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Revisión pie

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador ..... Pacientes diabéticos a los que conste revisión de sus pies  
Denominador ..... Pacientes diabéticos.  
x(1-100-1000) ... : 100  
Fuentes de datos.: Aplicativo web del Cuadro de mandos de diabetes  
Est.Mín.1ª Mem .. : 40.00  
Est.Máx.1ª Mem .. : 40.00  
Est.Mín.2ª Mem .. : 80.00  
Est.Máx.2ª Mem .. : 80.00

##### 2. Derivación

Tipo de indicador: alcance  
Numerador ..... Pacientes con riesgo alto derivados a la unidad de pie diabético o al Servicio de Angiología Vascular.  
Denominador ..... Pacientes con riesgo alto  
x(1-100-1000) ... : 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem .. : 90.00  
Est.Máx.1ª Mem .. : 90.00  
Est.Mín.2ª Mem .. : 100.00  
Est.Máx.2ª Mem .. : 100.00

##### 3. Comparativa interanual

Tipo de indicador: impacto  
Numerador ..... Nº de pacientes diabéticos con exploración de pies realizada en 2022  
Denominador ..... Nº de pacientes diabéticos con exploración de pies realizada en 2021  
x(1-100-1000) ... : 100  
Fuentes de datos.: Aplicativo web del Cuadro de mandos de diabetes  
Est.Mín.1ª Mem .. : 100.00  
Est.Máx.1ª Mem .. : 140.00  
Est.Mín.2ª Mem .. : 180.00  
Est.Máx.2ª Mem .. : 180.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#981

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO PREVENCION DEL SEDENTARISMO Y LAS PATOLOGÍAS QUE DERIVAN DE EL , EN POBLACION DE AMBOS SEXOS, DE 12 A 17 AÑOS DEL MUNICIPIO DE UTEBO

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#981 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ORTILLES GARCIA MARTA VERONICA

Título  
PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO PREVENCION DEL SEDENTARISMO Y LAS PATOLOGÍAS QUE DERIVAN DE EL , EN POBLACION DE AMBOS SEXOS, DE 12 A 17 AÑOS DEL MUNICIPIO DE UTEBO

Colaboradores/as:  
ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE  
GASTON FACI ANA  
OLMO PEREZ ELENA  
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CS UTEBO

Servicio/Unidad principal .....: EAP UTEBO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El abandono de la actividad física cuando se finaliza la Educación Primaria se ha evidenciado en los últimos años pero desde el confinamiento, se ha adelantado la edad de abandono además de aumentar número de niños que dejaron de realizar actividades deportivas y no las han retomado. Los niños y adolescentes cada vez pasan más horas sentados, salen menos a la calle y dedican más tiempo al uso de las tecnologías. El grupo de niños que están apuntados a actividades deportivas es bajo y en la mayoría de los casos no suelen superar las dos horas de actividad por semana. En unos casos porque sus familias no se lo pueden permitir económicamente, en otros porque la carga académica dificulta dedicar tiempo en desplazamiento para realizar las actividades regladas. En las consultas de pediatría, en el último año se aprecia un aumento de la incidencia de patologías relacionadas con el sedentarismo. Dentro de este grupo de patologías destacan:Obesidad y Sobrepeso, Trastornos del estado de ánimoProblemas posturales  
Si se consiguiera disminuir las horas de inactividad, estas patologías podían disminuir su gravedad e incluso su prevalencia.

#### ÁREAS DE MEJORA

Sedentarismo. Obesidad y Sobrepeso, Trastornos del estado de ánimo y problemas posturales

#### ANALISIS DE CAUSAS

El abandono de la actividad física aumenta en la población de 12 a 18 años al terminar la etapa Educación primaria . Esta tendencia ha aumetado desde el confinamiento , ya que muchos niños abandonaron la actividad física y no la retomaron.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Disminuir el número de niños, niñas y adolescentes que abandonan la actividad física.
- Disminuir la prevalencia de patologías relacionadas con el sedentarismo, principalmente el sobrepeso y la obesidad, los problemas posturales de espalda y los trastornos del estado de ánimo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisar los activos de Salud que tiene el municipio y las actividades ofertadas desde el polideportivo municipal para el grupo de edad de 12 a 17 años

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: comisión de trabajo centro de salud

2. Creación de un grupo de trabajo con los técnicos de deporte para adaptar las actividades que ya se estaban realizando, a las nuevas necesidades.

Fecha inicio: 06/06/2022  
Fecha final.: 15/09/2022  
Responsable.: Grupo conjunto centro de salud , servicio de deportes ayuntamiento

3. Derivación de los niños y adolescentes desde el centro de salud mediante una recomendación formal de activos, especificando el problema de salud sobre el que se quiere intervenir.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: equipo de pediatría centro de salud Utebo

4. Ofertar una planificación para incentivar el ejercicio fuera de las instalaciones deportiva y aumentar las horas dedicadas a la actividad física diaria.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#981

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO PREVENCIÓN DEL SEDENTARISMO Y LAS PATOLOGÍAS QUE DERIVAN DE EL , EN POBLACION DE AMBOS SEXOS, DE 12 A 17 AÑOS DEL MUNICIPIO DE UTEBO

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Grupo conjunto pediatría centro de salud , servicio de deportes ayuntamiento

5. Promocionar en el ámbito escolar de estas actividades para la prevención de la aparición de las patologías derivadas del sedentarismo

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: equipo de pediatría centro de salud Utebo , colegios de la zona

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La captación de los candidatos a estas actividades se realizará tanto en la consulta de demanda, cuando se detecten patologías asociadas al sedentarismo , como en los programas del niño sano.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de profesionales que recomiendan el activo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales que recomiendan

Denominador .....: Nº total de profesionales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recogida de datos manual

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

2. % de niños y adolescentes con recomendación de activos que acuden al centro deportivo.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de niños que se les recomienda el activo

Denominador .....: Nº de niños que realizan la actividad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recogida de datos manual

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

3. % de paciente satisfechos.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº pacientes satisfechos

Denominador .....: Nº total de pacientes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recogida de datos manual

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. % de pacientes que continúan las actividades durante el curso

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes que han realizado la actividad durante el curso

Denominador .....: Nº total de pacientes que han empezado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Recogida de datos manual

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#981

### 1. TÍTULO

**PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO PREVENCIÓN DEL SEDENTARISMO Y LAS PATOLOGÍAS QUE DERIVAN DE EL , EN POBLACION DE AMBOS SEXOS, DE 12 A 17 AÑOS DEL MUNICIPIO DE UTEBO**

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1104

### 1. TÍTULO

#### PROMOCIONANDO HABITOS SALUDABLES EN LAS ESCUELAS DE UTEBO

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1104 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GASTON FACI ANA

Título  
PROMOCIONANDO HABITOS SALUDABLES EN LAS ESCUELAS DE UTEBO

Colaboradores/as:  
ENGUITA PELLICENA MARIA JOSE  
OLMO PEREZ ELENA  
ORTILLES GARCIA MARTA VERONICA  
SOLANS BASCUAS MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CS UTEBO

Servicio/Unidad principal .....: EAP UTEBO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El llevar un estilo de vida saludable durante la infancia, con una alimentación adecuada, vida activa y bien estar emocional, disminuye el riesgo de muchas patologías que irán apareciendo a lo largo de la vida.

Una de las patologías que más relación tiene con el estilo de vida es la obesidad y el sobrepeso que se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública, ya que está relacionada con muchos problemas de salud tanto en la infancia como en la edad adulta. LA OMS la ha declarado como la epidemia del siglo XXI

La preocupación por una alimentación saludable ha sido un tema prioritario en la Atención Primaria en las últimas décadas y sobre todo en pediatría, que le dedica mucho tiempo durante los programas de salud.

En el ámbito de la educación nos consta que en España dedican muchas horas de muchos profesionales a promocionar hábitos de alimentación saludable, tanto a nivel curricular como en los comedores escolares, por parte de los monitores de comedor y cocineros.

Este esfuerzo empezó a recoger sus frutos de manera muy lenta a lo largo de la década pasada, donde la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil fue disminuyendo.

Esta tendencia a la baja se cortó de manera radical con el confinamiento que sufrimos toda la población por la pandemia del covid 19, y se ha producido un aumento en las prevalencias tanto del sobrepeso y la obesidad infantil como de otras muchas patologías relacionadas con el sedentarismo y con el bien estar emocional, sobre todo en los niños y niñas en situación de mayor vulnerabilidad. La disminución de la actividad física con el aumento del uso de pantallas y aumento de alimentos procesados con elevado contenido en azúcar, sal y grasas han sido factores favorecedores de este empeoramiento de la situación.

Hay bastantes estudios que relacionan la influencia que ejerce la publicidad en las pantallas de alimentos no saludables en la población infantil. Si tenemos en cuenta el aumento de las horas que dedican los niños al uso de pantallas, tenemos a una población vulnerable sobre expuesta a este tipo de publicidad. Una publicidad que no llega a regularse de manera efectiva por la presión de la industria alimentaria.

Otro problema que existe es que la normativa sobre etiquetados es confusa y antigua. La industria ha sabido dirigir la atención hacia características del producto que confunden a la población (por ejemplo: 0,0, lighth, sin gluten etc.

Aunque es difícil encontrar estudios que relacionen la publicidad indirecta que se realiza entre iguales, es evidente que a los niños les influye lo que hacen sus iguales.

Es necesario actuar a muchos niveles para poder abordar este problema (nivel sanitario, educativo, familiar, político, deportivo, urbanístico), pero a nuestro alcance estaría actuar sobre el almuerzo de nuestros escolares.

El almuerzo es una comida muy importante en la infancia por:

Aunque se realiza en la escuela, requiere ser preparada por la familia con antelación.

Tiene que ser una comida fácil de tomar, para no quitarle tiempo al juego

La toman durante el recreo, que es un momento de socialización entre iguales, y se fijan mucho en lo que comen los de su entorno.

Las clases desfavorecidas suelen consumir más procesados y de peor calidad por su precio más económico.

#### ÁREAS DE MEJORA

Prevención y disminución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil

Prevención y disminución de las patologías relacionadas con una mala alimentación (caries, dolores

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1104

### 1. TÍTULO

#### PROMOCIONANDO HABITOS SALUDABLES EN LAS ESCUELAS DE UTEBO

abdominales, Problemas psicológicos, problemas mecánicos)

#### ANALISIS DE CAUSAS

Aumento del consumo de procesados ricos en azúcares refinados y grasa trans  
Aumento del sedentarismo

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal de este proyecto sería disminuir la tasa de sobrepeso y obesidad infantil en el municipio de Utebo.

Como objetivo secundario sería mejorar los hábitos de alimentación en la escuela.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Fomentar que los alimentos que los niños lleven a los colegios y guarderías no sean ni procesados ni envasados. Se invitará a las familias a que traigan bocadillos, fruta, bollería.

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 21/06/2023

Responsable.: Ana Gastón

2. Se realizarán talleres con los alumnos de 3º de EP (coincidiendo con el estudio de la nutrición en su programa escolar) donde se trabajará el conocimiento de la composición de los productos procesados

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Equipo de Pediatría de CS Utebo

3. Tras la realización del taller, se invitará a los alumnos de cada grupo de tercero a que realicen un poster sobre los procesados y la importancia de una alimentación saludable.

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Profesorado de Fecha inicio: ° de EP (Los cuatro colegios)

4. El último trimestre del curso se realizará una exposición en el Centro Polifuncional de todos los trabajos.

Fecha final.: 02/05/2023

Responsable.: 09/06/2023

Fecha inicio: Equipo de Pediatría y Ayuntamiento de Utebo (Área de Servicios Sociales)

5. Jornadas sobre hábitos saludables (Alimentación, Actividad física y deporte y Bien Estar Emocional) Coincidiendo con la exposición de los trabajos.

Fecha final.: 12/06/2023

Responsable.: 16/06/2023

Fecha inicio: equipo de Pediatría y Ayuntamiento de Utebo (Área de Servicios Sociales)

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de disminución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº niños con sobrepeso y obesidad El el CS Utebo

Denominador .....: Nº total de niños en CS Utebo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Proporcionados por dirección del Sector.

Son datos obtenidos de las historias clínicas de Omi-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

2. % de paciente satisfechos.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº pacientes satisfechos

Denominador .....: /Nº total de pacientes encuestados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas realizadas al final de las actividades

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. % de colegios que han participado

Tipo de indicador: alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1104

### 1. TÍTULO

#### PROMOCIONANDO HABITOS SALUDABLES EN LAS ESCUELAS DE UTEBO

Numerador .....: N° de colegios que han participado  
Denominador .....: N° de colegios del municipio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Participación o no de los colegios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#148

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION MALETÍN DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 16/06/2022

Nº de registro: 2022#148 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VIADAS NUÑEZ SARA

Título  
ACTUALIZACION MALETÍN DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
ARTAL MARTINEZ ANA ISABEL  
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR  
BUIL LANGARITA SUSANA  
CACHO DEL AMO MARIA JOSEFA  
LORENTE FERNANDEZ DANIEL  
VILLARES ANDRES ROSA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: CS VALDEFIERRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP VALDEFIERRO

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La importancia de este proyecto radica en la necesidad de unificar criterios sobre el contenido del maletín de urgencias domiciliarias. Con ello se atenderán las urgencias con los mejores medios posibles.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualmente la organización del maletín se encuentra dividida en varios maletines y compartimentos, lo que dificulta el trabajo a la hora de atender una urgencia. Esto hace que algunas veces haya que preparar el material cuando se va al aviso o que se tengan maletines individuales.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Tras dos años de pandemia con una demanda de trabajo diferente al habitual se ha producido un déficit de atención de alguno de otros aspectos, como el maletín de urgencias.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

General:  
Conseguir un maletín adecuado para atender las urgencias domiciliarias con la mayor calidad posible.

#### Específicos:

Que todos los profesionales del EAP conozcan el maletín.  
Asegurar la reposición regular del material.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Petición del maletín a la dirección de enfermería.

Fecha inicio: 16/06/2022

Fecha final.: 16/06/2022

Responsable.: Rosabel

2. Búsqueda bibliográfica sobre materiales a incluir en un maletín de urgencias domiciliarias

Fecha inicio: 23/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Daniel, Sara

3. Reunión del EAP para consensuar los materiales a incluir.

Fecha inicio: 07/09/2022

Fecha final.: 07/09/2022

Responsable.: Sara

4. Reunión para presentación del maletín al EAP.

Fecha inicio: 21/09/2022

Fecha final.: 21/09/2022

Responsable.: Sara

5. .

Fecha inicio: 24/07/2022

Fecha final.: 24/07/2022

Responsable.: .

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#148

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION MALETÍN DE URGENCIAS

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Asistencia de los miembros del EAP a la reunión.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 20

Denominador .....: 20

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Acta reunión

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Revisión mensual de hojas de caducidades y reposición del material.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 10

Denominador .....: 10

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hojas de registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Urgencias

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#212

### 1. TÍTULO

#### ALIMENTACION COMPLEMENTARIA MEDITERRANEA DIRIGIDA POR EL BEBE

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#212 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BUIL LANGARITA SUSANA

Título  
ALIMENTACION COMPLEMENTARIA MEDITERRANEA DIRIGIDA POR EL BEBE

Colaboradores/as:  
ARTAL MARTINEZ ANA ISABEL  
ATANCE MELENDO ESTHER  
AYALA ESTEVEZ MARIA DEL MAR  
BARTOLOME LALANZA LUCIA  
BLASCO PEREZ ARAMENDIA MARIA JESUS  
LORENTE FERNANDEZ DANIEL  
VIADAS NUÑEZ SARA

Ubicación principal del proyecto.: CS VALDEFIERRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP VALDEFIERRO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Tras trabajar durante 3 años la dieta mediterránea con niños por encima de los 3 años (proyecto MELIPOP) , hemos visto la necesidad de iniciar desde el nacimiento una orientación dietética saludable en la línea de la dieta mediterránea.

Este tema es muy importante de cara a la prevención desde la infancia del sobrepeso y la obesidad.

Trabajar con la comunidad es uno de los temas prioritarios de la organización así como la prevención de las enfermedades crónicas

#### ÁREAS DE MEJORA

La alimentación infantil está sufriendo unos cambios muy radicales y es de gran interés trabajar con la comunidad una orientación saludable

#### ANALISIS DE CAUSAS

Aumento de la incidencia del sobrepeso y obesidad en niños y adultos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La población diana son los niños de 0 a 3 años de edad.

Esperamos que la comunidad infantil de nuestro barrio adquiera hábitos saludables de alimentación y disminuir las cifras de sobrepeso y obesidad

Mantener a esta población en pesos adecuados para su edad

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de material con unas pautas para llevar a cabo el BLW (alimentación dirigida por el bebé o baby led weaning)

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Susana Buil Langarita

2. Utilización del correo electrónico institucional de Pediatría para envío de material educativo sobre alimentación

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Esther Atance Melendo

3. Comunicación y explicación del proyecto en el consejo de salud del barrio

Fecha inicio: 27/09/2022

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Mª Jesús Blasco Pérez Aramendia

4. Promoción de la dieta mediterránea en las sucesivas consultas del programa de salud infantil del lactante menor de 3 años

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Lucía Bartolomé Lalanza

5. Promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los 2 años

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#212

### 1. TÍTULO

#### ALIMENTACION COMPLEMENTARIA MEDITERRANEA DIRIGIDA POR EL BEBE

Responsable.: M<sup>a</sup> Jesús Blasco Pérez Aramendia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. niños menores de 3 años que acuden asiduamente a revisiones del programa de salud infantil

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: población menor o igual de 3 años adscrita al centro de salud que acuden al 50 % las revisiones

Denominador .....: población menor o igual de 3 años adscrita al centro de salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. obesidad del lactante menor de 3 años

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de niños obesos con edad igual o menor de los 3 años

Denominador .....: población menor o igual de 3 años adscrita al centro de salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Lactantes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#498

### 1. TÍTULO

#### MEJOR EN COMPAÑÍA

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#498 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GRACIA LOPEZ ANA CRISTINA

Título  
MEJOR EN COMPAÑÍA

Colaboradores/as:  
CACHO DEL AMO MARIA JOSEFA  
FRIAS AZNAR NEREA  
GONZALEZ GARCIA MARIA MILAGROS  
SAMPER LAMENCA BLANCA

Ubicación principal del proyecto.: CS VALDEFIERRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP VALDEFIERRO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto en el siglo XXI.

En los últimos años se está incrementando el número de personas con edades avanzadas que viven solas. En muchos casos, su vida se desarrolla con autonomía e independencia, pero cierto es que también este hecho está generando la aparición del fenómeno de la soledad no deseada.

Vivir en soledad, puede conducir a situaciones de aislamiento social y tener consecuencias negativas para la salud y el bienestar.

Salir al paso de la soledad no es exclusivamente una responsabilidad de la persona mayor o de la familia, sino de la sociedad en su conjunto, para ello disponemos de una serie de estrategias y recursos como son la propia persona, recursos familiares, recursos sociales (amistades, voluntariado, etc.)

Desde el Centro de Salud de Valdefierro se aborda esta realidad, desde la detección y actuación sobre mayores en situación de soledad y aislamiento. A través del grupo "Mejor en compañía" trabajaremos en las habilidades, el bienestar emocional y en general, trabajar la resiliencia de aquellos que presenten dificultades en sus habilidades sociales como herramienta de bienestar

#### ÁREAS DE MEJORA

A través del grupo "Mejor en compañía" trabajaremos en las habilidades, el bienestar emocional y en general, trabajar la resiliencia de aquellos que presenten dificultades en sus habilidades sociales como herramienta de bienestar.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La soledad en los mayores es una realidad que viene favorecida por diferentes factores o causas: crisis de identidad, de autonomía, de pertenencia. La evidencia científica muestra que el aislamiento y la soledad tiene importantes repercusiones en la salud y en la calidad de vida. Aumenta el riesgo de hábitos y comportamientos menos saludables como sedentarismo, tabaquismo, alimentación inadecuada, consumo de alcohol, alteración en el sueño.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

**GENERAL**  
Mejorar la situación de soledad no deseada y romper el aislamiento de las personas mayores favoreciendo la promoción del envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida y bienestar emocional.

#### Objetivos específicos:

- Favorecer la coordinación y participación de otras entidades y asociaciones del barrio para favorecer su detección y contacto con Centro de Salud y facilitar sus recursos y activos.
- Detectar situaciones de vulnerabilidad, aislamiento y soledad no deseada y planificar su abordaje.
- Establecer un control y seguimiento de las personas mayores identificadas que se encuentran en situación de aislamiento y soledad mediante atención telefónica o presencial.
- Facilitar la integración social a través de su participación en talleres grupales.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Acciones comunitarias de información y participación con otras asociaciones del barrio Centro IASS, Centro de Mayores, Trabajadora social Ayuntamiento para participar en la detección y actividades.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Cristina Gracia López

2. Elaborar un informe sobre recursos comunitarios, activos en salud que mejoren la soledad.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#498

### 1. TÍTULO

#### MEJOR EN COMPAÑÍA

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Milagros González García

3. Diseñar, Elaborar Protocolo de Soledad de forma consensuada.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Milagros González García

4. Formación y sensibilización al resto de profesionales del equipo mediante sesiones de difusión del Proyecto y utilización de la Recomendación de Activos en sistema OMI.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Sara Viadas Núñez

5. Comunicación del proyecto Consejo de salud.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Cristina González García

6. Implementación del protocolo Detectar, valorar mediante entrevistas individualizadas sentimiento soledad, factores causales y red familiar y establecer un plan de intervención individualizado.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Maria José Cacho del Amo

7. Seguimiento y control de los casos mediante llamada telefónica o entrevista

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Maria José Cacho del Amo

8. Realización de talleres de educación grupal dirigidas a las personas mayores.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Sara Viadas Núñez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Participación con otras asociaciones de barrio

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nª entidades en colaboración de grupo intersectorial en el proyecto.

Denominador .....: Número de entidades en el barrio

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Actas de reuniones.

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. Personas detectadas en situación de riesgo o de soledad

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Personas detectadas mayores de 65 en situación de soledad

Denominador .....: Personas mayores de 65 años en situación de soledad en la ZBS de Valdefierro

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Información de OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

3. Personas a las que se realiza control y seguimiento por medio de plan individualizado

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Personas a las que se realiza control y seguimiento por medio de plan individualizado

Denominador .....: Número de personas detectadas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#498

### 1. TÍTULO

#### MEJOR EN COMPAÑIA

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Información de OMI-AP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Personas que mejoran situación soledad  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Personas que mejoran situación soledad  
Denominador .....: Personas participantes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Escala ESTEII  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. Grado de satisfacción de los talleres  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Personas satisfechas  
Denominador .....: Total de participantes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Personas en situación de soledad no deseada.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#505

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD EN EL CENTRO SOCIOLABORAL "TAOVAL"

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#505 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GONZALEZ GARCIA MARIA MILAGROS

Título  
EDUCACION PARA LA SALUD EN EL CENTRO SOCIOLABORAL "TAOVAL"

Colaboradores/as:  
GRACIA LOPEZ ANA CRISTINA  
MARQUES BENJAMIN DANIEL DAVID  
ORTUÑO MORENO CATALINA  
SAMPER LAMENCA BLANCA  
VILLARES ANDRES ROSA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: CS VALDEFIERRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP VALDEFIERRO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Centro Socio- Laboral TAOVAL es un centro de promoción laboral e inserción social de jóvenes entre 16 y 21 años.

Desde el Centro de Salud Valdefierro y el Centro Sociolaboral Valdefierro de Fundación Adunare, trabajan de manera coordinada y complementaria desde el 2013 en la intervención con jóvenes en riesgo de exclusión favoreciendo de este modo su inserción social, laboral y educativa. El trabajo conjunto de dichas entidades lo realizan tanto en el abordaje de casos específicos como el desarrollo de proyectos conjuntos para atender los procesos de inserción de manera integral

#### ÁREAS DE MEJORA

Formación integral , inserción social y laboral des un grupo de población del barrio de Valdefierro, formada por jóvenes en situación de riesgo

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El Centro Sociolaboral para jóvenes TAOVAL , atiende a adolescentes en su mayoría con inadaptación a la enseñanza reglada , en situación de paro , falta de preparación para el mercado laboral, falta de habilidades sociales, necesidad de información y formación y en ocasiones con problemática familiar acentuada

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la salud integral de estos jóvenes promocionando estilos de vida saludables y fomentando la adquisición de hábitos sociales de crecimiento personal.  
Ampliar conocimientos sobre determinadas prácticas de riesgo comunes en estas edades.  
Prevenir de forma inespecífica aquellas enfermedades cuya causa principal son los hábitos nocivos.  
Introducir en la vida del joven hábitos y conductas saludables.  
Conocer técnicas básicas de cuidados de Primeros Auxilios.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Colaboración entre Centro Socio-Laboral "Taoval" y Centro Salud Valdefierro.:

Realización del Programa de Promoción de la Salud

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final: 31/05/2023

Responsable.: Cristina Gracia López

2. Realización de los talleres grupales

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final: 31/05/2023

Responsable.: Milagros González García

3. Coordinación en la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final: 30/06/2023

Responsable.: Cristina Gracia López

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

De cada sesión se elaboran los contenidos , objetivos y metodología de las dinámicas con las que se trabajan.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#505

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD EN EL CENTRO SOCIOLABORAL "TAOVAL"

##### 1. Coordinación con Centro Socio -Laboral

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de reuniones

Denominador .....: Número de reuniones

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Actas de las reuniones

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

##### 2. Cumplimiento de las sesiones

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de sesiones realizadas

Denominador .....: Número de sesiones previstas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de datos de cada sesión

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 3. Asistencia a las sesiones

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de asistentes reales

Denominador .....: Numero de asistentes previstos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Resgistro datos de cada sesión

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 4. Grado de satisfacción de los talleres

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Personas satisfechas

Denominador .....: Total participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes

Sexo: Hombres

Tipo de patología: --Otros--> Alumnos integrantes e Centro Socio Laboral de los talleres de Soldadura y Carpintería con edades entre 16 y 21 años

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1266

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL EAP DE VALDEFIERRO

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1266 \*\* IRAS PROA \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
BARCENA CAAMAÑO MARIO

Título  
MEJORANDO EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL EAP DE VALDEFIERRO

Colaboradores/as:  
BLASCO PEREZ ARAMENDIA MARIA JESUS  
FRIAS AZNAR NEREA  
SAENZ LAFUENTE LAURA

Ubicación principal del proyecto.: CS VALDEFIERRO

Servicio/Unidad principal .....: EAP VALDEFIERRO

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*ZARAGOZA III\*OTROS SERVICIOS\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: IRAS PROA

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La faringoamigdalitis aguda (FA) es una de las infecciones respiratorias más frecuentes en Atención Primaria. Es un proceso autolimitado y frecuentemente originado por una infección del tracto respiratorio de etiología viral. Cuando la FA es bacteriana, el agente etiológico más frecuente es el *Streptococcus pyogenes*  $\beta$ -hemolítico del grupo A (EBHGA) responsable del 20-30% de todas las faringoamigdalitis en niños y el 5-15% en adultos. En los EAP se dispone de test de diagnóstico rápido de antígeno estreptocócico (TDRA), que debe utilizarse en función de los criterios clínicos de los pacientes, lo que facilita el diagnóstico tanto en adultos como en población pediátrica, siendo escasa la utilización en adultos. La Guía Terapéutica Antimicrobiana del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), al igual que la Guía IRASPROA, establece claramente el tratamiento de elección de la faringoamigdalitis estreptocócica (R72): penicilina V oral, ya que no se han encontrado resistencias a la penicilina (sensibilidad 100%) en *S pyogenes*, y su espectro reducido genera menos resistencias a otros antibióticos.

#### ÁREAS DE MEJORA

La utilización de test rápido (TDRA) para diagnosticar faringoamigdalitis estreptocócica en población adulta es baja. El porcentaje de utilización adecuada de antibióticos de acuerdo a la guía del Plan Nacional de resistencia a los antibióticos (PRAN) en este diagnóstico presenta una alta variabilidad entre los profesionales y constituye un área de mejora.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desconocimiento de la posibilidad de utilizar TDRA en población adulta si se cumplen 3 ó más criterios de Centor. Falta de tiempo en consulta para realizar el test y por tanto para decidir la utilización de antibiótico. Falta de formación sobre la resistencia del *S Pyogenes* en nuestro medio y del tratamiento de elección.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Aumentar la utilización del TDRA para facilitar la decisión de la necesidad del tratamiento antibiótico. Promover el uso adecuado de antibióticos mejorando la adecuación de la prescripción en la faringoamigdalitis aguda estreptocócica (penicilina V oral y amoxicilina). Monitorizar la adecuación a la Guía Antimicrobiana en este diagnóstico.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación sobre el tratamiento de elección en faringoamigdalitis estreptocócica y las herramientas diagnósticas disponibles y cuando utilizarlas.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 31/10/2022

Responsable.: Mario Bárcena Caamaño

2. Monitorizar la utilización de TDRA.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Mario Bárcena Caamaño

3. Monitorizar la utilización de los antibióticos de elección en faringoamigdalitis estreptocócica.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/03/2023



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1266

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL EAP DE VALDEFIERRO

Responsable.: Mario Bárcena Caamaño

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % profesionales que asisten a la formación

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Profesionales que asisten a reunión  
Denominador .....: Profesionales del EAP  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Acta Reunión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Variación en la utilización de TDRA

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Cajas TDRA 2022-2021  
Denominador .....: Cajas TDRA 2021  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: DAP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 8.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

3. Prescripciones de antibióticos de primera elección en R72

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Prescripciones de penicilina V y amoxicilina en R72  
Denominador .....: Prescripciones de antibióticos en R72  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de mando farmacia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#484

### 1. TÍTULO

#### ESTABLECER UN CIRCUITO RAPIDO DE DERIVACION DE PACIENTES PALIATIVOS DESDE ESAD SECTOR III, SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO RADIOTERAPICO

Fecha de entrada: 06/07/2022

Nº de registro: 2022#484 \*\* Continuidad asistencial: interconsulta virtual \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ CASAMAYOR CONCEPCION

Título  
ESTABLECER UN CIRCUITO RAPIDO DE DERIVACION DE PACIENTES PALIATIVOS DESDE ESAD SECTOR III, SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO RADIOTERAPICO

Colaboradores/as:  
BUESO INGLAN M. PILAR  
FANLO FERRERO MARIA LUISA  
LARA LOPEZ-DORIGA PATRICIA  
LOPEZ MATA MIRIAM  
RAMIRO MARIN M. PILAR  
RUIZ BUENO MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: SECTOR ZARAGOZA III

Servicio/Unidad principal .....: ESAD

Línea estratégica: Continuidad asistencial: interconsulta virtual

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Necesidades detectas por nuestro servicio:

Desde el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria del Sector Zaragoza 3 (ESAD III) detectamos, en nuestra actividad asistencial, diversos casos de pacientes paliativos en situación de terminalidad que por su patología presentan síntomas (dolor, hemorragia, lesiones cutáneas ) refractarios o altamente resistentes al tratamiento farmacológico y que podrían resultar subsidiarios de tratamiento radioterápico paliativo para el control y alivio de dichos síntomas, mejorando con ello su calidad de vida y evitando efectos secundarios debidos a altas dosis de medicación que habitualmente requieren.

Situación de partida:

En la actualidad nuestro Servicio asiste semanalmente a la reunión del Comité de Paliativos del Sector III en HCU, en el que se presentan casos de pacientes paliativos, junto a profesionales del Servicio de Oncología pero no existe una relación interdisciplinar directa con la Unidad Clínica Multihospitalaria de Aragón (UCMORA). No está establecido y consensuado un sistema de derivación rápida y criterios de inclusión para nuestros pacientes, lo que puede suponer un déficit severo en el control de síntomas y en su calidad de vida. El proyecto planteado permitiría una mejora de la comunicación interdisciplinar (ESAD III/Oncología/UCMORA) que favorecería la implementación de un circuito de derivación rápida.

ÁREAS DE MEJORA

- 1- Definir criterios conjuntos de pacientes susceptibles de tratamiento radioterápico paliativo.
- 2- Derivación y tratamiento rápido de síntomas.
- 3- Disminuir o eliminar síntomas refractarios al tratamiento médico.
- 4- Mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes al final de la misma, evitando sufrimientos innecesarios y efectos secundarios por altas dosis de tratamientos médicos

ANALISIS DE CAUSAS

- 1- Falta de criterios conjuntos de pacientes susceptibles de tratamiento radioterápico paliativo
- 2- No existencia de circuitos de derivación y tratamiento rápido de síntomas en pacientes paliativos susceptibles de RT

OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Acceso rápido desde el ESAD III al servicio de radioterapia (UCMORA) para la derivación de pacientes en situación paliativa susceptibles de tratamiento radioterápico
- Mejora de comunicación interniveles (ESAD 3 /Oncología/Radioterapia) en derivación de pacientes paliativos susceptibles de tratamiento radioterápico
- Obtención de tratamiento radioterápico en pacientes paliativos antes de 72 horas desde solicitud
- Elaboración de protocolo de derivación, con criterios de inclusión de pacientes susceptibles de tratamiento radioterápico
- Mejorar la calidad de vida de pacientes en situación de últimas semanas, susceptibles de beneficiarse de tratamiento radioterápico paliativo para control de síntomas definidos

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Favorecer reuniones de consenso para definir, conjuntamente con Sº Oncología HCU y UCMORA criterios de inclusión para pacientes paliativos atendidos por ESADIII, susceptibles de ttº radioterápico

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#484

### 1. TÍTULO

#### ESTABLECER UN CIRCUITO RAPIDO DE DERIVACION DE PACIENTES PALIATIVOS DESDE ESAD SECTOR III, SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO RADIOTERAPICO

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 30/04/2022  
Responsable.: Concepción Martínez Casamayor

2. Definición de datos clínicos relevantes a incluir en interconsulta de derivación (Impresión diagnóstica, posibles beneficios paciente, situación de últimas semanas)  
Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 30/04/2022  
Responsable.: Patricia Lara

3. Reuniones de trabajo interdisciplinarias periódicas para consensuar y definir plan de comunicación y circuito de derivación rápida  
Fecha inicio: 01/04/2022  
Fecha final.: 31/05/2022  
Responsable.: Patricia Lara

4. Establecer sistema de comunicación bidireccional rápida de aceptación o denegación del tratamiento según características patología/paciente  
Fecha inicio: 01/05/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Miriam López Mata

5. Implementación programa, utilizando circuito derivación a través de hoja de consulta/consulta virtual de alta resolución desde programa OMI a UCMORA, incluyendo datos clínicos definidos  
Fecha inicio: 01/05/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: María Pilar Ruiz Bueno

6. Valorar efectividad puesta en marcha del circuito de derivación rápida/pacientes que se han beneficiado de la intervención  
Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Concepción Martínez Casamayor

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Casos nuevos pacientes en programa cuidados paliativos susceptibles de tratamiento RT  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número casos nuevos pacientes en programa cuidados paliativos susceptibles de tratamiento RT en un año  
Denominador .....: N° pacientes en programa ESAD en 1 año x 100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro Servicio/OMI casos nuevos susceptibles tratamiento RT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de casos tratados con RT tras comunicar la indicación al Servicio de RT  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° casos tratados RT  
Denominador .....: N° casos comunicados x100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro Servicio/OMI casos nuevos susceptibles tratamiento RT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Días de espera hasta realización de tratamiento RT desde su solicitud  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° días Derivación hasta tratamiento RT  
Denominador .....: N° pacientes enviados  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Registro Servicio/OMI casos nuevos susceptibles tratamiento RT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#484

### 1. TÍTULO

#### ESTABLECER UN CIRCUITO RAPIDO DE DERIVACION DE PACIENTES PALIATIVOS DESDE ESAD SECTOR III, SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO RADIOTERAPICO

4. Pacientes con disminución del síntoma dolor en Escala EVA tras tratamiento RT  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° pacientes disminución síntoma DOLOR = 3 (EVA)  
Denominador .....: n° pacientes tratados x 100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro Servicio/OMI casos nuevos susceptibles tratamiento RT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Pacientes con disminución del síntoma sangrado (SI/NO) tras tratamiento RT  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° pacientes disminución síntoma SANGRADO (SI/NO)  
Denominador .....: n° pacientes tratados x 100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro Servicio/OMI casos nuevos susceptibles tratamiento RT  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes paliativos en situación de terminalidad

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#515

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN EL MEDIO URBANO DEL SECTOR III

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#515 \*\* Atención a tiempo: cáncer \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LASALA CONTE IBANA

Título  
MEJORA DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN EL MEDIO URBANO DEL SECTOR III

Colaboradores/as:  
ASENSIO MARTINEZ ELENA  
CASTRO FERNANDEZ ANA ESMERALDA  
MUÑOZ RUIZ ANA-FELISA  
PASCUAL GONZALO AMELIA TERESA  
POBES LACRUZ MARIA JESUS  
SANTOS MARCO CRISTINA  
VELA INSA MARIA JESUS

Ubicación principal del proyecto.: SECTOR ZARAGOZA III

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE ATENCION A LA MUJER (MATRONAS)

Línea estratégica: Atención a tiempo: cáncer

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se ha detectado una baja cobertura en el cribado de cáncer de cérvix a lo largo del año 2021 por lo que las matronas del Sector III hemos decidido llevar a cabo este proyecto para mejorar los resultados en la medida de lo posible.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Captación oportunista de las mujeres cuando acuden a consulta por otro motivo.
- Aumento del conocimiento y sensibilidad de todos los miembros del equipo para derivar a la matrona para realización de cribado.
- Falta de información por parte de las usuarias sobre la importancia del cribado de cáncer de cervix y el procedimiento para su realización.
- Falta de seguimiento hacia las mujeres que se realizan el cribado de forma privada.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Falta de tiempo y oportunidad en el equipo de AP para realizar una captación oportunista en la paciente que acude a la consulta por cualquier otro motivo.
- Desconocimiento por parte de todos los miembros del equipo de atención primaria sobre el nuevo protocolo del cribado de ca. de cervix.
- Desconocimiento por parte de las usuarias sobre el cribado de cancer de cérvix y el modo de acceder al mismo
- Dificultad en el seguimiento de pacientes que se realizan el cribado de forma privada.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar/ aumentar la cobertura en un 2% de las mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años, que se realizan el cribado de cáncer de cérvix en el medio urbano del Sector III

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de sesiones formativas en los Equipos de Atención Primaria de carácter periódico (1/año)

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Matrona de cada uno de los equipos de atención primaria.

2. Información del cribado de cáncer de cérvix en centros sociales de la zona básica de salud

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Matrona de cada zona básica de salud.

3. Realización de carteles informativos para todo el Sector, y pegado en los Centros de Salud y centros sociales comunitarios, cívicos...de la zona básica de salud.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Matrona de cada zona básica de salud.

4. Incidir en la captación oportunista de las usuarias que acuden a consulta de medicina, enfermería y matrona por otro motivo.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Matrona de cada uno de los equipos de atención primaria.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#515

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN EL MEDIO URBANO DEL SECTOR III

5. Recuperar informes de cribados realizados en consultas privadas y registrarlos en OMI

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Matrona de cada uno de los equipos de atención primaria.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de mujeres de 25-34 años con citología realizada en cada zona basica de salud.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: 27,24% mujeres 25-34 años con citología realizada en 2021

Denominador .....: 29,24% mujeres 25-34 años con citología realizada en 2022

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Indicador en OMI de realización y registro de citologías.

Est.Mín.1ª Mem ..: 19.20

Est.Máx.1ª Mem ..: 37.39

Est.Mín.2ª Mem ..: 21.20

Est.Máx.2ª Mem ..: 39.39

2. Porcentaje de mujeres de 35-65 años con test de HPV realizado en cada zona basica de salud.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: 15,20% mujeres 35-65 años con test de HPV realizado en 2021

Denominador .....: 17,20% mujeres 35-65 años con test de HPV realizado en 2022

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Indicador en OMI de realización y registro de citologías.

Est.Mín.1ª Mem ..: 11.12

Est.Máx.1ª Mem ..: 18.22

Est.Mín.2ª Mem ..: 13.12

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.22

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#617

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN EL MEDIO RURAL DEL SECTOR III

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#617 \*\* Atención a tiempo: cáncer \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MACIA LAPUENTE JUDITH

Título  
MEJORA DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN EL MEDIO RURAL DEL SECTOR III

Colaboradores/as:  
AMAYAS LORAO REBECA  
CASTELLOTE COLAS BEATRIZ  
GALE EDERRA MARIA IDOYA  
IRACHE FERRANDEZ ANA ROSA  
PERUN PERERA M. DOLORES  
PONCE HERRERA PEDRO JOSE  
VILLALBA CUBERO LAURA

Ubicación principal del proyecto.: SECTOR ZARAGOZA III

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE ATENCION A LA MUJER (MATRONAS)

Línea estratégica: Atención a tiempo: cáncer

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se ha detectado una baja cobertura en el cribado de cáncer de cérvix a lo largo del año 2021 por lo que las matronas del Sector III hemos decidido llevar a cabo este proyecto para mejorar los resultados en la medida de lo posible.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Información y conocimiento del programa de prevención de cáncer de cérvix por parte de todos los miembros del equipo.
- Captación oportunista de las mujeres en el rango de edad que marca el programa.
- Información a las usuarias sobre la importancia del cribado de cáncer de cérvix y del procedimiento para su realización.
- Seguimiento de las mujeres que se realizan el cribado de forma privada

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Desconocimiento del nuevo protocolo de cribado de cáncer de cérvix por parte de los miembros del equipo de Atención Primaria
- Falta de tiempo para realizar la captación oportunista en la paciente que acude a la consulta por otro motivo.
- Desconocimiento de las usuarias sobre el cribado de cáncer de cérvix y el modo de acceder al mismo.
- Dificultad del seguimiento de las mujeres que se realizan el cribado de forma privada.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar/aumentar en un 2% las mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años que se realizan cribado de cáncer de cérvix en el medio rural del Sector III

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de sesiones formativas en los EAP con carácter periódico (1vez al año)

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Matrona de cada uno de los EAP

2. Información sobre el programa de cribado de cáncer de cérvix en redes sociales (tablones de anuncios de los pueblos)

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Matrona de cada ZBS

3. Realización de carteles informativos para su colocación en los centros de salud, centros sociales comunitarios, centros cívicos...

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Matrona de cada ZBS

4. Incidir en la captación oportunista de toda mujer de 25 a 65 años que acuda a cualquier consulta (enfermería, medicina o matrona) por otro motivo

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#617

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN EL MEDIO RURAL DEL SECTOR III

Responsable.: Matrona de cada uno de los EAP

5. Recuperar informes de cribados realizados en consultas privadas y registrarlos en OMI

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Matrona de cada uno de los EAP

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de mujeres entre 25 y 34 años con citología realizada en cada ZBS

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: 27,24 % de mujeres entre 25 y 34 años con citología realizada en 2021

Denominador .....: 29,24% de mujeres entre 25 y 34 años con citología realizada en 2022

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Indicador en OMI de realización y registro de citologías

Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 34.89

Est.Mín.2ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 36.89

2. Porcentaje de mujeres entre 35 y 65 años con test de HPV realizado en cada ZBS

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: 15,20 % de mujeres entre 35 y 65 años con test de VPH realizado en 2021

Denominador .....: 17,20 % de mujeres entre 35 y 65 años con test de VPH realizado en 2022

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Indicador en OMI de realización y registro de test de VPH

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.88

Est.Máx.1ª Mem ..: 18.87

Est.Mín.2ª Mem ..: 4.88

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.87

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#969

### 1. TÍTULO

#### TELECONSULTA DE ENFERMERIA DE ALERGIAS PREVIA A LA PRIMERA VISITA MEDICA DE LA ESPECIALIDAD EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#969 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ CINTO NURIA

Título  
TELECONSULTA DE ENFERMERIA DE ALERGIAS PREVIA A LA PRIMERA VISITA MEDICA DE LA ESPECIALIDAD EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Colaboradores/as:  
PEREZ RODRIGUEZ MARIA GUADALUPE  
RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ

Ubicación principal del proyecto.: CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*CS CINCO VILLAS (EJEA)\*ADMISION\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Información de los pacientes que acuden por primera vez a Consulta de Alergias sin la preparación correcta para realizar las pruebas complementarias/diagnósticas.  
Confirmar con la llamada telefónica y la consulta de la HCE en el mismo acto la medicación que toma y si alguna de ella interfiere para realizar estas pruebas.  
Contestar dudas y/ miedos que pueda tener el paciente de cara a esa consulta  
Recordar día, hora y centro de la Consulta de Alergología programada

#### ÁREAS DE MEJORA

Que en la primera visita de Alergología se pueda realizar el máximo de pruebas complementarias posibles  
Evitar que el paciente tenga que volver a desplazarse  
Evitar pérdida de citas programadas en la especialidad  
Citar mínimo 7 días antes de la consulta

#### ANALISIS DE CAUSAS

Desinformación del paciente  
Miedo a tener alguna reacción grave al realizar las pruebas

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Conseguir realizar test cutáneos y espirometrías al total de los pacientes que las precisen en el primer día de Consulta de Alergología; exceptuando a aquellos que por su patología o estado en el momento de la consulta no puedan suspender el tratamiento prescrito  
Acudan a las consultas el total de los pacientes citados de primer día  
Disminuir el miedo a lo desconocido

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Citar mínimo 8 días antes de la consulta

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/09/2024  
Responsable.: Administrativo

2. Llamada telefónica 7 días antes de la Consulta

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/09/2024  
Responsable.: Enfermera/o

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % pacientes totales que precisan que realizar test cutáneos el primer día de consulta

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº pacientes a los que realizamos test cutáneos que precisan en primera consulta de Alergología  
Denominador .....: Nº pacientes que precisan realizar test cutáneos en primera consulta de Alergología

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#969

### 1. TÍTULO

#### TELECONSULTA DE ENFERMERIA DE ALERGIAS PREVIA A LA PRIMERA VISITA MEDICA DE LA ESPECIALIDAD EN EL CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % pacientes totales citados 8 días antes de la consulta  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° pacientes realmente citados 8 días antes de consulta  
Denominador .....: N° total de huecos de primer día en agenda  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HP-HISS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % pacientes totales que precisan que realizar espirometría el primer día de consulta  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° pacientes a los que realizamos espirometría con la preparación correcta que precisan en primera consulta de Alergología  
Denominador .....: N° pacientes que precisan realizar espirometría en primera consulta de Alergología  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Enfermedades Alergológicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1015

### 1. TÍTULO

#### AUTOCUIDADO. CONSULTA DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS - CARDIOLOGÍA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1015 \*\* Continuidad asistencial: consulta no presencial \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RODRIGUEZ-MANZANEQUE GODOY MARIA PAZ

Título  
AUTOCUIDADO. CONSULTA DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS - CARDIOLOGÍA

Colaboradores/as:  
CAMPOS BONED ANA ISABEL  
GIMENO GARZA JAIME  
PEREZ CINTO NURIA  
PINILLA LOZANO MARIA JESUS  
REVILLA MARTI PABLO  
SOLA MORENO TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA \*CARDIOLOGÍA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Continuidad asistencial: consulta no presencial

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La IC es un problema sanitario de gran magnitud. Se trata de un síndrome clínico que conlleva una elevada morbimortalidad, una prolongada estancia hospitalaria y es causa importante de reingresos en el hospital. Añadir el ingente gasto sanitario que esto genera, además de la pérdida de calidad de vida de los pacientes. Por lo tanto su manejo sistemático tendría que ser una prioridad para mejorar los resultados en salud y para hacer un uso adecuado de los recursos.

La consulta de enfermería en IC permite resolver necesidades y problemas de salud del individuo, familia y comunidad. La optimización terapéutica es uno de los principales pilares para mejorar la calidad de vida, reducir hospitalizaciones y mortalidad.

El autocuidado adquiere una importancia crucial en la IC y es necesario para conseguir la mayor calidad de vida posible de los pacientes. Por ello es imprescindible fortalecer sus capacidades y ofrecerles no sólo información, sino los conocimientos y habilidades necesarias para que puedan hacerse responsables de su salud siendo pacientes activos en su proceso. Los primeros días, tras el alta hospitalaria, constituyen uno de los periodos más vulnerables donde es vital el cumplimiento terapéutico y la vigilancia para evitar reingresos, con el consecuente deterioro clínico, y mejorar el pronóstico. Los pacientes reciben tratamiento que precisa ser titulado hasta alcanzar la dosis óptima y es necesario completar el proceso educativo iniciado durante la fase de hospitalización. Por todo ello se plantea que el seguimiento inicial tras la hospitalización sea realizado en la consulta específica de IC; es fundamental reforzar los conocimientos dados, insistir en vigilar signos de alarma, evitar descompensaciones y asegurar un adecuado cumplimiento terapéutico.

Son indispensables cambios en la vía clínica de los pacientes con IC que aseguren la continuidad asistencial y mejoren la estrategia terapéutica que permita modificar el curso de la enfermedad. La consulta de enfermería en IC desarrolla una labor que supone un verdadero reto para el profesional de enfermería, pero le convierte en pieza clave en el proceso multidisciplinar de la insuficiencia cardíaca.

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1- Acceso al sistema
- 2- Tratamiento farmacológico
- 3- Autocuidado

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- 1- Presión asistencial en consulta médica
- 2- Polimedición, seguimiento insuficiente, información no personalizada, dosis subóptimas, duplicidades
- 3- Información no individualizada acorde a las necesidades del paciente, es fundamental la implicación del paciente en su proceso

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivos:

- Proporcionar y /o afianzar conocimientos sobre la enfermedad.
- Capacitar a los pacientes para el autocuidado y la toma de decisiones informadas promoviendo hábitos saludables y cambios en el estilo de vida, a través de un programa de Educación para la Salud: hábitos higiénico-dietéticos, hábitos tóxicos, actividad física.
- Detectar errores y efectos secundarios relacionados con el tratamiento farmacológico, mejora la adherencia terapéutica, posibilita la titulación de fármacos.
- Fomentar el autocuidado y la participación activa del paciente.
- Reducir el número de ingresos hospitalarios.
- Facilitar la continuidad asistencial

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1015

### 1. TÍTULO

#### AUTOCUIDADO. CONSULTA DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS - CARDIOLOGÍA

- Reducir carga asistencial médica

Poblacion diana: pacientes ingresados en Cardiología HCU por IC pertenecientes a las Cinco Villas, ampliable a pacientes no ingresados procedentes de CCEE de Cardiología Centro Sanitario Cinco Villas

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Comunicar la inclusión de un nuevo paciente en el programa

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final: 15/09/2024

Responsable.: CARDIOLOGO/A

2. Contacto inicial. Consulta telefónica tras alta hospitalaria (48-72 horas).

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final: 15/09/2024

Responsable.: ENFERMERA

3. Visita presencial (2 semanas tras el alta hospitalaria)

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final: 15/09/2024

Responsable.: CARDIOLOGO/A Y ENFERMERA

4. Escala Morisky Green adhesión al tratamiento

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final: 15/09/2024

Responsable.: ENFERMERA

5. Prescripción de medicación, dosis óptima

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final: 15/09/2024

Responsable.: CARDIOLOGO/A

6. Titulación fármaco (seguimiento) tras prescripción médica

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final: 15/09/2024

Responsable.: ENFERMERA

7. Escala Europea de Autocuidado en IC

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final: 15/09/2024

Responsable.: ENFERMERA

8. Facilitar información acorde a las necesidades detectadas para la mejora del autocuidado y conocimiento de su enfermedad

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final: 15/09/2024

Responsable.: ENFERMERA Y CARDIOLOGO/A

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % Pacientes incluidos en el programa que han sido llamados a las 48-72 horas del alta hospitalaria

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes llamados a las 48-72 horas del alta incluidos en el programa

Denominador .....: Número total de pacientes dados de alta incluidos en el programa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE y HP-HISS

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % Pacientes incluidos en el programa que han sido vistos en consulta a las 2 semanas del alta

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes incluidos en el programa que han sido vistos en consulta a las 2 semanas del alta

Denominador .....: Numero de total de pacientes dados de alta incluidos en el programa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE y HP-HISS

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1015

### 1. TÍTULO

#### AUTOCUIDADO. CONSULTA DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS - CARDIOLOGÍA

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Ingreso hospitalario, tras inclusión en programa, dentro de los primeros 30 días, 3, 6, 9 y 12 meses  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de ingresos hospitalarios de pacientes incluidos en el programa en los primeros 30 días, 3,6,9 y 12 meses  
Denominador .....: Numero total de pacientes incluidos en el programa a los 30 días, 3,6,9 y 12 meses.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE y HP-HISS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

4. % Pacientes a los que se les entrega Morisky Medication Adherence Scale  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Pacientes a los que se les entrega inicialmente Morisky Medication Adherence Scale  
Denominador .....: Numero total de pacientes incluidos en el programa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Diferencia en la Escala Europea de Autocuidado de IC entre el inicio y los 3 meses  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Puntuación obtenida a los 3 meses en la Escala Europea de Autocuidado en IC menos puntuación al inicio Escala Europea de Autocuidado en IC  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1215

### 1. TÍTULO

#### E.P.S EN LA TOMA DE INHALADORES Y APLICACION DEL T.A.I. EN LA PRACTICA DIARIA

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1215 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LORENTE LABORDA ALICIA

Título  
E.P.S EN LA TOMA DE INHALADORES Y APLICACION DEL T.A.I. EN LA PRACTICA DIARIA

Colaboradores/as:  
NAVARRO LUNA MARIA JESUS  
JIMENEZ BAQUERO JANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CENTRO SANITARIO CINCO VILLAS

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

- MEJORA LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON PATOLOGIA RESPIRATORIA.
- FAVORECE LA COMUNICACIÓN Y AUMENTA LA CONFIANZA DEL PACIENTE EN EL EQUIPO DE SALUD.
- IDENTIFICA AL PACIENTE CON BAJA ADHESION.
- ESTABLECE LA INTENSIDAD DE LA ADHESION: BUENA, INTERMEDIA O BAJA.
- ORIENTA SOBRE EL PATRÓN DE INCUMPLIMIENTO DEL PACIENTE: ERRÁTICO, DELIVERADO O INCONSCIENTE.

#### ÁREAS DE MEJORA

- BAJA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO INHALADO.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- EL PACIENTE NO CONOCE, LE ES MUY COMPLICADO O NO QUIERE MANEJAR EL INHALADOR.
- EL PACIENTE NO TIENE INFORMACION ADECUADA SOBRE SU INHALADOR.
- RAZA, EDAD, SEXO Y CREENCIAS QUE EL PACIENTE TIENE SOBRE LOS INHALADORES.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- PERFECCIONAR LA TÉCNICA DE LA TERAPIA INHALADA.
- DISMINUIR EL TIEMPO QUE EL FACULTATIVO EMPLEA EN EXPLICAR LA TECNICA DE EMPLEO DE LOS INHALADORES AL PACIENTE Y AUMENTARLO EN OTRAS AREAS.
- QUE EL PACIENTE CONTROLE SU ENFERMEDAD (ASMA, EPOC).
- DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD TANTO EN EL ASMA COMO EN EL EPOC.
- MEJORAR LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO.
- DAR UNA ATENCIÓN MAS INDIVIDUALIZADA SEGUN LAS NECESIDADES DEL PACIENTE.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -COMPROBAR COMO USA EL PACIENTE SU INHALADOR.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 03/10/2024

Responsable.: ALICIA LORENTE LABORDA/JANA MARIA JIMENEZ BAQUERO

2. -DETECTAR LOS ERRORES EN LA TÉCNICA DE CADA INHALADOR

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 03/10/2024

Responsable.: ALICIA LORENTE LABORDA/JANA MARIA JIMENEZ BAQUERO

3. -ENSEÑAR EN CADA CASO EL USO CORRECTO DEL INHALADOR PREESCRITO.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 03/10/2024

Responsable.: ALICIA LORENTE LABORDA/JANA MARIA JIMENEZ BAQUERO

4. -FEED-BACK: QUE EL PACIENTE REPITA LA TÉCNICA QUE EL PROFESIONAL LE HA ENSEÑADO.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 03/10/2024

Responsable.: ALICIA LORENTE LABORDA/JANA MARIA JIMENEZ BAQUERO

5. -APLICAR EL T.A.I COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 03/10/2024

Responsable.: ALICIA LORENTE LABORDA/JANA MARIA JIMENEZ BAQUERO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

EL T.A.I. ES UN NUEVO CUESTIONARIO DIRIGIDO A PACIENTES CON ASMA Y/O EPOC QUE PERMITE DE FORMA FACIL, ECONOMICA Y FIABLE IDENTIFICAR, ESTABLECER Y ORIENTAR LA INTENSIDAD DE LA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADO Y

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1215

### 1. TÍTULO

#### E.P.S EN LA TOMA DE INHALADORES Y APLICACION DEL T.A.I. EN LA PRACTICA DIARIA

EL TIPO O PATRON DE INCUMPLIMIENTO DEL PACIENTE A LA HORA DE TOMARSE SU INHALADOR.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. PORCENTAJE DE PACIENTES CON BUENA ADHESION AL TRATAMIENTO INHALADO

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° DE PACIENTES CON BUENA ADHESION  
Denominador .....: N° TOTAL DE PACIENTES QUE TOMAN INHALADORES  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (H.C.E.)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 2. PORCENTAJE DE PACIENTES CON ADHESION INTERMEDIA AL TRATAMIENTO INHALADO

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° DE PACIENTES CON ADHESION INTERMEDIA  
Denominador .....: N° TOTAL DE PACIENTES QUE TOMAN INHALADORES  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: H.C.E.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 3. PORCENTAJE DE PACIENTES CON BAJA ADHESION AL TRATAMIENTO

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° DE PACIENTES CON BAJA ADHESION  
Denominador .....: N° TOTAL DE PACIENTES QUE TOMAN INHALADORES  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: H.C.E.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#634

### 1. TÍTULO

#### INDICACIONES DE ECOGRAFÍA PARA MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#634 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PUEBLA MACARRON MARIA CRISTINA

Título  
INDICACIONES DE ECOGRAFÍA PARA MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA III

Colaboradores/as:  
BELLO FRANCO CARLOTA MARIA  
GIRAL FÓZ MARIA PILAR  
IBAÑEZ MUÑOZ DAVID  
MORENO CABALLERO LETICIA  
ORTIZ GIMENEZ RAMON  
RUBIO CAVERO RUTH AGUEDA  
SALCEDA ARTOLA JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: CME INOCENCIO JIMENEZ

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

-Elaboración por radiólogos de la unidad, de una guía de indicaciones de ecografía en atención primaria para los médicos peticionarios, que permita una adecuada gestión de las exploraciones solicitadas.

#### ÁREAS DE MEJORA

-Demora actual en las exploraciones ecográficas.  
-Reclamaciones realizadas por los pacientes como consecuencia en el retraso en la realización de la prueba.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Una parte importante de las peticiones ecográficas no están bien indicadas.  
Tiempo excesivo para realizar la prueba desde que es solicitada.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Reducir la demora en las exploraciones ecográficas contribuyendo a una mejora en la calidad asistencial.  
-Disminuir de forma significativa el numero de reclamaciones realizadas por el paciente.  
-Conseguir diagnósticos más rápidos en la pacientes vistos en AP.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Realización de un manual de indicaciones de ecografía en Atención Primaria.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Ramón Ortiz Gimenez

2. -Presentación del manual en las distintos Centros de Salud del Sector III

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: David Ibañez Muñoz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Disminución solicitudes de ecografías no indicadas.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N.º de ecografías no indicadas solicitadas por AP en periodo de estudio

Denominador .....: N.º total de ecografías solicitadas por AP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

GIPE

Solicitudes a RX.

Est.Mín.1ª Mem ..: 38.99

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#634

### 1. TÍTULO

#### INDICACIONES DE ECOGRAFÍA PARA MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR ZARAGOZA III

2. Disminución demora media.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Media del N.º de días de demora prospectiva en el periodo de estudio - Media del N.º de días de demora prospectiva en el periodo de referencia

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HP HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: -5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: -10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: -25.00

3. Presentación de la guía a CS del sector III

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N.º de CS del sector III a los que se les ha presentado la guía.

Denominador .....: N.º total de CS del sector III

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Excel de elaboración propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología general en pacientes de AP, donde la ecografía es una herramienta diagnóstica importante.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#151

### 1. TÍTULO

#### VÍA RAPIDA DE ESTUDIO DE PACIENTES ALERGICOS A BETA-LACTAMICOS ANTES DE CIRUGÍAS CON ALTO RIESGO DE INFECCION

Fecha de entrada: 16/06/2022

Nº de registro: 2022#151 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AGULLO GARCIA ANA

Título  
VÍA RAPIDA DE ESTUDIO DE PACIENTES ALERGICOS A BETA-LACTAMICOS ANTES DE CIRUGÍAS CON ALTO RIESGO DE INFECCION

Colaboradores/as:  
COLAS SANZ CARLOS  
FERRER CLAVERIA LUCIA  
GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR  
LEZAUN ALFONSO APOLINAR ANTONIO  
MARTINEZ MARTINEZ ELVIRA  
PAÑO PARDO JOSE RAMON  
SEGURA ARAZURI M. NIEVES

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ALERGOLOGIA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 1\*HOSPITAL ROYO VILLANOVA\*ALERGOLOGIA\*HOSP (Hospitalización)  
ZARAGOZA 3\*HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA \*INFECCIOSOS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los antibióticos betalactámicos (BL) son fármacos de primera línea en el manejo de gran número de infecciones. Se incluyen penicilinas, cefalosporinas, carbapenémicos y monobactámicos. Las reacciones a BL son la causa más frecuente de reacciones adversas a fármacos mediadas por un mecanismo inmunológico. Un nº elevado de pacientes ingresados en este hospital (10-20%) refieren ser "alérgicos a penicilina", en muchos casos sin presentar una historia clínica sugestiva de alergia, y a veces aportando informes antiguos donde no se han realizado estudios con estándares actualizados. En estos casos, cuando presentan patología infecciosa, se utilizan antibióticos alternativos, no BL, de segunda línea, que, además de presentar mayor posibilidad de toxicidad asociada, son menos coste-eficaces, y por tener un mayor espectro contribuyen a desarrollar resistencias bacterianas. Está demostrado que una evitación innecesaria incrementa la mortalidad, morbilidad y el coste económico en pacientes incorrectamente etiquetados como alérgicos a BL, siendo ésta una de las principales oportunidades de mejora a implementar desde los Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA).

#### ÁREAS DE MEJORA

Confirmar o descartar alergia a antibióticos en un subgrupo de pacientes en los que la posibilidad de infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) es elevada.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La tasa de infecciones nosocomiales en el paciente quirúrgico ha sido intensamente estudiada: comparte las comunes de los pacientes hospitalizados (respiratorias, urinarias, asociadas a catéter) y las específicas del paciente quirúrgico: de herida superficial o profunda y las infecciones órgano-espacio.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Retirar falsas etiquetas de alergia a beta-lactámicos (BL) y minimizar el impacto que eso supone en pacientes que van a ser sometidos a cirugías programadas con alto riesgo de infección.  
-Identificar a los pacientes verdaderamente alérgicos a BL y proporcionarles un tratamiento antibiótico alternativo de alto valor terapéutico.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Se consensará un protocolo de actuación y derivación de pacientes con sospecha de alergia a BL programados para cirugías con alto riesgo de infección, activando una vía rápida y dándoles preferencia

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 30/04/2022

Responsable.: Ana Agulló García, Mar Garcés Sotillos, Carlos Colás Sanz, José Ramón Paño Pardo

2. -Se estandarizará la evaluación de estos pacientes, realizando el estudio alérgico con un protocolo estandarizado de BL.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/05/2022

Responsable.: Ana Agulló García, Nieves Segura Arazuri, Apolinar Lezaun Alfonso, Lucía Ferrer Clavería

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#151

### 1. TÍTULO

#### VÍA RÁPIDA DE ESTUDIO DE PACIENTES ALÉRGICOS A BETA-LACTÁMICOS ANTES DE CIRUGÍAS CON ALTO RIESGO DE INFECCIÓN

3. - Se presentarán los protocolos en la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica (CIPPA) y PROA del HCU.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/05/2022

Responsable.: Mar Garcés Sotillos, Nieves Segura Arazuri, Carlos Colás Sanz

4. - Se dará difusión a los Jefes de Servicio implicados, quienes, posteriormente, informarán a los facultativos de su servicio.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Ana Agulló García, Carlos Colás Sanz, José Ramón Paño Pardo

5. - Identificación activa de los pacientes candidatos, para aplicar los protocolos acordados en aquellos que más se benefician de su cumplimiento.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Mar Garcés Sotillos, Nieves Segura Arazuri, Apolinar Lezaun Alfonso, Lucía Ferrer Clavería

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El proyecto requiere de un abordaje multidisciplinar con la participación de los SS de Alergología, Enfermedades Infecciosas (equipo PROA), Cirugía general, Cirugía Vasculard, Neurocirugía, Traumatología y Urología. El primer paso consistirá en la creación del equipo multidisciplinar.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. - Plan de identificación activa de casos para aplicar los protocolos de actuación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº Pacientes alérgicos a BL candidatos a ser enviados mediante esta vía rápida

Denominador .....: Nº Pacientes pendientes de IQ con alto riesgo de infección

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicios quirúrgicos

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. - Pacientes con alergia a antibióticos remitidos por esta vía

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº Paciente derivados mediante esta vía rápida

Denominador .....: Nº Pacientes pendientes de IQ con alto riesgo de infección con antecedente de alergia a BL

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicios quirúrgicos

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. - Búsqueda de alternativas antibióticas bien toleradas en pacientes alérgicos

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº pacientes evaluados por el Sº de Alergología en los que se permite el uso de algún antibiótico de la familia a la que existía sospecha de alergia

Denominador .....: Nº Pacientes remitidos

x(1-100-1000) ...: 1000

Fuentes de datos.: Alergología

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. - Reacciones medicamentosas acontecidas con los procedimientos realizados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº Reacciones medicamentosas acontecidas con los procedimientos realizados

Denominador .....: Nº de estudios de alergia a medicamentos realizados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Alergología

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#151

### 1. TÍTULO

#### VÍA RAPIDA DE ESTUDIO DE PACIENTES ALÉRGICOS A BETA-LACTÁMICOS ANTES DE CIRUGÍAS CON ALTO RIESGO DE INFECCIÓN

5. - Pacientes en los que se descarta la alergia al antibiótico sospechoso  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° Pacientes en los que se descarta la alergia al antibiótico sospechoso  
Denominador .....: N° de estudios de alergia a medicamentos realizados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Alergología  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. - Pacientes verdaderamente alérgicos (pruebas cutáneas o provocación positivos)  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° Pacientes verdaderamente alérgicos (pruebas cutáneas o provocación positivos)  
Denominador .....: N° de estudios de alergia a medicamentos realizados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Alergología  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. - Pacientes que precisan utilizar el antibiótico que se ha estudiado  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° Pacientes que precisan utilizar el antibiótico que se ha estudiado  
Denominador .....: N° de estudios de alergia a medicamentos realizados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Alergología  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Alergia a antibióticos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#194

### 1. TÍTULO

#### CAPACITACION EN LA AUTOADMINISTRACION DE FARMACOS BIOLÓGICOS SUBCUTÁNEOS EN CEX ALERGIA

Fecha de entrada: 21/06/2022

Nº de registro: 2022#194 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MOLINA SANTA BARBARA SARA

Título  
CAPACITACION EN LA AUTOADMINISTRACION DE FARMACOS BIOLÓGICOS SUBCUTÁNEOS EN CEX ALERGIA

Colaboradores/as:  
AZNAR CESTER RAQUEL  
BUÑUEL ASIN ELENA  
GARRIDO MERINO MARIA DEL MAR  
LAPUENTE LINARES MARIA TERESA  
LOZANO ANDALUZ SOFIA VICTORIA  
MARTINEZ MARTINEZ ELVIRA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ALERGOLOGIA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La enfermera en CEX de alergología, es una pieza fundamental en la educación sanitaria y gestión de pacientes con autoadministración de fármacos biológicos por vía subcutánea.

Desde hace dos meses, los pacientes usuarios de fármacos biológicos de la CEX de alergia, son derivados a su domicilio para autoadministración de los mismos, siendo a veces complicado para el paciente tanto la técnica como su gestión.

Hemos detectado la necesidad de capacitar al paciente en la autoadministración, ya que el fármaco se dispensa desde la farmacia del hospital, pero somos las propias enfermeras de la consulta de alergia, las que educamos a los pacientes en cuanto a la administración del fármaco, conservación y efectos adversos del mismo, siendo así la enfermera de alergia el nexo de unión entre farmacia, facultativos y paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Educación en la autoadministración del inyectable.
- Capacitar en la autonomía del paciente en su autocuidado.
- Control y manejo de su tratamiento.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Identificación de ausencia de conocimientos en los usuarios en el manejo del tratamiento.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Adiestrar a la población diana en la autoadministración del inyectable.
- Educación sanitaria en el manejo de su tratamiento.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Educar en el mantenimiento y recogida del inyectable en el domicilio.

Fecha inicio: 29/06/2022

Fecha final.: 29/06/2023

Responsable.: Sara Molina, Sofia Lozano, Raquel Aznar, Maite Lapuente, Elvira Martinez, Mar Garrido, Elena Buñuel.

3. Dar informacion escrita sobre la tecnica

Fecha inicio: 29/06/2022

Fecha final.: 29/06/2023

Responsable.: Sara Molina, Sofia Lozano, Raquel Aznar, Maite Lapuente, Elvira Martinez, Mar Garrido, Elena Buñuel.

4. Realizar seguimiento mediante cuestionario al inicio, durante y al final del periodo pactado.

Fecha inicio: 29/06/2022

Fecha final.: 29/06/2023

Responsable.: Sara Molina, Sofia Lozano, Raquel Aznar, Maite Lapuente, Elvira Martinez, Mar Garrido, Elena Buñuel.

5. Realizar seguimiento mediante cuestionario al inicio, durante y al final del periodo pactado.

Fecha inicio: 29/06/2022

Fecha final.: 29/06/2023

Responsable.: Sara Molina, Sofia Lozano, Raquel Aznar, Maite Lapuente, Elvira Martinez, Mar

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#194

### 1. TÍTULO

#### CAPACITACION EN LA AUTOADMINISTRACION DE FARMACOS BIOLOGICOS SUBCUTANEOS EN CEX ALERGIA

Garrido, Elena Buñuel.

1. Adiestrar en la administracion del inyectable tanto de manera individual como a su cuidador.

Fecha inicio: 29/06/2022

Fecha final.: 29/06/2023

Responsable.: Sara Molina, Sofia Lozano, Raquel Aznar, Maite Lapuente, Elvira Martinez, Mar Garrido, Elena Buñuel.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Error en la administracion

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de pacientes que no se administran bien el farmaco

Denominador .....: Nº de pacientes totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Administracion satisfactoria

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de pacientes que se administran bien el farmaco

Denominador .....: Nº de pacientes totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Documentación aportada

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes que reciben la documentación escrita sobre la técnica de autoinyección

Denominador .....: Nº de pacientes totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Urticaria y asma en CEX de alergología.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#895

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACION A QUIMIOTERAPICOS Y BIOLÓGICOS: OPTIMIZACION DE RESULTADOS Y AUMENTO DE LA SEGURIDAD

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#895 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MONZON BALLARIN SUSANA

Título  
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACION A QUIMIOTERAPICOS Y BIOLÓGICOS: OPTIMIZACION DE RESULTADOS Y AUMENTO DE LA SEGURIDAD

Colaboradores/as:  
AGUSTIN FERRANDEZ MARIA JOSE  
ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU  
CARBAJO MARTINEZ ESTHER  
CUBERO SALDAÑA JOSE LUIS  
FERRER CLAVERIA LUCIA  
MOLINA SANTA BARBARA SARA  
VARELA MARTINEZ ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ALERGOLOGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la actualidad el Servicio de Alergia del Hospital Clínico Universitario realiza las desensibilizaciones a quimioterápicos y biológicos en el Hospital de día del Hospital Miguel Servet y del Hospital Clínico respectivamente. Esta técnica permite la administración del fármaco que el paciente necesita para el tratamiento de su enfermedad de base, aun siendo alérgico al mismo, bajo la supervisión continua de un alergólogo, mediante la administración de concentraciones mínimas y progresivas hasta alcanzar una dosis acumulada que corresponda a la dosis terapéutica del mismo, tratando in situ las reacciones que el paciente va teniendo a lo largo de la administración.

Hasta la fecha, con los protocolos existentes utilizamos un sistema de 3 ó 4 bolsas con diferentes concentraciones, que se administran al paciente sucesivamente en un sistema de árbol estanco (para evitar aerosolizaciones del fármaco) mediante una bomba de infusión con múltiples pasos, teniendo que realizar un lavado entre cada bolsa, con una duración total de la técnica entre 6 y 7 horas y media.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Preparación por el Servicio de Farmacia de un número de bolsas elevado para cada paciente (3 ó 4)
- Las concentraciones de algunas bolsas no son estables durante muchas horas por la concentración tan pequeña del fármaco a administrar
- Las bolsas tienen que ser preparadas lo más próximas a la administración al paciente del fármaco en cuestión, conllevando una sobrecarga para el Servicio de Farmacia
- A mayor número de bolsas a administrar a cada paciente, mayor posibilidad de error existente, disminuyendo la seguridad
- A mayor número de bolsas a administrar a cada paciente, mayor tiempo de estancia del paciente en el Hospital de día

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La causa de las áreas de mejora vienen derivadas de los protocolos existentes, con un sistema de 3 ó 4 bolsas. Planteamos el cambio de protocolo existente con un sistema de únicamente 1 ó 2 bolsas, disminuyendo el número de bolsas por paciente

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Facilitamos la preparación en Farmacia
- Aumentamos la seguridad del paciente al disminuir la posibilidad de errores con menos bolsas a administrar
- Aumentamos la seguridad de la administración, evitando aerosolizaciones y derrames de los fármacos, que son biopeligrosos
- Disminuimos el tiempo de duración de la técnica de desensibilización
- Mantenemos la eficacia de la técnica de desensibilización

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Modificación de protocolo de desensibilización existente previamente a uno de 1 ó 2 bolsas según publicaciones actualizadas

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: Susana Monzón, Jose Luis Cubero, Lucia Ferrer

2. Preparación de diluciones y purgado de bolsas de forma individual por el Servicio de Farmacia

Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#895

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACION A QUIMIOTERAPICOS Y BIOLÓGICOS: OPTIMIZACION DE RESULTADOS Y AUMENTO DE LA SEGURIDAD

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Arancha Alcácer, Isabel Varela, M<sup>a</sup> José Agustín

3. Administración del tratamiento con los nuevos protocolos y control de pacientes y reacciones adversas a surgir

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Sara Molina, Esther Carbaño

**\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto**

Para la modificación del protocolo actual, nos hemos puesto en contacto con el Servicio de Farmacia, dado que la administración va a variar con respecto a la previa, precisando que las bolsas vengan ya purgadas de forma individual, con un sistema de adaptación para fármacos biopeligrosos, colocado en el extremo distal, que lo haga estanco e impida la aerosolización. De esta manera aumentaremos notablemente la seguridad en la administración y evitaremos el lavado entre las bolsas que teníamos que realizar previamente, disminuyendo además el tiempo total de la duración de la administración.

Todos los pacientes que precisen someterse a una desensibilización a quimioterápicos o biológicos por el Servicio de Alergia del Hospital Clínico Universitario, serán incluidos en un protocolo de 1 ó 2 bolsas, a criterio del Alergólogo evaluador del paciente.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. NUMERO DE DESENSIBILIZACIONES DE 2 BOLSAS REALIZADAS CON ÉXITO

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: NUMERO DE PACIENTES DE DESENSIBILIZACIÓN DE 2 BOLSAS REALIZADAS CON ÉXITO

Denominador .....: NUMERO DE PACIENTES DE DESENSIBILIZACIÓN DE 2 BOLSAS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HOJA EXCELL ELABORADA CON RECOGIDA DE DATOS DE TODAS LA DESENSIBILIZACIONES REALIZADAS

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. CREACIÓN DE UNA BASE DE RECOGIDA DE DATOS EN UNA HOJA EXCELL

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: FACULTATIVOS DE ALERGOLOGIA

Denominador .....: TODOS LOS PACIENTES QUE ENTREN EN PROGRAMA DE DESENSIBILIZACIÓN

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PROPIA

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

**\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación**

Se creará una base de datos en hoja excell, donde se recogerán los siguientes datos:

- Fecha
- Número de historia clínica del paciente
- Hospital de día en el que se realiza la técnica (Hospital Clínico o Miguel Servet)
- Fármaco a administrar en desensibilización
- Número de bolsas a administrar (1 ó 2)
- Velocidad final de administración (ml/h)
- Premedicación administrada
- Grado de reacciones presentadas
- Tratamiento precisado
- Éxito de la desensibilización

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> ENFERMEDADES ALERGOLÓGICAS

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#902

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA INMUNOTERAPIA ESPECIFICA ALERGOLOGICA: OPTIMIZACION DE ADMINISTRACION, MONITORIZACION Y SEGUIMIENTO

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#902 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOZANO ANDALUZ SOFIA VICTORIA

Título  
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA INMUNOTERAPIA ESPECIFICA ALERGOLOGICA: OPTIMIZACION DE ADMINISTRACION, MONITORIZACION Y SEGUIMIENTO

Colaboradores/as:  
AZNAR CESTER RAQUEL  
COLAS SANZ CARLOS  
DOMINGUEZ FUENTES MARIA ASUNCION  
FRAJ LAZARO JUAN  
GARRIDO MERINO MARIA DEL MAR  
LAPUENTE LINARES MARIA TERESA  
MONZON BALLARIN SUSANA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ALERGOLOGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El tratamiento de las enfermedades alérgicas incluye cuatro pilares básicos; la educación del paciente alérgico, las medidas de control ambiental, el tratamiento farmacológico y el tratamiento con inmunoterapia específica (ITE). La ITE consiste en " la administración repetida de una vacuna con alérgenos clínicamente relevantes a los que el sujeto es alérgico hasta alcanzar una dosis eficaz que controle los síntomas asociados a la exposición del alérgeno o los alérgenos causantes".

La administración de estas vacunas conlleva ciertos riesgos, pues se debe tener presente que durante el tratamiento se le administrará al paciente, por vía subcutánea, dosis del alérgeno que le provoca síntomas en su exposición natural. Por ello la fase de inicio se realiza siempre bajo control estricto del alergólogo y posteriormente, una vez alcanzada la dosis de mantenimiento y habiendo comprobado su buena tolerancia, el paciente es remitido al Centro de Atención Primaria para que sea administrada por el profesional de enfermería que le corresponda, dado que puede beneficiarse de una mejor accesibilidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se pretende mejorar en la no formación sobre la preparación, administración de ITE en los Centros de Salud y resolución de dudas que puedan surgir.

También se pretende fomentar la educación sanitaria para concienciar al paciente de la importancia del cumplimiento del tratamiento y de su buen cumplimiento.

#### ANALISIS DE CAUSAS

No formación en el manejo del tratamiento de inmunoterapia específica (ITE) por parte de los profesionales sanitarios.

Falta de información del paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Que el paciente pueda administrarse su dosis de ITE con la periodicidad establecida por su alergólogo, en su propio centro de Salud, evitando derivaciones y desplazamientos innecesarios, en condiciones óptimas de seguridad, con un seguimiento individualizado, una buena monitorización y educación sanitaria realizada sobre el mismo.

-Reducir las dudas de los profesionales de enfermería que puedan surgir y reducir el número de llamadas al servicio de Alergia del HCULB, así como las derivaciones de pacientes al mismo para consultas sobre Inmunoterapia.

-Concienciar al paciente de la importancia de la administración de ITE en cuanto al intervalo, necesidad de permanecer tras su administración en el Centro de Salud para controlar las posibles reacciones adversas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un documento siguiendo las directrices de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología clínica (SEAIC) con información detallada para los profesionales de enfermería.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Sofia Lozano, Susana Monzon, Raquel Aznar, Juan Fraj, Carlos Colas, Asuncion Dominguez

2. Elaboración de un documento para el paciente con información ya dada en la consulta pero que debe tener en cuenta para el buen cumplimiento de su tratamiento.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#902

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA INMUNOTERAPIA ESPECIFICA ALERGOLOGICA: OPTIMIZACION DE ADMINISTRACION, MONITORIZACION Y SEGUIMIENTO

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Sofia Lozano, Susana Monzon, Raquel Aznar, Juan Fraj, Mar Garrido, Mayte Lapuente

3. El documento elaborado será enviado a los Coordinadores de Atención Primaria (tanto enfermería como médicos) del Área II y III y colgado en la Intranet para poder consultarlo en cualquier momento.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2024

Responsable.: Sofia Lozano, Susana Monzon, Raquel Aznar, Juan Fraj, Mar Garrido, Mayte Lapuente

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Información detallada en el documento en relación a : descripción de las situaciones que puedan surgir en el transcurso del tiempo en las que se aconseja retrasar la administración o incluso contraindicarla relativamente, técnica de preparación y de administración, actitud a seguir en caso de presentarse reacciones adversas locales o sistémicas, consejos para el paciente una vez finalizada la administración.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cuestionario a los coordinadores de médicos Atención Primaria de las áreas II y III

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Coordinador médicos

Denominador ..... Total de facultativos de Atención Primaria de las áreas II y III

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem .. 1.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 1.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

2. Cuestionario a los coordinadores de enfermería de Atención Primaria de las áreas II y III

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Coordinador de enfermería

Denominador ..... Total de enfermeras de Atención Primaria de las áreas II y III

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem .. 1.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 1.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

3. Valoración de éxito de las derivaciones para administración de ITE en Atención Primaria

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Numero de pacientes que retornan a la Consulta de Alergias

Denominador ..... Numero de pacientes derivados para administracion ITE

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem .. 1.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 1.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#360

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION DE AUTOPSIAS ("CHECKLIST") E INCORPORACION EN EL LIS DEL LABORATORIO E INFORME CLÍNICO

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#360 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TORRECILLA IDOPE NEREA

Título  
ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION DE AUTOPSIAS ("CHECKLIST") E INCORPORACION EN EL LIS DEL LABORATORIO E INFORME CLÍNICO

Colaboradores/as:  
ABAS MARTIN FELIPE  
FRANCO RUBIO JOSE IGNACIO  
GARCIA FUERTES SONIA  
MEJIA URBAEZ ELAINE  
MUÑOZ GONZALEZ GUILLERMO  
SANCHEZ LAZCANO MARIA  
VILLASMIL CHAPARRO MARIA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ANATOMÍA PATOLÓGICA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una lista de verificación es una herramienta utilizada para organizar tareas y verificarlas fácilmente. Fueron diseñadas para reducir errores y garantizar la coherencia e integridad en el cumplimiento de procesos. La realidad vivida estos dos años anteriores (estado de pandemia) han hecho replantearse muchas formas de trabajo en el ámbito hospitalario, sobre todo lo relacionado con la seguridad individual y grupal. Cualquier autopsia puede conllevar riesgos y problemas de seguridad que pueden surgir en todas sus fases (preautopsia, autopsia y postautopsia), por ello se ha visto, que realizar una lista de verificación de autopsias es de utilidad para abordar tales problemas y ser una medida de seguridad. Estudios avalan la efectividad de estas listas para documentar la comunicación y llevar un registro, de los patólogos y personal implicado, del riesgo real o potencial de infecciones y accidentes en la realización y sala de autopsias clínicas. Además permite llevar un control del material fungible (gasas, bisturíes, costotomos...), el personal implicado, condiciones propias de la sala de proyección (nivel de bioseguridad, instalaciones, espacio...) como de las condiciones de la propia autopsia (nivel de riesgo biológico, tipo de autopsia, tiempo de realización, problemas surgidos...).

#### ÁREAS DE MEJORA

Tener conocimiento de los riesgos y accidentes en una autopsia clínica y así, poder prevenirlos.  
Tener conocimiento del actual acondicionamiento de la sala de autopsia y poder mejorarla.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No se tenía el adecuado registro de los accidentes ocurridos ni de los riesgos de cada una de las autopsias realizadas, dentro del propio servicio de Anatomía patológica. Igual que de la infraestructura de la sala de autopsias, para mejorar su funcionamiento y actualización de utensilios.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Realizar una lista de verificación de autopsias que permita llevar un control tanto de los recursos, materiales y humanos, utilizados en la realización de la autopsia y también que sirva como una herramienta para la seguridad individual y grupal, para riesgos tanto biológicos como físicos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de la hoja de verificación de autopsias fetales y de adulto.

Fecha inicio: 02/05/2022

Fecha final.: 09/05/2022

Responsable.: Nerea Torrecilla

2. Junto con la petición clínica de la autopsia se incluirá una copia de la hoja de verificación de autopsias por parte de la Secretaría de Anatomía Patológica

Fecha inicio: 02/05/2022

Fecha final.: 02/05/2023

Responsable.: FEA adjunto y MIR

3. La hoja se rellenará por los responsables de realizar la autopsia, en el caso de las autopsias fetales por el FEA adjunto y el MIR, en caso de las autopsias de adulto también el celador

Fecha inicio: 02/05/2022

Fecha final.: 02/05/2023

Responsable.: FEA adjunto y MIR

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#360

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION DE AUTOPSIAS ("CHECKLIST") E INCORPORACION EN EL LIS DEL LABORATORIO E INFORME CLÍNICO

4. Dicha hoja cumplimentada se entregará al finalizar la autopsia a Secretaría para que sea escaneada y adjuntada al informe anatomopatológico.

Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 02/05/2023  
Responsable.: Nerea Torrecilla

5. Al final se entregará la hoja física cumplimentada al responsable del proyecto (FEA Nerea Torrecilla) para archivarla como copia física.

Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 02/05/2023  
Responsable.: Nerea Torrecilla

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La hoja de verificación no se adjuntará a la historia clínica, ya que son datos/información internos del servicio de Anatomía Patológica. Será posible consultar si se requiriera.

El primer año se archivara hoja física en espera de evaluar el cumplimiento.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Evaluación del número de hojas de verificación cumplimentadas sobre el número de autopsias realizada

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de hojas de verificación archivadas

Denominador .....: Número de autopsias registradas

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Archivo de hojas de "Checklist" y registro en el servicio de anatomía patológica de las autopsias registradas

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Valorar los potenciales riesgos derivados de las autopsias

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de autopsias registradas en el "Checklist" con riesgo biológico de base (VIH, VHC, TBC...)

Denominador .....: Número total de autopsias registradas

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Archivo de hojas de "Checklist" y registro en el servicio de anatomía patológica de las autopsias registradas

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Comunicar los accidentes que se hayan registrado

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Accidentes registrados en el "Checklist"

Denominador .....: Número total de autopsias registradas

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Archivo de hojas de "Checklist" y registro en el servicio de anatomía patológica de las autopsias registradas

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. Prever las posibles carencias de material y equipamiento que se hayan detectado.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Autopsias no realizadas o retrasadas por falta o fallo del equipamiento o material de la sala de autopsias registradas en el "Cheklist"

Denominador .....: Número total de autopsias registradas

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Archivo de hojas de "Checklist" y registro en el servicio de anatomía patológica de las autopsias registradas

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#360

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA LISTA DE VERIFICACION DE AUTOPSIAS ("CHECKLIST") E INCORPORACION EN EL LIS DEL LABORATORIO E INFORME CLÍNICO

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Autopsias fetales y de adultos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#437

### 1. TÍTULO

#### CONTROL INFORMATICO DE LOS ALMACENES POR LABORATORIO. IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE ESTOCAJE EN LOS LABORATORIOS DE TINCCIONES E INMUNOHISTOQUÍMICA EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Fecha de entrada: 01/07/2022

Nº de registro: 2022#437 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAFUENTE MAINAR ANA BELEN

Título  
CONTROL INFORMATICO DE LOS ALMACENES POR LABORATORIO. IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE ESTOCAJE EN LOS LABORATORIOS DE TINCCIONES E INMUNOHISTOQUÍMICA EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Colaboradores/as:  
CHICO RODRIGUEZ MILAGROS  
FLORIA TRUC LIDIA  
MARTA CARLO BRUNO  
MARTINEZ MARTINEZ ALEJANDRO  
RAMIREZ GASCA MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ANATOMÍA PATOLÓGICA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Como en cualquier laboratorio o servicio hospitalario, es primordial tener controlados los productos utilizados para evitar quedarnos sin stock de alguno de ellos o bien tener que desecharlos por caducidad de los mismos. En un laboratorio es importante el control del estocaje dado el coste económico de los reactivos y que una vez caducados no se pueden usar clínicamente al estar demostrado que se empieza a perder resolución y fiabilidad de los resultados. Todo ello impacta con la eficiencia del uso de los recursos públicos y en la seguridad del paciente en cuanto a resultados en salud (en diagnóstico). En el trabajo del día a día, la presión asistencial es alta y es difícil mantener un exhaustivo control con el método utilizado actualmente, que consiste en la anotación de entradas de productos en un registro en papel y posteriormente de forma periódica, realizar un recuento para determinar de cuál de ellos es necesario realizar pedido. Estas anotaciones se realizan secuencialmente por orden de recepción del producto, pero no están agrupadas por tipo, lo que implica tener que invertir tiempo en controlar cantidades y caducidades. Para hacer más eficiente el control del stock y subsanar estas debilidades mediante la disminución de carga laboral y además minimización y optimización de gasto, nos proponemos crear un sistema de uso rápido y sencillo que se adapte a las particularidades de nuestro servicio y a cada una de las diferentes secciones que lo componen. Otro requisito que debe cumplir es que debe poder ser realizado sin coste económico alguno y que nos ayude a cumplir los estándares de calidad de la UNE-EN-ISO 15189, dado que estamos en un Servicio acreditado por esta norma. La opción que hemos pensado como más viable y que cumple todos estos requisitos, es utilizar el soporte informático del servicio creando un libro Excel ya que nos ofrece múltiples posibilidades.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disminución del tiempo y errores en el mantenimiento actualizado del stock de productos.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Método actual manuscrito en papel poco eficiente. Presión asistencial elevada que disminuye al mínimo el tiempo disponible para realizar la revisión de stock.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Crear un gestor de almacén propio para hacer más eficiente el control del stock y que como punto primordial, esté adaptado a nuestras particularidades y necesidades. Además, debe ser de uso rápido y sencillo, y cumplir los estándares de calidad de la UNE-EN-ISO 15189.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de un libro Excel genérico para el control de stock

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 31/01/2022

Responsable.: A. Belén Lafuente Mainar

2. Implementación del programa en la sección de tinciones

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 28/02/2022

Responsable.: A. Belén Lafuente Mainar

3. Implementación secuencial del programa en las secciones de citología, inmunohistoquímica.

Fecha inicio: 01/03/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#437

### 1. TÍTULO

#### CONTROL INFORMATICO DE LOS ALMACENES POR LABORATORIO. IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE ESTOCAJE EN LOS LABORATORIOS DE TINCIONES E INMUNOHISTOQUÍMICA EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Fecha final.: 01/07/2022

Responsable.: A. Belén Lafuente Mainar

4. Implementación del programa en la sección de macroscopía

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: A. Belén Lafuente Mainar

5. Realización de modificaciones para mejorar o solucionar problemas del programa

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: A. Belén Lafuente Mainar

6. Diseño de encuesta de satisfacción de los usuarios del programa

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: A. Belén Lafuente Mainar

7. Valoración del programa por los usuarios del mismo y revisión de incidencias de rotura de stock atribuibles al laboratorio

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: A. Belén Lafuente Mainar

8. Seguimiento del funcionamiento del programa y reevaluación del mismo

Fecha inicio: 02/01/2023

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: A. Belén Lafuente Mainar

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de usuarios que encuentran útil el programa

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Valoraciones positivas

Denominador .....: Encuestas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Formularios de encuestas

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de incidencias de rotura de stock por causas internas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de incidencias por rotura de stock atribuibles al laboratorio

Denominador .....: Total de incidencias por rotura de stock del laboratorio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: LIS del laboratorio

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Grado de implementación del programa

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de secciones que tienen implementado el programa de control de stock

Denominador .....: Total de secciones objetivo para implementar el programa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Sistema informático del laboratorio

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#437

### 1. TÍTULO

**CONTROL INFORMATICO DE LOS ALMACENES POR LABORATORIO. IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE ESTOCAJE EN LOS LABORATORIOS DE TINCCIONES E INMUNOHISTOQUÍMICA EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLOGICA**

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> No aplica

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#443

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE LA CIRUGÍA DE MOHS Y REORGANIZACION DE CARGAS DE TRABAJO EN LA SECCION DE REGISTRO E INTRAOPERATORIAS. IMPACTO SOBRE EL TRABAJO PROGRAMADO Y AJUSTE DE OTRAS TAREAS ASISTENCIALES

Fecha de entrada: 01/07/2022

Nº de registro: 2022#443 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA GARCIA MAR

Título  
PUESTA EN MARCHA DE LA CIRUGÍA DE MOHS Y REORGANIZACION DE CARGAS DE TRABAJO EN LA SECCION DE REGISTRO E INTRAOPERATORIAS. IMPACTO SOBRE EL TRABAJO PROGRAMADO Y AJUSTE DE OTRAS TAREAS ASISTENCIALES

Colaboradores/as:  
ARA MARTIN MARIANO VICENTE  
ARIAS MANGUILLOT ALICIA  
MACHIN ABADIA MARTA  
OLMEDO ARBIZU EMMA  
PASTOR ADIEGO MARIA  
RAMIREZ GASCA MARIA TERESA  
RIVERA FUERTES IGNACIO

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ANATOMÍA PATOLÓGICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El cáncer de piel es el tumor maligno más frecuente en los humanos, representando el carcinoma basocelular el 80% de todos los carcinomas cutáneos no melanoma, con incidencia en aumento. Si bien no se caracteriza generalmente por un curso clínico agresivo, si se ha definido el carcinoma basocelular de alto riesgo como aquel con alta probabilidad de recidiva después de la cirugía. Estos tumores son de largo tiempo de evolución, localizados en zona centrofacial o preauricular, con un diámetro superior a 2 cm, y con patrón histológico agresivo (morfeiforme, infiltrante, micronodular, metatípico o con infiltración perineural). También se incluyen en este grupo, los tumores tratados previamente (recidivas) o con historia previa de radioterapia.

Por otro lado, la cirugía micrográfica de Mohs se considera hoy en día el tratamiento de elección de determinados carcinomas basocelulares de alto riesgo. En este tipo de cirugía se analiza la totalidad de los márgenes quirúrgicos, lo que consigue una tasa de recurrencia muy inferior a la de la cirugía convencional. Se trata de una técnica quirúrgica aprobada en cartera de servicios en HCULB, y puesta en marcha desde 2021.

#### ÁREAS DE MEJORA

Desde la aprobación de la cirugía de Mohs en cartera de servicios del HCULB no se ha realizado un examen exhaustivo de cada uno de los pasos que comprenden la técnica. Así pues, en el momento del inicio del proyecto, las áreas de mejora pueden existir en todas las fases de la técnica.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Para el análisis de las causas de las áreas de mejora resulta imprescindible realizar un número de casos que supere la meseta de aprendizaje y consolidación de la técnica que permita tener resultados fiables para posibilitar los puntos de mejora

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Estudiar el impacto de la puesta en marcha de la técnica en el Servicio de Anatomía Patológica con valoración en especial de la reorganización de las cargas de trabajo en la sección de Registro e Intraoperatorias.
- Establecer el impacto sobre el trabajo programado sin incremento de personal y el ajuste resultante de otras tareas asistenciales en el servicio.
- Elaborar una hoja de identificación con dibujo (plantilla de mapeo) para marcaje y orientación de la pieza en el estudio intraoperatorio
- Analizar la viabilidad y eficiencia del circuito de trabajo planteado es viable, así como la ergonomía para el trabajador

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Formación de patólogos y dermatólogos externa para identificación de pautas a seguir, circuitos de trabajo y potenciales problemas a intentar eliminar durante el procedimiento.

Fecha inicio: 24/11/2020

Fecha final.: 24/11/2020

Responsable.: Mar García / Ignacio Rivera / Mariano Ara

2. - Adaptación del proceso aprendido en centro externo a los recursos del laboratorio.

Fecha inicio: 25/11/2020

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#443

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE LA CIRUGÍA DE MOHS Y REORGANIZACION DE CARGAS DE TRABAJO EN LA SECCION DE REGISTRO E INTRAOPERATORIAS. IMPACTO SOBRE EL TRABAJO PROGRAMADO Y AJUSTE DE OTRAS TAREAS ASISTENCIALES

Fecha final.: 24/02/2021

Responsable.: Mar Garcia / Ignacio Rivera / Mariano Ara

3. - Diseño del sistema de tallado intraoperatorio, decisiones compartidas entre servicios.

Fecha inicio: 25/11/2020

Fecha final.: 24/02/2021

Responsable.: Mar Garcia / Ignacio Rivera / Mariano Ara

4. - Entrenamiento práctico del proceso de microtomía, según protocolo (grosor del corte, número de cortes por porta y números de portas a realizar por pase).

Fecha inicio: 25/11/2020

Fecha final.: 24/02/2021

Responsable.: Mar Garcia / Emma Olmedo / Maria Pastor / Alicia Arias / Marta Machin / Teresa Ramirez

5. - Diseño de la plantilla para mapeo del acto quirúrgico, complementario al informe anatomopatológico.

Fecha inicio: 01/03/2021

Fecha final.: 01/03/2021

Responsable.: Mar Garcia

6. - Elaboración del informe diagnóstico anatómico-patológico intraoperatorio y definitivo según protocolos internacionales (Sociedad inglesa de Dermatología Quirúrgica).

Fecha inicio: 25/11/2020

Fecha final.: 25/11/2020

Responsable.: Mar Garcia

7. - Evaluación continua del circuito de trabajo implantado, evaluación del aprendizaje y revisión e implantación de puntos de mejora a considerar.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 02/01/2023

Responsable.: Mar Garcia / Teresa Ramirez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La evaluación continua del trabajo implantado, la evaluación del aprendizaje y revisión e implantación de puntos de mejora se realizará durante la longitud total del proyecto, cada 3 meses.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. - Nº de casos realizados por jornada laboral

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de casos

Denominador .....: Jornada laboral

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Patwin

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. - Tiempo medio de respuesta del diagnóstico intraoperatorio

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Tiempo medio de respuesta

Denominador .....: Estudio intraoperatorio

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Patwin

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. - Porcentaje de tiempo que dedica el técnico en el estudio por caso

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Tiempo que dedica el técnico

Denominador .....: Estudio intraoperatorio

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Patwin

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#443

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE LA CIRUGÍA DE MOHS Y REORGANIZACION DE CARGAS DE TRABAJO EN LA SECCION DE REGISTRO E INTRAOPERATORIAS. IMPACTO SOBRE EL TRABAJO PROGRAMADO Y AJUSTE DE OTRAS TAREAS ASISTENCIALES

4. - Porcentaje de tiempo que dedica el patólogo en el estudio por caso

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Tiempo que dedica el patólogo  
Denominador .....: Caso  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Patwin  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. - N° de intraoperatorias realizadas por paciente

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de intraoperatorias  
Denominador .....: Paciente  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Patwin  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. - Promedio de bloques realizados por pase

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Bloques realizados  
Denominador .....: Pase  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Patwin / Vantage  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. - Promedio de portas por pase

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de portas  
Denominador .....: Pase  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Patwin / Vantage  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

8. - N° casos con cambio de actitud terapéutica durante el acto quirúrgico/total de casos realizados

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° casos con cambio de actitud terapéutica durante el acto quirúrgico  
Denominador .....: Total de casos realizados  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Patwin  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#767

### 1. TÍTULO

#### SISTEMA ESTANDARIZADO DE MARCAJE DE PIEZAS QUIRURGICAS DE PATOLOGÍA MAMARIA

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#767 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MEJIA URBAEZ ELAINE

Título  
SISTEMA ESTANDARIZADO DE MARCAJE DE PIEZAS QUIRURGICAS DE PATOLOGÍA MAMARIA

Colaboradores/as:  
GASOS GARCIA MIGUEL  
CARDIEL GARCIA MARIA JOSE  
DEL AGUA ARIAS-CAMISON CELIA MARIA  
SOUSA DOMINGUEZ RAMON  
VAL-CARRERES RIVERA MARIA DEL PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ANATOMÍA PATOLÓGICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El comité de Tumores de mama del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, es el escenario principal desde donde se plantea y se constata que en la práctica clínica la variación de marcaje entre los cirujanos puede causar confusión y error de interpretación en el estudio anatomopatológico, al momento de valoración de las muestras. Exponemos la necesidad de incorporar un protocolo estandarizado de marcaje para la orientación espacial de las piezas quirúrgicas de patología mamaria, que indican su situación con respecto a la cavidad residual en la mama. Además, debido al creciente número de nuevas técnicas quirúrgicas oncológicas conservadoras, es fundamental la identificación precisa de los márgenes quirúrgicos, de cuya evaluación depende el éxito quirúrgico de la intervención. Consideramos que constituye una pieza clave para una evaluación más precisa y un muestreo óptimo del espécimen quirúrgico a analizar. Se propone entonces la realización de un marcaje común, estandarizado y sistemático para todas las piezas quirúrgicas de mama. Esta nueva implementación no supone coste adicional ni de personal ni de material y es de fácil acceso, ya que el material a emplear es subsanable con los recursos disponibles en el quirófano de forma habitual. Actualmente es fundamental la estandarización de los procesos para la obtención de diagnósticos de mayor calidad que, a su vez, influyen en las decisiones terapéuticas tomadas posteriormente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Con un método estandarizado de marcaje de las piezas se evitarán errores a la hora de interpretar la orientación de las mismas, lo que mejorará la exactitud diagnóstica y permitirá una correlación más clara al comunicarnos con las especialidades quirúrgicas. Además contaremos con la creación de registro de incidencias que nos ayudará a detectar los casos en donde no se cumplimentó adecuadamente la información requerida.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Se establece que la variación en el marcaje de las piezas quirúrgicas dificulta y en ocasiones crea confusión a la hora de realizar la evaluación y valoración de las mismas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Establecer un marcaje estandarizado para todas las piezas quirúrgicas de patología mamaria tumoral que se envían al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión con S. Cirugía y S. Anatomía Patológica pertenecientes a la Unidad de Cáncer de Mama para crear el protocolo de marcaje más adecuado según las necesidades de los servicios involucrados.

Fecha inicio: 06/07/2022  
Fecha final.: 08/09/2022  
Responsable.: Elaine Mejía / María José Cardiel/ Celia del Agua/Ismael Gil

2. Establecer junto a los cirujanos y patólogos de la unidad el protocolo a seguir.  
Fecha inicio: 12/09/2022  
Fecha final.: 16/09/2022  
Responsable.: Elaine Mejía / María José Cardiel/ Celia Del Agua/Ismael Gil/Ramón Sousa/Pilar Val-Carreres

3. Imprementar el nuevo protocolo de marcaje de piezas, así como resolver dudas del mismo.  
Fecha inicio: 19/09/2022  
Fecha final.: 23/09/2022  
Responsable.: Ramón Sousa/ Pilar Val-Carreres

4. Reunión para evaluar los indicadores estudiados.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#767

### 1. TÍTULO

#### SISTEMA ESTANDARIZADO DE MARCAJE DE PIEZAS QUIRURGICAS DE PATOLOGÍA MAMARIA

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 04/11/2022

Responsable.: Elaine Mejía

5. Reunión para establecer las acciones correctiva y de subsanación de la implementación del protocolo

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final.: 11/11/2022

Responsable.: Maria José Cardiel/ Ramón Sousa

6. Evaluación final de la puesta en marcha del protocolo y seguimiento del mismo.

Fecha inicio: 12/12/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: Elaine Mejía / Maria José Cardiel/ Celia Del Agua/Ismael Gil/Ramón Sousa/Pilar Val-Carreres

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de piezas con marcaje según protocolo establecido

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de piezas marcadas según protocolo

Denominador .....: Total de piezas de cirugía mamaria recibidas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Piezas quirúrgicas operadas en el HCULB

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de incidencias generadas por ausencia de marcaje o marcaje erróneo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de incidencias creadas en las piezas quirúrgicas recibidas

Denominador .....: Total de piezas cirugía mamaria recibidas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Piezas quirúrgicas operadas en el HCULB

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#294

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO ASPECTOS DE LA PREPARACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES DEL SETOR III: HOJA DE RECOMENDACIONES CON INFORMACION PERSONALIZADA

Fecha de entrada: 26/06/2022

Nº de registro: 2022#294 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MODREGO AZNAR FABIOLA

Título  
MEJORANDO ASPECTOS DE LA PREPARACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES DEL SETOR III: HOJA DE RECOMENDACIONES CON INFORMACION PERSONALIZADA

Colaboradores/as:  
CORTES FRANCO M. TRINIDAD  
GALLARDO GIMENO JULIA  
GARCIA AGUIRRE LUIS MIGUEL  
GARCIA ENGUITA AINHOA  
NAVARRO DURAN PILAR  
SOLER PUERTO ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB) de Zaragoza se interviene cada año entre 10.000 y 11.000 pacientes de cirugía mayor con ingreso o ambulatoria; se realiza una media de 250 operaciones semanalmente. Actualmente, en torno a un tres por ciento del total de procesos quirúrgicos programados se cancelan o sufren retrasos debido a problemas de comunicación. Ocurre que algunos pacientes ingresan para una intervención quirúrgica sin estar adecuadamente preparados (menos horas de ayuno, no siguen las indicaciones dadas por el Servicio de Anestesia con respecto a su medicación, no informan de incidencias que les impidan acudir en la fecha prevista de intervención...) esta realidad obliga a cambios de programación quirúrgica, llegando a retrasar o suspender intervenciones.

Oportunidad de mejora: Entregar una Hoja de Recomendaciones previas a la Cirugía a cada paciente que acude a la consulta de Anestesia para recibir el Apto en Lista de Espera de cada especialidad quirúrgica, con las indicaciones personalizadas previas a la preparación preoperatoria.

#### ÁREAS DE MEJORA

En las consultas de Anestesia del HCULB, no existía un documento escrito para entregar a los pacientes que van a ser intervenidos donde se puedan detallar de forma personalizada todas las indicaciones anestésicas previas a la cirugía.

Consultando Guías de Práctica Clínica, en concreto la referente a los Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal, encontramos que señala en las recomendaciones que: se deberá proporcionar información exhaustiva a los pacientes oral y "escrita" (1).

(1).- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016: 24. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Disponible en:

<https://portal.guiasalud.es/gpc/cuidados-perioperatorios-cirugia-mayor-abdominal/>

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Los profesionales del Servicio de Anestesia sabemos de la importancia de mejorar la información preoperatoria para la preparación de cada paciente, con indicaciones concretas y claras referidas a su salud y toma de fármacos.

Desde julio de 2019, en la consulta de Anestesia se ajusta la medicación de cada paciente de acuerdo a su situación clínica concreta y se entrega en mano, de forma escrita, la información que debe realizar los días previos a su intervención quirúrgica. La experiencia de otros Centros hospitalarios consolida nuestro proyecto de mejora ya que "El hecho de que el paciente conozca y comprenda bien las instrucciones preoperatorias y relacionadas con su salud y sus fármacos mejora la adherencia del paciente al proceso, mejora su preparación y disminuyen las cancelaciones o retrasos"(2).

(2).Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor del Hospital Universitario de Guadalajara. <http://www.lacerca.com/noticias/guadalajara/hospital-guadalajara-proyecto-mejorar-comunicacion-paciente-resultado-cirugia-467195-1.html>

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Que todos los pacientes reciban la hoja con las Recomendaciones preoperatorias completada de forma personal previas a la cirugía
2. Que no se retrasen intervenciones por mala preparación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#294

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO ASPECTOS DE LA PREPARACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES DEL SETOR III: HOJA DE RECOMENDACIONES CON INFORMACION PERSONALIZADA

3. Que no se suspenden intervenciones por mala preparación

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones quincenales de los anestesiólogos y enfermería para consensuar el folleto con indicaciones preoperatorias a entregar a los pacientes. Elaboración definitiva del folleto.

Fecha inicio: 13/01/2020

Fecha final.: 30/03/2020

Responsable.: Fabiola Modrego Aznar

2. Entrega del folleto elaborado a todos los pacientes que acuden a las Consultas de Anestesia.

Fecha inicio: 06/04/2020

Fecha final.: 30/11/2020

Responsable.: Fabiola Modrego Aznar

3. Memoria que refleje los resultados alcanzados del programa.

Fecha inicio: 01/12/2020

Fecha final.: 21/12/2020

Responsable.: Fabiola Modrego Aznar

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

A partir de abril de 2020 y hasta la actualidad, cada enfermera contratada para trabajar en la Consulta de Anestesia recibe la información necesaria para utilizar la Hoja

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de Hojas con las Recomendaciones previas a la cirugía entregadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes a los que se ha entregado el folleto con las indicaciones preoperatorias

Denominador .....: Nº total de pacientes que acuden a la Consulta de Anestesia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro del personal de enfermería de consultas de Anestesia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Nº de intervenciones suspendidas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº intervenciones suspendidas por mala preparación

Denominador .....: Nº total de intervenciones

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro Quirúrgico

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 9.00

3. Nº de intervenciones retrasadas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de intervenciones retrasadas por mala preparación

Denominador .....: Nº total de intervenciones

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro Quirúrgico

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 7.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes pendientes de intervención quirúrgica

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#294

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO ASPECTOS DE LA PREPARACION PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES DEL SETOR III: HOJA DE RECOMENDACIONES CON INFORMACION PERSONALIZADA

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#469

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA DE ANESTESIA PEDIATRICA DE ALTA RESOLUCION

Fecha de entrada: 05/07/2022

Nº de registro: 2022#469 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
RECLUSA POYO FERMIN JAVIER

Título  
CONSULTA DE ANESTESIA PEDIATRICA DE ALTA RESOLUCION

Colaboradores/as:  
FORNIES GIMENEZ BEATRIZ  
LANAU ARILLA MARIA PILAR  
MARTINEZ JUSTE JOSE FELIX  
PELLEJERO HINOJOSA SARA  
SORIA LOZANO MARIA DEL MAR  
ZUBERO IMAZ M. JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ANESTESIA Y REANIMACIÓN

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La consulta de anestesia pediátrica se ubica en las consultas de pediatría y está configurada de tal forma que tras la realización del preoperatorio el niño pasa a un doble circuito en el que es valorado primero por el servicio de pediatría y después por el anestesiólogo pediátrico. Esto genera una gran afectación del entorno laboral y

familiar tanto para el niño como su familia porque requiere disponer de un día para la realización de pruebas complementarias y otro para la doble consulta. Además, se produce una ineficiencia en la utilización de los recursos humanos y materiales. Estamos ocupando dos consultas del servicio de pediatría y necesitando la colaboración de un pediatra y de enfermería tanto de anestesia como de pediatría. La modificación de nuestra actividad de consulta será clave en la mejora de la calidad prestada por la Sección de Anestesia Pediátrica recientemente creada, mejorando la percepción de la calidad y satisfacción del usuario.

#### ÁREAS DE MEJORA

Rendimiento y optimización de la consultas de pediatría que en este momento esta utilizando dos espacios y cuatro profesionales para un solo acto médico

La atención específica para un paciente especial y su familia. Se deben reducir las visitas al hospital con el fin de mejorar la conciliación familiar (lactancia, escolarización, ansiedad) y laboral de los padres (permisos) con el fin de mejorar su grado de satisfacción

#### ANALISIS DE CAUSAS

Escaso habito en el manejo medico del paciente pediátrico que induce a la duplicidad de consultas.

Nos faltan indicadores de nuestra actividad en la sección y del grado de satisfaccion de nuestros pacientes y sus familias

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1.-Optimizar y mejorar la eficiencia global de la consulta de anestesia pediátrica, el tiempo dedicado a cada niño, el número de citaciones y evitar segundas visitas.
- 2.-Liberar definitivamente un espacio de consulta que el Servicio de Pediatría puede utilizar con otros fines.
- 3.-Liberar un facultativo de pediatría. Dispondremos de enfermería de anestesia para poder aumentar el numero de consultas de adultos.
- 4.-Minimizar el impacto laboral y familiar que supone las visitas reiteradas del niño y su familia al hospital.
- 5.- Mejorar la percepción y el grado de satisfacción del usuario como parte de la mejora de calidad. Encuesta de satisfacción
- 6.- Lograr nuestros objetivos sin costes adicionales.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Propuesta del "todo en un día". En la misma mañana la realización del preoperatorio y visita al anestesiologo sin resultados. De forma no presencial se dara el apto y posible fecha quirúrgica

Fecha inicio: 01/10/2020

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Fermin J Reclusa Poyo

2. Se comunicarán las nuevas directrices de la consulta verbalmente y por escrito a los responsables de todos los servicios que cuentan en sus carteras de servicios la atención al paciente pediátrico.

Fecha inicio: 01/10/2020

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Beatriz Fornies Gimenez

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#469

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA DE ANESTESIA PEDIATRICA DE ALTA RESOLUCION

3. Recogeremos todos los datos obtenidos y los incluiremos en una tabla excel para la posterior evaluación y seguimiento de los indicadores de calidad que hemos definido.

Fecha inicio: 01/10/2020

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Sara Pellejero Hinojosa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de consultas atendidas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número consultas

Denominador .....: 1 año

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 120.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 240.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 200.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 300.00

2. Productividad consulta externa

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Total consultas otorgadas

Denominador .....: Total de horas médico

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agenda HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

3. Porcentaje de realización preoperatorio el día de la consulta

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Preoperatorio en el día

Denominador .....: Total de consultas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agenda HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. Porcentaje de conocimiento fecha procedimiento el mismo día.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Conocimiento fecha día de la consulta

Denominador .....: Total de consultas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agenda HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

5. Porcentaje de obtención objetivo total ("todo en un día")

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Propuesta "todo en un día"

Denominador .....: Total de consultas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agenda HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

6. Porcentaje consultas subsecuentes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Segundas consultas

Denominador .....: Total de consultas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Agenda HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#469

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA DE ANESTESIA PEDIATRICA DE ALTA RESOLUCION

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

7. No  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: No  
Denominador .....: No  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: No  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Cirugía en la edad pediátrica.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#514

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTE DE CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN ENFERMEDAD VENOSA CRONICA

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#514 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTIN HERRERO EVA MARIA

Título  
IMPLANTE DE CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN ENFERMEDAD VENOSA CRONICA

Colaboradores/as:  
BUISAN BARDAJI JOSE MANUEL  
INARAJA PEREZ GABRIEL CRISTIAN  
RALLO ROMERO MIREIA  
SANCHO GRACIA NOEMI IVANA  
VELEZ LOMANA ABEL

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ANGIOLOGIA Y CIRUGÍA VASCULAR

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se observa un importante aumento de demandas de primeras visitas en Consultas Externas de Angiología y Cirugía Vascul ar. Muchas de ellas corresponden a patología venosa, con escasa repercusión clínica. El protocolo habitual en estos casos es, tras la valoración realizada en primera consulta, su remisión a Laboratorio Vascul ar (sito en la planta de hospitalización), para la realización de estudios hemodinámicos. El paciente requiere una nueva valoración en Consultas Externas con los resultados obtenidos. La conclusión de este proceso es excluir, en un alto porcentaje, un diagnóstico de patología vascular significativa dando lugar al alta del paciente. Para conseguir optimizar el tiempo de consulta de estos pacientes y mejorar la calidad asistencial, resulta importante el desarrollo de consultas de alta resolución.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la eficiencia del acto médico y de la mejora de la satisfacción del paciente.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Aumento de demandas de primeras visitas en Consultas Externas de Angiología y Cirugía Vascul ar

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Implementación de un programa de consultas de alta resolución para mejorar la eficiencia del acto médico y de la mejora de la satisfacción del paciente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de consultas de alta resolución para aquellas patologías con escasa repercusión clínica, evitando demoras en el diagnóstico del paciente y revisiones innecesarias

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 16/03/2023

Responsable.: Dr. Jose Manuel Buisán Bardaji

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Índice Sucesivas/primeras en enfermedad venosa crónica

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº consultas sucesivas de enfermedad venosa crónica

Denominador .....: Nº consultas primeras de enfermedad venosa crónica

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Agenda citas

Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.54

2. Reducción de lista de espera de pruebas de laboratorio vascular por enfermedad venosa crónica

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº Pacientes en lista de espera del Laboratorio Vascul ar por enfermedad venosa crónica

Denominador .....: Nº Pacientes total remitidos a Laboratorio Vascul ar

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#514

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTE DE CONSULTA DE ALTA RESOLUCION EN ENFERMEDAD VENOSA CRONICA

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Agenda citaciones  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

3. N° de FEA de ACV que realizan consulta de alta resolución en enfermedad venosa crónica  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de FEA de ACV que realizan consulta  
Denominador .....: N° Total de FEA de ACV que realizan consultas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Agenda HPHISS y programa de turnos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#553

### 1. TÍTULO

#### CUANTIFICACION DE TIROGLOBULINA EN LAVADO DE AGUJA FINA DEL ASPIRADO DE LESIONES CERVICALES EN PACIENTES CON CANCER DIFERENCIADO DE TIROIDES

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#553 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FABRE ESTREMER MARTA

Título  
CUANTIFICACION DE TIROGLOBULINA EN LAVADO DE AGUJA FINA DEL ASPIRADO DE LESIONES CERVICALES EN PACIENTES CON CANCER DIFERENCIADO DE TIROIDES

Colaboradores/as:  
AGUILLO GUTIERREZ ESPERANZA  
ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE  
ANDRES OTERO MARIA JESUS  
BASTARDO VALERO MERCEDES  
GUIROLA ORTIZ JOSE ANDRES  
GUTIERREZ SAMPER ANA PILAR  
MARTINEZ LOSTAO LUIS

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: BIOQUÍMICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Aproximadamente entre el 10-20% de los pacientes con cáncer diferenciado de tiroides presenta una persistencia/recurrencia locorregional de la enfermedad, generalmente, en los ganglios linfáticos cervicales. Aunque el conjunto de concentración de tiroglobulina (Tg) sérica elevada, características ecográficas sospechosas y estudio citológico mediante punción aspirativa con aguja fina (PAAF) habitualmente confirman la afección ganglionar, un 20% de los estudios no son diagnósticos o bien presentan falsos negativos. Su efectividad se ve afectada por la correcta obtención de la muestra, la presencia de un patrón citológico indeterminado o la interferencia de los anticuerpos antitiroglobulina (AcTg) en la determinación de Tg sérica.

En los últimos años se ha descrito la determinación de tiroglobulina en el líquido de lavado de la aguja de citología (Tg-PAAF), sin que resulte afectada por los AcTg plasmáticos, dando resultados de sensibilidad y especificidad cercanos al 100%.

#### ÁREAS DE MEJORA

Paciente son características sospechosas y estudio citológico indeterminado

#### ANALISIS DE CAUSAS

Complejidad obtención muestra correcta

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo del proyecto de mejora es la implantación y evaluación de la cuantificación de tiroglobulina en el lavado de la aguja de citología (Tg-PAAF) en pacientes con adenopatías o nódulos cervicales sospechosos de recidiva o persistencia de carcinoma diferenciado de tiroides.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Cuantificación de tiroglobulina en el lavado de la aguja de citología (Tg-PAAF)

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: MARTA FABRE ESTREMER

2. Evaluación de la cuantificación de tiroglobulina en el lavado de la aguja de citología (Tg-PAAF)

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: MARTA FABRE ESTREMER

3. Comparación de citología-PAAF y tiroglobulina-PAAF

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: MARTA FABRE ESTREMER

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#553

### 1. TÍTULO

#### CUANTIFICACION DE TIROGLOBULINA EN LAVADO DE AGUJA FINA DEL ASPIRADO DE LESIONES CERVICALES EN PACIENTES CON CANCER DIFERENCIADO DE TIROIDES

1. N° muestras TG-PAAF cuantificadas / N° muestras TG-PAAF extraídas

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° muestras TG-PAAF cuantificadas  
Denominador .....: N° muestras TG-PAAF extraídas  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Modulab y HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. N° muestras TG-PAAF positiva / N° muestras TG-PAAF extraídas

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° muestras TG-PAAF positiva  
Denominador .....: N° muestras TG-PAAF extraídas  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Modulab y HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. N° muestras TG-PAAF negativa / N° muestras TG-PAAF extraídas

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° muestras TG-PAAF negativa  
Denominador .....: N° muestras TG-PAAF extraídas  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Modulab y HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. N ° citología-PAAF positiva /N° muestras TG-PAAF extraídas

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N ° citología-PAAF positiva  
Denominador .....: N° muestras TG-PAAF extraídas  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Modulab y HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. N ° citología-PAAF negativa /N° muestras TG-PAAF extraídas

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N ° citología-PAAF negativa  
Denominador .....: N° muestras TG-PAAF extraídas  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Modulab y HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

6. N ° citología-PAAF material insuficiente bethesda I /

N° muestras TG-PAAF positiva  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N ° citología-PAAF material insuficiente bethesda I  
Denominador .....: N° muestras TG-PAAF positiva  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Modulab y HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#553

### 1. TÍTULO

#### CUANTIFICACION DE TIROGLOBULINA EN LAVADO DE AGUJA FINA DEL ASPIRADO DE LESIONES CERVICALES EN PACIENTES CON CANCER DIFERENCIADO DE TIROIDES

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#603

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE LA INSEMINACION CON SEMEN DE DONANTE

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#603 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BARRA PARDOS MARIA VICTORIA

Título  
PUESTA EN MARCHA DE LA INSEMINACION CON SEMEN DE DONANTE

Colaboradores/as:  
ARROYO ALGARATE MARIA DE LOS ANGELES  
DIAZ VEGA MIGUEL  
LARA NAVARRO EMMA MARIA  
LOU MERCADE ANA CRISTINA  
ORNAT CLEMENTE LIA  
PALACIOS FIGUER JULIA  
PUENTE LANZAROTE JUAN-JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: BIOQUÍMICA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA \*OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La esterilidad e infertilidad suponen una situación carencial que no compromete la integridad física del individuo ni supone un riesgo vital, sin embargo, dado que la mayoría de los adultos contemplan como objetivo vital el tener hijos, esta carencia puede incidir negativamente en el desarrollo de la persona, produciendo frustración y desmoralización. Por ello suponen un problema de salud pública de trascendencia.

En los últimos años se ha registrado un incremento en la utilización de técnicas de reproducción asistida y de Inseminación Artificial con semen de Donante (IAD) en particular. Este aumento se debe, en general, a la edad de concepción cada vez más tardía, y en el caso de la IAD también a un aumento de la demanda por parte de mujeres sin pareja masculina.

Según el Registro Nacional de actividad - Registro SEF publicado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social, en el año 2017 se realizaron en Aragón 255 ciclos de IAD. Aproximadamente un 10 % fueron pacientes de nuestro sector derivadas a otros centros que sí disponían de este servicio, con la incomodidad que ello conlleva tanto para la propia paciente como para el seguimiento clínico del proceso.

#### ÁREAS DE MEJORA

La incorporación de esta prestación permite realizar todo el proceso en nuestro centro, disminuyendo así la ansiedad de la futura gestante y facilitando el seguimiento de la posible gestación.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El Servicio de Bioquímica de nuestro centro dispone de un laboratorio autorizado para la capacitación espermática en el que se realiza el tratamiento de las muestras destinadas a Inseminaciones Artificiales Conyugales, llevadas a cabo en el Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hasta la fecha no estaban incluidas las Inseminaciones con semen de Donante (IAD), lo que obliga a derivar a las pacientes candidatas a otros centros.

El aumento de la demanda de este tipo de procedimiento, detectado por el Servicio de Obstetricia y Ginecología, ha impulsado el desarrollo de este proyecto

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Implementación de la IAD en los Servicios de Obstetricia y Ginecología y Bioquímica Clínica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, para evitar el desplazamiento y lista de espera de nuestro actual hospital de referencia (Hospital Universitario Miguel Servet)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Revisión bibliográfica

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Todas

#### 2. Elaboración de un protocolo que incluya: adquisición de muestra en un banco de semen, transporte y conservación, y técnica de tratamiento de la muestra por parte del laboratorio.

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 30/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#603

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE LA INSEMINACION CON SEMEN DE DONANTE

Responsable.: Todas

3. Formación: Adquisición de las habilidades técnicas y los recursos materiales necesarios para implantar esta actividad

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Todas

4. Incorporación de la IAD en la cartera de servicios

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Todas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Numero de IAD realizadas/ año

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de IAD realizadas

Denominador .....: Año 2023

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro SEF de Preservación de la Fertilidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

2. Recuento de espermatozoides móviles (REM) en semen descongelado.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de muestras con REM>5 spz/ml

Denominador .....: Número total de muestras tratadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro sistema informático laboratorio.

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Tasa de fecundación tras IAD

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de embarazos confirmados bioquímicamente (beta HCG +)

Denominador .....: Número de ciclos realizados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro SEF de Preservación de la Fertilidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

4. Profesionales formados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de FEAs formados

Denominador .....: Número de FEAs totales en la plantilla (bioquímica)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Fichas de cualificación, Sistema de Gestión de la Calidad para el Laboratorio Clínico

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

5. Porcentaje de IAD

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Numero de IAD realizadas

Denominador .....: Número total de Inseminaciones artificiales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro sistema informático laboratorio.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#603

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE LA INSEMINACION CON SEMEN DE DONANTE

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#372

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO DE IMPLANTES

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#372 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
REBULLIDA VELA MIREYA

Título  
CREACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO DE IMPLANTES

Colaboradores/as:  
BUISAN HIGUERAS MARIA TERESA  
GOMEZ NAVARRO MARIA DE LA ASUNCION  
LAMPEREZ BUENO MARTA  
LOPEZ ARANEGA BEGOÑA  
SEBASTIAN QUILEZ SUSANA  
SORO USAN JOSE MIGUEL  
UTRILLA IBUARBEN MARTA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los registros de enfermería son un testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución. La frecuentación quirúrgica se ha incrementado en España de manera importante durante las dos últimas décadas, con el consiguiente impacto sobre los recursos necesarios. Estos cambios en la demanda y en la aparición de nuevas técnicas quirúrgicas, además de la ampliación del catálogo de casas comerciales, han provocado un aumento de la dificultad a la hora de registrar los implantes utilizados, sobre todo entre el personal no habituado a ello y/o de nueva incorporación.

Este hecho, en ocasiones ha producido errores en los pedidos de implantes que han repercutido en la asistencia al paciente con incidencias debido a retrasos, colocación de material subóptimo o cancelaciones de la intervención. Además, en el caso de los procesos de osteosíntesis no figuraba en la historia clínica del paciente el material implantado.

#### ÁREAS DE MEJORA

Retrasos y/o cancelación de las intervenciones  
Colocación de material subóptimo  
Cumplimiento con la ley...  
Facilidad de registro de implantes para personal nuevo o no habituado a ello

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Multitud de casas comerciales y técnicas quirúrgicas  
El material a implantar no está estéril o no ha llegado  
Desconocimiento por parte del personal asistencial de qué lleva implantado el paciente  
No existe un registro en la historia clínica del material que se ha implantado

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Crear una nueva hoja de registro de implantes en la que figure de forma clara y sencilla los tornillos y placas empleados en la osteosíntesis realizada a cada paciente.  
-Facilitar la labor de las enfermeras circulantes familiarizadas o no con los implantes.  
- Asegurar la correcta trazabilidad de los implantes.  
- Mejorarla atención a los pacientes con la disponibilidad de los implantes adecuados a cada caso.  
- Cumplir con la normativa y derechos del paciente en relación a la historia clínica.  
- Desarrollar el nuevo modelo en la historia clínica electrónica.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. • Asignar número de encuestas a cada miembro del proyecto  
Fecha inicio: 15/07/2022  
Fecha final.: 30/07/2022  
Responsable.: Mireya Rebullida

2. • Elaborar un listado de los instrumentales de las diferentes casas comerciales  
Fecha inicio: 15/07/2022  
Fecha final.: 30/07/2022  
Responsable.: Mireya Rebullida

3. • Diseño de una serie de plantillas que resulte lo más gráfica y concisa posible incluyendo las referencias e imágenes de las placas y tornillos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#372

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO DE IMPLANTES

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Todos los miembros del equipo

4. • Realizar una encuesta entre todas las enfermeras quirúrgicas sobre su opinión acerca de la accesibilidad de la actual hoja de registro de implantes para evaluar la situación de partida

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Todos los miembros del equipo

5. • Reunión con la Comisión de Historias Clínicas

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 30/07/2022

Responsable.: Mireya Rebullida y Marta Lamperez

6. • Reunión con todo el personal quirúrgico para informar del nuevo modelo y considerar sugerencias y cambios

Fecha inicio: 07/10/2022

Fecha final.: 07/10/2022

Responsable.: Todos los miembros del equipo

7. • Creación de la carpeta con los modelos en el ordenador común, colocación del archivador con las plantillas y puesta en marcha del proyecto

Fecha inicio: 14/10/2022

Fecha final.:

Responsable.: Mireya Rebullida

8. • Evaluación del nuevo modelo

Fecha inicio: 15/01/2023

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Todos los miembros del equipo.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

• Sesión con todo el personal quirúrgico para considerar sugerencias y cambios. 3 de febrero de 2023. Todos los componentes del equipo.

• Reunión con el servicio de informática para incluir el modelo en la Historia Clínica Electrónica. 6-28 de febrero. Marta Lampérez y Mireya Rebullida.

• Inclusión del modelo en la historia clínica electrónica. 1 de marzo-30 de septiembre de 2023. Mireya Rebullida.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Disminución de errores en la petición de materiales

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de incidencias detectadas

Denominador .....: Nº de intervenciones semanales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de incidencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.70

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.80

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.95

2. Realización de encuesta de satisfacción con la hoja de implantes

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de encuestas realizadas

Denominador .....: Nº de personas totales del bloque quirúrgico

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Nº de encuestas realizadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.70

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.80

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Evaluación de encuesta de satisfacción con la hoja de implantes

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Puntuación obtenida

Denominador .....: Puntuación total

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.60

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.90

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#372

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN NUEVO MODELO DE REGISTRO DE IMPLANTES

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. Presencia de hojas de implantes  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de hojas de implantes en HC  
Denominador .....: N° de pacientes intervenidos/semana  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro pacientes intervenidos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.10  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.50  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.70  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.95

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#492

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA RESPECTO A LA FORMACION PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PRODUCTOS PARA LA CEMENTACION OSEA, DIAGNOSTICO DE INFECCIONES Y MANEJO DE ESPACIOS MUERTOS

Fecha de entrada: 06/07/2022

Nº de registro: 2022#492 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAMPEREZ BUENO MARTA

Título  
PROYECTO DE MEJORA RESPECTO A LA FORMACION PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PRODUCTOS PARA LA CEMENTACION OSEA, DIAGNOSTICO DE INFECCIONES Y MANEJO DE ESPACIOS MUERTOS

Colaboradores/as:  
BUISAN HIGUERAS MARIA TERESA  
GOMEZ NAVARRO MARIA DE LA ASUNCION  
LOPEZ ARANEGA BEGOÑA  
REBULLIDA VELA MIREYA  
ROJO SAINZ RICARDO  
SEBASTIAN QUILEZ SUSANA  
SORO USAN JOSE MIGUEL

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los avances en las técnicas de cirugía ortopédica y traumatológica, llevan consigo adheridos el uso de recursos coadyuvantes, que proporcionan a las intervenciones quirúrgicas mayor precisión en técnicas diagnósticas de infección intraoperatorias, mayor seguridad en los tiempos de cementación de componentes ortopédicos, perfecta cobertura ante déficit osteo - tendinoso, combinado en ocasiones esta última, con el uso de antibióticos" in situ" disminuyendo por lo tanto, el riesgo de infección postoperatoria.  
Enfermería, es la responsable de la correcta preparación y/o manejo de dichos recursos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Realización en ocasiones de las técnicas de aplicación práctica de dichos recursos por parte de personal no entrenado en su manejo, ocasionando situaciones en las que no se efectúan de forma ágil o correcta, aumentando el tiempo quirúrgico y los riesgos intra y postoperatorios de los pacientes.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La rotación del personal de quirófano y/o el hecho de que por necesidades del servicio ocupen los quirófanos donde se realizan las anteriores técnicas personal no entrenado en su realización.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Informar y formar a todo el personal susceptible de ocupar los quirófanos de traumatología y ortopedia.
- Confeccionar un soporte audiovisual que sirva de guía antes, e incluso en el mismo momento de tener que llevar a cabo los anteriores procedimientos.
- Aumentar nuestra eficiencia a la hora de realizar dichas técnicas adyuvantes en las intervenciones quirúrgicas donde se pueden poner en práctica, hecho que favorecerá sin duda la seguridad clínica de nuestros pacientes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Formación equipo de trabajo

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Marta Lampérez Bueno

#### 2. Grabación de las técnicas descritas en el momento de realización por parte de los miembros del equipo y reuniones para el diseño de los video montajes

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Todos los miembros del equipo

#### 3. Elaboración y montaje de los videos

Fecha inicio: 01/01/2023  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: Marta Lampérez Bueno

#### 4. Cargarlos en los ordenadores de los quirófanos donde se realizan los procedimientos, facilitando su accesibilidad

Fecha inicio: 01/02/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#492

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA RESPECTO A LA FORMACION PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PRODUCTOS PARA LA CEMENTACION OSEA, DIAGNOSTICO DE INFECCIONES Y MANEJO DE ESPACIOS MUERTOS

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Marta Lampérez Bueno

5. Confección de una encuesta de conocimiento de las técnicas antes de la puesta en marcha de los videos

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Marta Lampérez Bueno y Mireya Rebullida Vela

6. Puesta en marcha de los video montajes, anotando incidencias y visualizaciones

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 01/11/2023

Responsable.: Todos los miembros del equipo

7. Confección de una encuesta de utilidad al finalizar el plazo del proyecto de mejora

Fecha inicio: 02/11/2023

Fecha final.: 01/12/2023

Responsable.: Marta Lampérez Bueno y M<sup>a</sup> De La Asunción Gómez Navarro

8. Analizar resultados y revisar el proyecto

Fecha inicio: 04/12/2023

Fecha final.: 15/12/2023

Responsable.: Todos los miembros del equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Profesionales que se forman viendo los vídeo montajes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales que trabajan en quirófanos de trauma y ortopedia que ven los videos

Denominador .....: Total profesionales que trabajan en el bloque quirúrgico

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plantillas de personal

Est.Mín.1ª Mem ..: 12.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. Disminución de errores en la realización de las técnicas adyuvantes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de incidencias detectadas en la realización de las técnicas

Denominador .....: Número total de intervenciones quirúrgicas de recambios de prótesis de cadera en este tiempo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de incidencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#525

### 1. TÍTULO

#### EMPLEO DE CODIGOS QR COMO HERRAMIENTA DE AYUDA PARA UNA CORRECTA PREPARACION Y COLOCACION DEL PACIENTE EN LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS URGENTES MAS FRECUENTES EN CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGICA

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#525 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RASAL BALLESTE MARIA

Título  
EMPLEO DE CODIGOS QR COMO HERRAMIENTA DE AYUDA PARA UNA CORRECTA PREPARACION Y COLOCACION DEL PACIENTE EN LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS URGENTES MAS FRECUENTES EN CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGICA

Colaboradores/as:  
AGÜERAS CRISTOBAL ANA  
CALVO TAPIES JORGE RAFAEL  
CRIADO ARANA DEBORA  
GONZALEZ GARCIA MARIA HORTENSIA  
JIMENEZ MARTIN MACARENA  
JULVEZ GARCIA TERESA DE JESUS

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Con este proyecto tratamos de explicar las posiciones del paciente en las intervenciones quirúrgicas más frecuentes de Cirugía Ortopédica y Traumatología (C.O.T), así como detallar paso a paso el montaje de los medios necesarios para ello, garantizando la seguridad del paciente y optimizando el desarrollo de la cirugía desde el punto de vista anestésico y traumatológico.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Aumentar la formación y facilitar con esta herramienta propuesta el montaje y preparación de los medios necesarios para garantizar una adecuada posición quirúrgica del paciente aumentando así su seguridad.
2. Se ven involucrados muchos profesionales y falta formación, debido a la realización de intervenciones quirúrgicas de urgencia tan diversas.

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. Como consecuencia del elevado número de intervenciones quirúrgicas que se realizan de urgencia en nuestro medio, de las diversas especialidades quirúrgicas y, en concreto, de C.O.T., hemos detectado en la práctica clínica habitual problemas derivados de la falta de conocimientos en cuanto al montaje y preparación de los medios necesarios para garantizar una adecuada posición quirúrgica del paciente.
2. Esto es debido en parte a la gran variabilidad de procedimientos entre las distintas especialidades quirúrgicas e incluso dentro de la misma. En estas funciones están involucrados un gran número de profesionales (celadores, auxiliares, enfermeras, facultativos...) cuya formación consideramos indispensable para garantizar dicho proceso.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal: Garantizar la seguridad del paciente mediante una correcta colocación y posición del paciente quirúrgico.

#### Objetivos específicos:

1. Proporcionar a los celadores mediante ilustraciones y explicaciones esquemáticas la información necesaria para el correcto montaje de las mesas y accesorios quirúrgicos precisos para las intervenciones de traumatología.
2. Reducir los tiempos periooperatorios formando a los profesionales, sobre los materiales necesarios para la correcta posición quirúrgica.
3. Aumentar la seguridad del paciente y evitar eventos adversos relacionados con la preparación y colocación del paciente, en las intervenciones quirúrgicas urgentes.
4. Ayudar a auxiliares y enfermeros a preparar los accesorios precisos; así como almohadas, soportes laterales, protectores y saber montarlos y adaptarlos a las mesas quirúrgicas de manera correcta.
5. Proporcionar a la enfermera quirúrgica ayuda a la hora de colocar las mesas y el material quirúrgico describiendo la colocación final del paciente.
6. Verificar con el equipo quirúrgico el material y dispositivos necesarios para la intervención.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Fotografías y videos del montaje: Clavos intramedular femoral y tibial. Intervenciones extremidad superior distal y proximal. Fx tobillo. Artroscopia hombro y rodilla. Rotura de tendón Aquiles.

Fecha inicio: 18/08/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: María Rasal Balleste y Jorge Rafael Calvo Tapies

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#525

### 1. TÍTULO

#### EMPLEO DE CODIGOS QR COMO HERRAMIENTA DE AYUDA PARA UNA CORRECTA PREPARACION Y COLOCACION DEL PACIENTE EN LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS URGENTES MAS FRECUENTES EN CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGICA

2. Elaboración de fichas con explicaciones aclaratorias de las fotos y videos realizados, enumerando los accesorios y materiales necesarios y las compatibilidades de estos con otra mesas quirúrgicas.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Macarena Jiménez Martín

3. Elaboración de códigos QR asociándolos a las fichas en PDF electrónico.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Débora Criado Arana

4. Colocación de los códigos QR en los quirófanos 7, 8, almacén de instrumental de trauma y en la sala de estar del personal. Difusión de la existencia de estos al personal.

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: María Hortensia González García

5. Se realizarán dos sesiones: turno de mañana y tarde para dar a conocer la existencia de estas herramientas, así como comunicación con el servicio de anestesia, traumatología y celadores quirúrgicos.

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Teresa Júlvez García y Ana Agüeras Cristóbal

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Elaboración de fichas en PDF electrónico de las diferentes intervenciones de traumatología realizadas con mayor frecuencia en las urgencias, aclarando la posición quirúrgica del paciente y el correcto montaje de la mesas y accesorios necesarios. Todo esto a través de explicaciones esquematizadas y de fácil comprensión, describiendo el paso a paso con imágenes del montaje y las compatibilidades entre las distintas mesas y accesorios de los diferentes quirófanos. Todos ellos accesibles mediante códigos QR que se colocarán en los quirófanos 7, 8 (quirófanos específicos de esta especialidad), almacén de instrumental de traumatología y en la sala de estar del personal.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de celadores del servicio que han recibido la formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de celadores que reciben la formación

Denominador .....: Número total de celadores

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Programa informático GPT

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. Formación de auxiliares sobre el material necesario para cada intervención

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de auxiliares formadas

Denominador .....: Número total de auxiliares

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Programa informático GPT

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de enfermeras que reciben la formación sobre la colocación final del paciente

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de enfermeras que reciben la formación

Denominador .....: Número total de enfermeras en el bloque quirúrgico

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Programa informático GPT

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Reducción del tiempo quirúrgico al colocar bien al paciente

Tipo de indicador: impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#525

### 1. TÍTULO

#### EMPLEO DE CODIGOS QR COMO HERRAMIENTA DE AYUDA PARA UNA CORRECTA PREPARACION Y COLOCACION DEL PACIENTE EN LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS URGENTES MAS FRECUENTES EN CIRUGÍA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGICA

Numerador .....: Número de intervenciones en las que el paciente es colocado en 20 minutos  
Denominador .....: Número total de intervenciones  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Libro de registro de quirófano  
Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Disminución de las caídas quirúrgicas de la mesa durante la intervención  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes con registro de caídas  
Denominador .....: Número total de pacientes intervenidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Programa informático de incidencias del bloque quirúrgico  
Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. Verificación de los equipos y material necesario para la intervención con el equipo quirúrgico  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número total de procedimientos que se verifica el equipo y material necesario  
Denominador .....: Número total de intervenciones realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de verificación Checklist  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#556

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UNAS LAMINAS DE PICTOGRAMAS EN EL BLOQUE QUIRURGICO PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON PACIENTES NO HISPANOHABLANTES

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#556 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GRASA PEQUERUL ELENA

Título  
IMPLEMENTACION DE UNAS LAMINAS DE PICTOGRAMAS EN EL BLOQUE QUIRURGICO PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON PACIENTES NO HISPANOHABLANTES

Colaboradores/as:  
CARCAS MULLOR ESTHER BEATRIZ  
EZPELETA BADENAS ROCIO  
MORENO PEREZ MARTA  
RODRIGUEZ PUEYO MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La entrada en el bloque quirúrgico constituye un momento estresante tanto para el paciente como para el personal que los atiende. Esta situación se ve agravada si existe una dificultad de comunicación debida a barreras lingüísticas entre usuario y personal sanitario. España es un país receptor de inmigración que ha generado que pasemos a ser una sociedad multilingüe y multicultural sin tener suficientes infraestructuras y conocimientos que permitan atender a los usuarios con una buena calidad asistencial. Según los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística de 2021 se registra una cifra de 162.048 inmigrantes en nuestra comunidad autónoma ese año, pudiendo afirmar que Aragón acoge a un número elevado de inmigrantes. Si desglosamos esa cifra en diferentes nacionalidades de inmigrantes, se ve una procedencia mayoritaria desde Rumanía, Marruecos y China. Dada esta situación, no es extraño encontrar en quirófano pacientes no hispanohablantes. Para llevar a cabo la seguridad clínica y la disminución de errores en nuestro servicio es fundamental realizar una serie de comprobaciones a través del listado de verificación quirúrgica (check list). El listado de verificación quirúrgica de la OMS se creó dentro del programa titulado "La cirugía segura salva vidas" con el objetivo de mejorar internacionalmente la seguridad de los procesos quirúrgicos. En el listado se incluyen: identificación del paciente, posibles alergias, ayuno, presencia de implantes u objetos personales/metálicos etcétera. Se está intentando implementar de manera correcta en todo el equipo quirúrgico no pudiéndose llevar a cabo de una manera eficaz en pacientes que no entienden el castellano.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la comunicación en el bloque quirúrgico con los pacientes no hispanohablantes a través del uso de pictogramas para poder realizar correctamente el "check list". Con ella conseguimos una mejora de la seguridad clínica del paciente.

#### ANALISIS DE CAUSAS

España ha pasado a ser una sociedad multilingüe y muchos de los pacientes que acceden al bloque quirúrgico no hablan castellano. Esto supone un impedimento en la comunicación paciente-profesional.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Crear láminas que faciliten la comunicación entre profesionales y pacientes no hispanohablantes a través de pictogramas y frases sencillas en inglés, rumano, árabe y chino. / Aumentar la seguridad del paciente. / Proporcionar la información mínima necesaria, manteniendo una comunicación efectiva. / Disminuir los posibles errores cometidos por los profesionales debido a una comunicación deficiente. / Facilitar la recogida de datos del paciente. / Disminuir la ansiedad del paciente. / Mejorar la calidad asistencial.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de grupo de trabajo.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 15/05/2022

Responsable.: Elena Grasa. Rocio Ezpeleta. Marta Moreno . Maria Rodriguez . Esther Carcas

2. Análisis de necesidades.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 15/05/2022

Responsable.: Elena Grasa. Rocio Ezpeleta. Marta Moreno . Maria Rodriguez . Esther Carcas

3. Distribución de tareas a los miembros del grupo.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 15/06/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#556

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UNAS LAMINAS DE PICTOGRAMAS EN EL BLOQUE QUIRURGICO PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON PACIENTES NO HISPANOHABLANTES

Responsable.: Elena Grasa. Rocio Ezpeleta. Marta Moreno . Maria Rodriguez . Esther Carcas

4. Consulta número de inmigrantes de Aragón de 2021 en el Instituto Nacional de Estadística

Fecha inicio: 16/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Elena Grasa. Rocio Ezpeleta. Marta Moreno . Maria Rodriguez . Esther Carcas

5. Elección de idiomas en los que se realizan las láminas basándonos en los datos obtenidos del INE y añadiendo el inglés por ser el idioma universal.

Fecha inicio: 16/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Elena Grasa. Rocio Ezpeleta. Marta Moreno . Maria Rodriguez . Esther Carcas

6. Realización de unas láminas de pictogramas y frases en diferentes idiomas.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Elena Grasa. Rocio Ezpeleta. Marta Moreno . Maria Rodriguez . Esther Carcas

7. Cuantificación de los pacientes no hispanohablantes intervenidos durante abril, mayo y junio.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Elena Grasa. Rocio Ezpeleta. Marta Moreno . Maria Rodriguez . Esther Carcas

8. Impresión de las láminas y publicación en la intranet del hospital.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: Elena Grasa. Rocio Ezpeleta. Marta Moreno . Maria Rodriguez . Esther Carcas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Traducción de las fichas en los diferentes idiomas con la ayuda de personas nativas. Desde el 1/07/2022 al

15/09/2022.

Realización de dos sesiones formativas al personal del bloque quirúrgico para poner en conocimiento la existencia de estas tarjetas. Desde el 1/01/2023 al 15/01/2023.

Realización de encuestas de satisfacción del uso de las láminas a los profesionales del bloque quirúrgico. Desde 1/02/2023 al 28/02/2023

Evaluación, análisis y revisión del plan. La primera evaluación se realizará en Julio del 2023, la segunda en Diciembre del 2023 y la tercera en Mayo-Junio de 2023.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. 2% pacientes no hispanohablantes intervenidos en abril, mayo y junio de 2022

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Total de pacientes no hispanohablantes intervenidos en abril, mayo y junio de 2022

Denominador .....: Total de pacientes intervenidos en abril, mayo y junio de 2022

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro quirúrgico diario

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

2. 85% de personal quirúrgico va a hacer uso de las láminas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Total del personal quirúrgico que va a hacer uso de las láminas

Denominador .....: Total del personal quirúrgico

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Número de sesiones formativas realizadas en el bloque quirúrgico

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: .

Denominador .....: .

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Sesiones de formación

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#556

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UNAS LAMINAS DE PICTOGRAMAS EN EL BLOQUE QUIRURGICO PARA MEJORAR LA COMUNICACION CON PACIENTES NO HISPANOHABLANTES

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

4. Seguimiento del uso de las láminas a los 3, 6, y 12 meses de implantación en el servicio  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: .  
Denominador .....: .  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Control del seguimiento  
Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 3.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Personal del bloque quirúrgico. Prevención de cometer errores en la atención de pacientes.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#574

### 1. TÍTULO

#### USO DE LA MEDICINA GRAFICA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD AL PACIENTE QUIRURGICO Y SUS FAMILIARES

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#574 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MURILLO SALVADOR RAQUEL

Título  
USO DE LA MEDICINA GRAFICA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD AL PACIENTE QUIRURGICO Y SUS FAMILIARES

Colaboradores/as:  
GARCIA AGUIRRE LUIS MIGUEL  
GOMEZ OLIVERA NOELIA  
HOJAS GASCON GUILLERMO  
PALACIOS GASOS PILAR  
PORTERO PORTERO SILVIA  
SANZ SANMIGUEL MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: BLOQUE QUIRURGICO

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Medicina Gráfica es el "uso del cómic o novela gráfica, la ilustración y la infografía como herramienta de comunicación sanitaria".

En este proyecto se quiere demostrar que la ansiedad del paciente ante una intervención quirúrgica está presente y, a través del uso de la infografía, puede ser reducida.

Si al paciente le ofrecemos una información clara, concisa, sin tecnicismos, que además esté complementada con imágenes o gráficos, le ayudará a comprender mejor el proceso, lo que indirectamente le tranquilizará disminuyendo así su ansiedad y miedo a lo desconocido percibiendo una mayor satisfacción.

La bibliografía consultada describe la existencia de ansiedad en numerosos pacientes ante una cirugía y la relación de la misma con dificultades en el momento de la inducción anestésica o un peor control del dolor en el postoperatorio inmediato entre otros aspectos, además de una mayor estancia hospitalaria, con más riesgo de infección nosocomial, lo que conlleva un mayor gasto sanitario.

Es por ello que presentamos este proyecto para mejorar la calidad en los cuidados y atención del paciente quirúrgico y familiares de este hospital.

#### ÁREAS DE MEJORA

La ansiedad del paciente ante una intervención quirúrgica.  
La satisfacción del paciente.  
La seguridad del paciente.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de información del paciente y familiares sobre el proceso quirúrgico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Demostrar la utilidad de la infografía como herramienta comunicativa para reducir la ansiedad en el paciente quirúrgico y sus familiares.
- Implantar dicha infografía en los servicios quirúrgicos del H.C.U. "Lozano Blesa".
- Facilitar la información y comunicación del personal sanitario con el paciente quirúrgico y sus familiares.
- Mejorar la satisfacción y seguridad del paciente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1-Reuniones informativas y explicativas al personal de la planta de Cirugía y servicio de Anestesia.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Raquel Murillo Salvador y Noelia Gómez Olivera

2. 2-Análisis de la situación actual midiendo la ansiedad. Entrega de una escala autoadministrada a los pacientes que van a ser intervenidos de colecistectomía laparoscópica a su ingreso en la planta.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Maria Carmen Sanz Sanmiguel, Silvia Portero Portero y Pilar Palacios Gasos.

3. 3-Realización de una infografía informativa y educativa del proceso quirúrgico.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#574

### 1. TÍTULO

#### USO DE LA MEDICINA GRAFICA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD AL PACIENTE QUIRURGICO Y SUS FAMILIARES

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Raquel Murillo Salvador

4. 4-Difusión de la infografía en la consulta preoperatoria de Anestesia (C.C.E.E de Anestesiología y Reanimación)

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Guillermo Hojas Gascón y Luis García Aguirre

5. 5-Análisis y medición de la ansiedad de los pacientes que van a ser intervenidos de colecistectomía laparoscópica tras haber entregado la infografía.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Maria Carmen Sanz Sanmiguel, Silvia Portero Portero y Pilar Palacios Gasos.

6. 6-Medición del nivel de satisfacción de los pacientes que se les ha entregado la infografía.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Noelia Gómez Olivera

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La infografía será usada como herramienta gráfica y visual, para comunicarnos con el paciente quirúrgico y sus familiares, para informarles y educarles acerca de las diferentes etapas del proceso quirúrgico (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio), complementando la información recibida en la consulta de Anestesia y Cirugía, así tendrán un tiempo hasta su ingreso para poder leerla y visualizarla con tranquilidad en su domicilio y tener la oportunidad de aclarar dudas.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Entrega de infografía.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica que se les entrega la infografía

Denominador .....: Nº total de pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hojas quirúrgicas.

Listados de consultas de anestesia.

Listados de ingresos en planta de cirugía.

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Nivel de ansiedad preoperatoria.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica con nivel de ansiedad bajo

Denominador .....: Nº total de pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Escala de medición de ansiedad entregada a los pacientes.

Listados de ingreso en la planta de cirugía general.

Hojas quirúrgicas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Nivel de satisfacción tras la entrega de infografía.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica satisfechos tras la entrega de la infografía.

Denominador .....: Nº total de pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción.

Listados de ingreso en la planta de cirugía general.

Hojas quirúrgicas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 35.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#574

### 1. TÍTULO

#### USO DE LA MEDICINA GRAFICA PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD AL PACIENTE QUIRURGICO Y SUS FAMILIARES

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#296

### 1. TÍTULO

#### INICIO DE UN PROGRAMA DE IMPLANTE DE MARCAPASOS CON ESTIMULACION FISIOLÓGICA DE RAMA IZQUIERDA DEL HAZ DE HIS

Fecha de entrada: 26/06/2022

Nº de registro: 2022#296 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
RAMOS MAQUEDA JAVIER

Título  
INICIO DE UN PROGRAMA DE IMPLANTE DE MARCAPASOS CON ESTIMULACION FISIOLÓGICA DE RAMA IZQUIERDA DEL HAZ DE HIS

Colaboradores/as:  
CABRERA RAMOS MERCEDES  
MELERO POLO JORGE  
MONTILLA PADILLA ISABEL  
RUIZ ARROYO JOSE RAMON

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La estimulación convencional desde el ventrículo derecho ha sido durante décadas la técnica de elección para el tratamiento con marcapasos de las bradiarritmias (disfunción sinusal o bloqueo auriculoventricular. Sin embargo pese a sus evidentes beneficios, genera una evidente sincronía interventricular. Desde el estudio MOAST en el 2003, sabemos que cuanto mayor sea el porcentaje de estimulación ventricular derecha, mayor es el riesgo de insuficiencia cardiaca y de disfunción ventricular izquierda, incrementando así la mortalidad cardiaca y por todas las causas.

En 2015, se publicaron los primeros estudios que demostraron que estimular el sistema de conducción cardiaco desde el haz de His, podía evitar esa asincronía interventricular y reducir por tanto el riesgo de insuficiencia cardiaca, de disfunción ventricular y de mortalidad por todas las causas. Sin embargo la estimulación Hisiana no está exenta de inconvenientes, como una tasa de dislocación del electrodo hasta del 10%, lo que obliga a poner otro electrodo en ventrículo derecho en pacientes dependientes de estimulación por marcapasos, con generadores tricamerales (pensados para resincronización y no como terapia antibradicardia); además la técnica es compleja e implica tiempos más largos de procedimiento así como tasas de éxito reducidas del 72-95%. Todos estos factores han limitado su extensión.

En 2019 se publican los primeros estudios de estimulación de rama izquierda que ha demostrado recientemente en 2022 solucionar los problemas asociados a la estimulación Hisiana preservando de la misma forma así la sincronía del ventrículo izquierdo y reduciendo el riesgo de insuficiencia cardiaca, difundió ventricular izquierda y mortalidad por todas las causas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Reducir en pacientes con implante de marcapasos el riesgo de insuficiencia cardiaca, disfunción ventricular izquierda y mortalidad por todas las causas mediante el implante de un marcapasos con estimulación fisiológica de la rama izquierda del haz de his.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La estimulación convencional aumenta en pacientes con implante de marcapasos convencional en ventrículo derecho el riesgo de insuficiencia cardiaca, disfunción ventricular izquierda y mortalidad por todas las causas. La estimulación fisiológica puede reducir todos estos efectos deletéreos y mejorar la supervivencia en pacientes con implantes de marcapasos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Con este proyecto se persigue consolidar un programa de estimulación fisiológica en el que la mayoría de nuestros pacientes con indicación de implante de un marcapasos se beneficie de una estimulación fisiológica de rama izquierda, disminuyendo así los riesgos previamente comentados de la estimulación convencional de ventrículo derecho y disminuyendo por tanto la mortalidad en estos pacientes. Los pacientes generalmente son remitidos desde las consultas ambulatorias de cardiología general, la consulta de la Unidad de Arritmias así como de la planta de hospitalización de Cardiología.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Implantación del programa de estimulación fisiológica con el material previamente utilizado para estimulación convencional

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Javier Ramos Maqueda

2. Difusión entre los pacientes de los beneficios que implica esta nueva forma de estimulación cardiaca.

Fecha inicio: 01/06/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#296

### 1. TÍTULO

#### INICIO DE UN PROGRAMA DE IMPLANTE DE MARCAPASOS CON ESTIMULACION FISIOLÓGICA DE RAMA IZQUIERDA DEL HAZ DE HIS

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Javier Ramos Maqueda

3. Implante de marcapasos con estimulación fisiológica de rama izquierda

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Javier Ramos Maqueda

4. Desarrollo de proyectos de investigación y publicaciones en relación a la estimulación fisiológica, siendo uno de los centros pioneros a nivel nacional.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 01/01/2024

Responsable.: Javier Ramos Maqueda

5. Formación de los facultativos del servicio de cardiología en los beneficios de una estimulación cardiaca de rama izquierda.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Javier Ramos Maqueda

6. Incluir a estos pacientes en un programa de monitorización domiciliaria remota con todos los beneficios que ello implica.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 01/01/2024

Responsable.: Javier Ramos Maqueda

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de pacientes con estimulación de rama izquierda respecto al total de implantes de marcapasos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes con estimulación de rama izquierda

Denominador .....: Total de pacientes con implante de marcapasos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de la Unidad de Arritmias

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Nº de pacientes con éxito en el implante de estimulación de rama izquierda respecto al total en los

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes con estimulación de rama izquierda exitosa

Denominador .....: Total de pacientes con intento estimulación de rama izquierda

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de la Unidad de Arritmias

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Nº de complicaciones en pacientes con estimulación de rama izquierda respecto al resto de implantes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Complicaciones en pacientes con estimulación de rama izquierda exitosa

Denominador .....: Complicaciones en pacientes con estimulación convencional de ventriculo derecho

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de la Unidad de Arritmias

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

4. Tiempo de implante de marcapasos con estimulación fisiológica respecto al resto de implantes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Tiempo de implante de marcapasos con estimulación fisiológica

Denominador .....: Tiempo de implante de marcapasos con estimulación convencional de ventriculo derecho

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#296

### 1. TÍTULO

#### INICIO DE UN PROGRAMA DE IMPLANTE DE MARCAPASOS CON ESTIMULACION FISIOLÓGICA DE RAMA IZQUIERDA DEL HAZ DE HIS

Fuentes de datos.: Base de datos de la Unidad de Arritmias

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

5. Tiempo de fluoroscopia de marcapasos con estimulación fisiológica respecto al resto de implantes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Tiempo de fluoroscopia de marcapasos con estimulación fisiológica

Denominador .....: Tiempo de fluoroscopia de marcapasos con estimulación convencional de ventriculo derecho

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de la Unidad de Arritmias

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1111

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DE LA ANGINA MICROVASCULAR Y VASOESPASTICA MEDIANTE CATETERISMO CARDÍACO

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1111 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ GUERRERO AINHOA

Título  
VALORACION DE LA ANGINA MICROVASCULAR Y VASOESPASTICA MEDIANTE CATETERISMO CARDÍACO

Colaboradores/as:  
ALONSO TELLO ALBERT  
LINARES VICENTE JOSE ANTONIO  
LUKIC OTANOVIC ANTONELA  
PAESA GARZA MARIA CRUZ  
RUIZ ARROYO JOSE RAMON  
SIMO SANCHEZ FRANCISCO BORJA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Entre un 30% y un 70% de los pacientes sometidos a angiografía coronaria por angina de pecho no presenta lesiones angiográficas o sólo muestra estenosis moderadas sin capacidad de limitar el flujo coronario. Dicha situación clínica se conoce como INOCA. La variabilidad en la prevalencia es atribuible a las distintas poblaciones de referencia y umbrales de sospecha para la indicación de angiografía coronaria diagnóstica. En el infarto de miocardio la prevalencia de arterias sin lesiones significativas es del 5-15% y el cuadro clínico se conoce como MINOCA. Con la siguiente propuesta de proyecto de mejora se implementan las recomendaciones de las últimas guías de práctica clínica y los artículos más recientemente publicados sobre la Disfunción Coronaria Microvascular (DCM) y el Espasmo Coronario Epicárdico (ECE), con el objetivo de iniciar e implementar el estudio diagnóstico y el manejo terapéutico de la DCM y el ECE en nuestro medio, completando, de esta forma, el "abanico" diagnóstico de estos pacientes.

La DCM y el ECE aislados, combinados entre sí y/o con enfermedad coronaria aterosclerótica, son mecanismos conocidos de isquemia miocárdica. Se estima que uno o ambos se hallan presentes entre un tercio y la mitad de los pacientes con INOCA o MINOCA. Pocas veces son diagnosticados de forma correcta y no suelen recibir tratamiento o lo hacen de forma inadecuada. Como resultado los pacientes continúan manifestando angina recurrente con deterioro de su calidad de vida tanto física por lo síntomas limitantes como psicológica por la falta de un diagnóstico, sufren hospitalizaciones repetidas, angiografías coronarias innecesarias, iatrogenia y eventos cardiovasculares adversos tanto a corto como a largo plazo.

En las guías de la Sociedad Europea de Cardiología de 2019 para el diagnóstico y tratamiento de los Síndromes Coronarios Crónicos el estudio mediante cateterismo cardiaco y guía funcional intracoronaria tiene un nivel de evidencia IIa B en pacientes con INOCA y síntomas persistentes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Diagnóstico y tratamiento de los pacientes sometidos a cateterismo cardiaco por angina sin obstrucción en las coronarias epicárdicas.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Aunque estas pruebas se conocen y emplean desde hace décadas, su uso en en nuestro medio aún es baja. Este hecho se debe fundamentalmente a una escasa sospecha de isquemia miocárdica resultante de trastornos microvasculares o vasomotores que ha motivado una baja demanda de dichas pruebas. Además, la ausencia de estandarización de las pruebas, la falta de formación, y el uso de acetilcolina fuera de las indicaciones de la ficha técnica y las dudas sobre su seguridad tampoco han favorecido su implementación generalizada en la práctica clínica diaria. Recientemente se han publicado documentos de consenso de la sociedad española y europea de cardiología intervencionista que exponen de manera práctica las indicaciones, la preparación, la realización y la interpretación de dichas pruebas y es en lo que nos basamos para la elaboración del expuesto proyecto de mejora.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Actuar como documento de consenso en la realización de test de disfunción coronaria microvascular, adecuándolo a las recomendaciones actuales de la Sociedad Europea de Cardiología.
- Lograr uniformidad en la realización de esta técnica entre el personal de la Unidad de Hemodinámica y cardiología intervencionista.
- Establecer un algoritmo diagnóstico-terapéutico y de seguimiento de los pacientes con isquemia sin evidencia de lesiones coronarias obstructivas.
- Optimizar del uso de los recursos disponibles, asegurando la correcta indicación y previniendo las posibles complicaciones.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1111

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DE LA ANGINA MICROVASCULAR Y VASOESPASTICA MEDIANTE CATETERISMO CARDÍACO

1. Revisión bibliográfica

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Dra. Lukic

2. Elaboración de un protocolo diagnóstico-terapéutico de la disfunción coronaria microvascular

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Dra. Pérez Guerrero

3. Elaboración de protocolo del test de acetilcolina para vasoespasm coronario.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Dr. Simo

4. Protocolarización con el servicio de farmacia el uso de acetilcolina

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Enfemera Cruz Paesa y Dra. Pérez Guerrero

5. Informar con sesiones clínicas al resto de profesionales del servicio.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dres. Alonso, Linares

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Mejoría síntomas (dolor torácico)a los 6 meses

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes con test positivo para MCD/ECE con mejoría de síntomas

Denominador .....: Todos los pacientes con test positivo para MCD/ECE

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: An EAPCI Expert Consensus

Document on Ischaemia with Non-Obstructive Coronary Arteries in Collaboration with European Society of Cardiology Working Group

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Complicaciones Mayores

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Complicaciones mayores durante test de CMD/ECE

Denominador .....: todos los test de CMD/ECE

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: An EAPCI Expert Consensus

Document on Ischaemia with Non-Obstructive Coronary Arteries in Collaboration with European Society of Cardiology Working Group

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.50

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Complicaciones Mayores

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Complicaciones mayores durante test de CMD/ECE

Denominador .....: todos los test de CMD/ECE

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: An EAPCI Expert Consensus

Document on Ischaemia with Non-Obstructive Coronary Arteries in Collaboration with European Society of Cardiology Working Group

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1111

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DE LA ANGINA MICROVASCULAR Y VASOESPASTICA MEDIANTE CATETERISMO CARDÍACO

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.50  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. Tratamiento al alta para MCD  
(Disfunción microvascular) tras test positivo  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Pacientes con test positivo para MCD con tratamiento al alta concordante con resultados  
Denominador .....: Pacientes con test positivo para MCD  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: An EAPCI Expert Consensus  
Document on Ischaemia with Non-Obstructive Coronary Arteries in Collaboration with European Society of Cardiology Working Group  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Tratamiento al alta para ECE  
(Espasmo coronario epicárdico) tras test positivo  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Pacientes con test positivo para ECE con tratamiento al alta concordante con resultados  
Denominador .....: Pacientes con test positivo para ECE  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: An EAPCI Expert Consensus  
Document on Ischaemia with Non-Obstructive Coronary Arteries in Collaboration with European Society of Cardiology Working Group  
Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1119

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE CARDIOLOGÍA

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1119 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MURLANCH DOSSET ELENA

Título  
ACTUALIZACION DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE CARDIOLOGÍA

Colaboradores/as:  
BRICEÑO REVILLO JORGE MIGUEL  
CABRERA RAMOS MERCEDES  
LACAMBRA BLASCO ISAAC

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el ámbito de la salud, según la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, toda actuación necesita el consentimiento libre y voluntario del paciente una vez que, recibida toda información, haya valorado las opciones propias del caso. Por regla general, el consentimiento será verbal debiendo prestarse por escrito en los siguientes casos: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. El Servicio de Cardiología del HCULB realiza varias pruebas diagnósticas o intervenciones terapéuticas que requieren de un consentimiento informado escrito como son la práctica de un cateterismo cardíaco o un estudio electrofisiológico, el implante de dispositivos, la realización de una prueba de esfuerzo o de un ecocardiograma transesofágico, etc.

Varios de los documentos de consentimiento informado de nuestro Servicio precisan de una revisión y actualización para cumplir con los requisitos legales vigentes en cuanto a su contenido y en cuanto a su adaptación a los avances diagnósticos y terapéuticos de la Cardiología actual. 21 de los 22 documentos disponibles en Intranet precisan de una actualización ya que la última revisión de los mismos se llevó a cabo hace varios años. Por otra parte, las últimas pruebas diagnósticas o intervenciones que se han incorporado en el servicio no disponen de su consentimiento informado correspondiente, por lo que resulta necesaria la creación de los mismos. Estos procedimientos serían los siguientes: estudio electrofisiológico diagnóstico, ablación de fibrilación auricular, cierre de comunicación interauricular, implante de DAI subcutáneo, implante de holter subcutáneo y ecocardiograma de ejercicio.

Se trata de documentos empleados en práctica clínica diaria con gran importancia jurídica y legal por lo que es necesario garantizar su calidad lo que refuerza la realización del presente proyecto.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Actualización de los consentimientos informados actuales del servicio de cardiología para cumplir los requisitos legales vigentes en cuanto a su contenido y a su adaptación a los avances diagnósticos y terapéuticos de la Cardiología actual
- Creación de nuevos consentimientos informados de pruebas diagnósticas o intervenciones que se han incorporado recientemente en el servicio

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Los consentimientos informados actuales precisan una actualización pues la última revisión de los mismos se llevó a cabo hace varios años.
- Las pruebas diagnósticas e intervenciones que se han incorporado recientemente al servicio requieren de un consentimiento informado específico y actualizado.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal de este proyecto es revisar y actualizar los documentos de consentimiento informado del Servicio de Cardiología a los requisitos legales/normativa vigente en nuestra Comunidad Autónoma y mejorar la calidad de éstos modificándolos según las recomendaciones de las Sociedades Científicas, el avance tecnológico y la evidencia científica.

Los objetivos secundarios son permitir la disponibilidad on-line de los consentimientos actualizados del Servicio de Cardiología y elaborar los consentimientos para las pruebas complementarias que actualmente no tienen consentimiento específico por ser ampliación de cartera de servicio.

Se abordarán todos los documentos de consentimiento informado que se utilizan en nuestro Servicio y que no hayan tenido una actualización en los últimos 2 años. Los consentimientos informados actualizados estarán disponibles para los profesionales remitentes en la Intranet del Hospital.

El proyecto se dirige a los pacientes que vayan a ser sometidos a las pruebas correspondientes y a los



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1119

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE CARDIOLOGÍA

profesionales sanitarios que vayan a solicitar dichas pruebas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Formación de grupos de trabajo con representantes de las distintas secciones (hemodinámica, arritmias, imagen cardíaca) que se encargarán de sus consentimientos informados correspondientes

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/07/2022

Responsable.: Antonela Lukic

2. - Revisión de la bibliografía en cuanto a los requisitos que precisa cumplir un consentimiento para ser válido (bases de datos PubMed y Cochran, SEC-calidad, Rev. Calidad Asistencial).

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final: 15/08/2022

Responsable.: Isaac Lacambra Blasco

3. - Revisión de los documentos ya existentes en el servicio (21 de los 22 documentos precisan de una actualización).

Fecha inicio: 15/08/2022

Fecha final: 15/09/2022

Responsable.: Elena Murlanch Dosset

4. - Creación de documentos no presentes: estudio electrofisiológico, ablación de fibrilación auricular, cierre de CIA, implante de DAI subcutáneo, implante de Holter insertable y eco-ejercicio.

Fecha inicio: 15/08/2022

Fecha final: 15/09/2022

Responsable.: Mercedes Cabrera Ramos

5. - Elaboración de los todos los documentos actualizados definitivos.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final: 15/10/2022

Responsable.: Elena Murlanch Dosset

6. - Presentación de los documentos a la Unidad de Calidad de este hospital quienes valorarán su aprobación y ajustarán el formato de estos según los estándares locales del centro.

Fecha inicio: 15/10/2022

Fecha final: 15/11/2022

Responsable.: Jorge Briceño Revillo

7. - Difusión de los documentos actualizados en Intranet del Hospital

Fecha inicio: 15/11/2022

Fecha final: 30/11/2022

Responsable.: Julián Mozota Duarte

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de documentos revisados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de documentos de consentimiento informado revisados

Denominador .....: Número de documentos de consentimiento informado existentes en nuestro servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: - Intranet

- Revista de Calidad Asistencial

- SEC-calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de documentos corregidos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de documentos con incumplimiento de criterios de calidad corregidos y actualizados

Denominador .....: Número de documentos revisados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: - Revista de Calidad Asistencial: debe figurar el nombre del centro sanitario, debe aparecer un espacio para la revocación del consentimiento, etc.

- SEC-calidad

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1119

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE CARDIOLOGÍA

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Porcentaje de documentos creados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de documentos creados no presentes previamente

Denominador .....: Número de pruebas complementarias o intervenciones que no disponían de consentimiento informado específico

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: - Revista de Calidad Asistencial

- Guías de Práctica Clínica de Cardiología

- SEC-calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 4. Porcentaje de documentos en Intranet

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de documentos disponibles en Intranet

Denominador .....: Número total de documentos en vigor en el servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: - Intranet

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 5. Porcentaje de documentos de procedimientos de alto riesgo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de documentos de procedimientos de alto riesgo con consentimiento actualizado

Denominador .....: Número de procedimientos de alto riesgo realizados en el servicio de Cardiología

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: - Revista de Calidad Asistencial

- Guías de Práctica Clínica de Cardiología

- SEC-calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#471

### 1. TÍTULO

#### CREACION E IMPLATACION DEL ENVIO TELEMATICO DE LAS RECOMENDACIONES GENERALES DE LA CMA

Fecha de entrada: 05/07/2022

Nº de registro: 2022#471 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ TORRALBA MARIA VICTORIA

Título  
CREACION E IMPLATACION DEL ENVIO TELEMATICO DE LAS RECOMENDACIONES GENERALES DE LA CMA

Colaboradores/as:  
BASALLO VEA-MURGUIA ALMUDENA  
CAMPILLOS ACIN ALEXANDRA  
ELVIRA ARANDA JOSE MIGUEL  
GALVEZ MATEO MARIA DE LOS ANGELES  
ONCO VALERO SONIA  
PEMAN FRAGO MARIA JESUS

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
DESDE EL SERVICIO DE CMA SE REALIZA DIARIAMENTE UNA LLAMADA TELEFONICA A CADA PACIENTE QUE VA A SER INTERVENIDO AL DIA SIGUIENTE, INFORMANDOLE DEL LUGAR, HORA, RECOMENDACIONES HIGIENICO-DIETETICAS, PREPARACION Y REVISION DE LA MEDICACION. SE HA OBSERVADO LA DIFICULTAD , EN ALGUNAS OCASIONES, PARA LA RECEPCION DE TODA ESTA INFORMACION , BIEN PORQUE SON PERSONAS MAYORES CON DIFICULTAD PARA ANOTAR TODAS LAS PAUTAS O PORQUE SE ENCUENTRAN EN SU LUGAR DE TRABAJO Y NO PUEDEN ATENDERLOS.  
POR ELLO SE PRENTENDE MEJORAR Y AGILIZAR LA INFORMACION AL PACIENTE ANTES DEL INTERVENCION QUIRURGICA OPTIMIZANDO LA COMUNICACION PARA EVITAR DUDAS Y ERRORES A LA HORA DE LA PREPARACION QUE PUEDEN LLEVAR A LA SUSPENSION DE LA MISMA .  
ES IMPORTANTE TAMBIEN PROPORCIONAR SEGURIDAD Y TRANQUILIDAD AL PACIENTE , ASI COMO ASEGURAR LA LLEGADA CORRECTA Y AL HORARIO ACORDADO.  
OTRA NECESIDAD DEL SERVICIO ES HACER LLEGAR LAS RECOMENDACIONES POST QUIRURGICAS DE FORMA TELEMATICA MEDIANTE CODIGOS QR Y SU ENLACE CORRESPONDIENTE PARA QUE LOS PACIENTES DISPONGAN DE ELLAS EN TODO MOMENTO, NO LAS OLVIDEN EN EL SERVICIO Y CON ELLO CONSEGUIREMOS REDUCIR EL CONSUMO DE PAPEL Y LA DUPLICACION DE LA ENTREGA DE ESTAS RECOMENDACIONES EN LOS PACIENTES QUE SON INTERVENIDOS DE LA MISMA PATOLOGIA EN UN BREVE PERIODO DE TIEMPO.

**ÁREAS DE MEJORA**  
AGILIZAREMOS EL TIEMPO DE DURACION DE LAS LLAMADAS A LA VEZ Q MEJORAMOS LA RECEPCION DE LA INFORMACION  
PROPORCIONAREMOS SEGURIDAD Y TRANQUILIDAD AL PACIENTE  
REDUCIREMOS EL CONSUMO DE PAPEL

**ANALISIS DE CAUSAS**  
LOS PACIENTES NO COMPRENDEN CORRECTAMENTE LA INFORMACION PROPORCIONADA EN LA LLAMADA PREQUIRURGICA Y ESTO LLEVA A ERRORES EN LA LLEGADA A LA UNIDAD DE CMA RETRASANDO LA INTERVENCION ASI COMO FALLOS EN LA PREPARACION PARA LA INTERVENCION.  
OTRA DE LAS CAUSAS ES EL OLVIDO DE LAS RECOMENDACIONES POST QUIRURGICAS EN LA UNIDAD.

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
OPTIMIZAR LA INFORMACION PROPORCIONADA A LOS PACIENTES ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION.  
PROPORCIONAR SEGURIDAD AL PACIENTE.  
REDUCIR CONSUMO DE MATERIAL FUNGIBLE.  
DISMINUIR EL TIEMPO INVERTIDO POR EL EQUIPO SANITARIO EN LA LLAMADA TELEFONICA MEJORANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD.  
COMPROBAR QUE LA INFORMACION HA SIDO RECIBIDA DE FORMA OPTIMA

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de registro de incidencias y puesta en marcha  
Fecha inicio: 28/09/2022  
Fecha final.: 01/12/2022  
Responsable.: Alexandra Campillos

2. ENVIO DE MENSAJES INFORMATIVOS POR VIA SMS O VIA WHATSAPP  
Fecha inicio: 10/10/2022  
Fecha final.: 06/03/2023  
Responsable.: SONIA ONCO VALERO

3. CREAR RECOMENDACIONES POST QUIRURGICAS DE FORMA TELEMATICA CON ENLACES Y CODIGOS QR.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#471

### 1. TÍTULO

#### CREACION E IMPLATACION DEL ENVIO TELEMATICO DE LAS RECOMENDACIONES GENERALES DE LA CMA

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 06/02/2023  
Responsable.: M<sup>a</sup> JESUS PEMAN FRAGO

4. Encuesta de satisfacción  
Fecha inicio: 07/03/2023  
Fecha final.: 04/09/2023  
Responsable.: JOSE MIGUEL ELVIRA ARANDA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Satisfacción de pacientes con la información recibida

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de pacientes intervenidos en CMA que responden satisfechos o muy satisfechos en encuesta  
Denominador .....: N° total de pacientes intervenidos en CMA con encuesta cumplimentada  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Informe propio con respuestas de encuesta de satisfacción.  
Informes Ratenow  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

##### 2. Alcance de la información vía telemática

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de pacientes intervenidos en CMA que reciben información prequirúrgica de manera telemática mediante nuevo sistema  
Denominador .....: N° total de pacientes intervenidos en CMA  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Excel elaboración propia  
Datos de contrato telefónico (factura)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 3. Incidencias registradas

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de incidencias registradas por inadecuada preparación del paciente que podrían evitarse con el seguimiento de la información prequirúrgica en un periodo de tiempo  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Excel de elaboración propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE CMA

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#31

### 1. TÍTULO

#### MANEJO PERIOPERATORIO DE LA INFECCION EN DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFALICA

Fecha de entrada: 31/05/2022

Nº de registro: 2022#31 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PALACIOS GASOS PILAR

Título  
MANEJO PERIOPERATORIO DE LA INFECCION EN DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFALICA

Colaboradores/as:  
BORREGO ESTELLA VICENTE MANUEL  
DELFAU LAFUENTE DANIEL  
DOMINGO BRETON MARIA  
GRACIA SOLANAS JOSE ANTONIO  
MARTINEZ GUILLEN JOSE  
MATUTE GUERRERO ALMUDENA  
NAVARRO GONZALO ANA CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El cáncer de cabeza de páncreas es una patología cuya incidencia aumenta progresivamente en los últimos años. Además, el avance en los tratamientos neoadyuvantes, permite que más pacientes puedan acceder al tratamiento quirúrgico con intención curativa. A la dificultad de la técnica quirúrgica se suman la fragilidad de los pacientes con dicha patología así como la necesidad de realizar drenajes endoscópicos o percutáneos preoperatorios que aumentan el riesgo de infección postoperatoria tanto del sitio quirúrgico como a distancia por gérmenes resistentes.

En el último documento de consenso publicado por la SEIMC y la AEC en profilaxis antibiótica (cir esp. 2021; 99 (1): 11-26), las recomendaciones de profilaxis antibiótica en cirugía pancreática son

- Cirugía de bajo riesgo (sin manipulación biliar: cefazolina (A-I) o amoxicilina-clavulánico (A-III). Añadir ampicilina en caso de alta prevalencia de BGN resistentes (B-III). Si alergia, vancomicina más gentamicina.

- Cirugía de alto riesgo con información microbiológica de bilis: ajustar a microbiología previa (A-II)
- Cirugía de alto riesgo sin información microbiológica de bilis: amoxicilina-clavulánico más gentamicina. (BIII)

Dicha publicación, también refiere, literalmente, que la elección de los antibióticos debe tener en cuenta la epidemiología local y los patrones de resistencia a los antimicrobianos de los microorganismos que causan las infecciones quirúrgicas en el hospital (AIII). Además, explica que la utilización de unidosis en profilaxis quirúrgica, con las excepciones especiales (como cirugía prolongada y pérdida de sangre significativa), contribuye a minimizar la resistencia adquirida a los antimicrobianos (AII) y propone que en cirugía de alto riesgo (cardíaca, ortopédica) o en pacientes colonizados por SARM, la profilaxis puede realizarse con un glucopéptido más un betalactámico, acompañado del resto de medidas para la descolonización (AII). En colonizados por enterobacterias BLEE, su cobertura en profilaxis debería considerarse sólo en pacientes de alto riesgo (B-III). Y la conclusión final es que todo protocolo de profilaxis antibiótica en cirugía debería incluir el registro de los indicadores de su cumplimiento, análisis de los resultados y el feedback de los mismos los miembros de los equipos quirúrgicos.

Son estos últimos los motivos que justifican nuestro proyecto de mejora, puesto que la duodenopancreatectomía cefálica es una cirugía de alto riesgo por sus tasas de morbimortalidad, es una cirugía que en muchas ocasiones cumple con los criterios de excepción (cirugía de larga duración y pérdida de sangre significativa) y en múltiples ocasiones, los pacientes son portadores de gérmenes multiresistentes debido a la manipulación previa de la vía biliar e ingresos hospitalarios previos a la cirugía.

#### ÁREAS DE MEJORA

Profilaxis preoperatoria de pacientes que van a ser sometidos a duodenopancreatectomía cefálica

Tratamiento de las infecciones del sitio quirúrgico en dichos pacientes

Mejorar el ajuste de la antibioterapia en nuestro medio para disminuir las resistencias a los antibióticos

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Morbilidad por infecciones en la duodenopancreatectomía cefálica de gérmenes resistentes que precisan tratamiento con antibióticos de amplio espectro, lo que conlleva a un aumento de las resistencias

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Se realizará una revisión retrospectiva y prospectiva de todas las infecciones postoperatorias así como los cultivos de bilis tomados intraoperatorios de los pacientes intervenidos de duodenopancreatectomía cefálica desde el año 2018 a mayo de 2022. Una vez obtenida la flora de nuestros pacientes se analizarán las resistencias de dichos gérmenes, comparando un grupo de pacientes con intervención endoscópica o percutánea con otro grupo sin intervención.

Así se pretende ajustar el tratamiento de profilaxis antibiótica preoperatoria según el riesgo de ser

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#31

### 1. TÍTULO

#### MANEJO PERIOPERATORIO DE LA INFECCION EN DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFALICA

portadores de gérmenes resistentes o no así como la duración del tratamiento postoperatorio. Con estas medidas pretendemos adecuar y optimizar el uso de los antibióticos y frenar la aparición de resistencias en el futuro.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recogida de datos de historias clínicas

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Daniel Delfau , María Domingo,

2. Análisis de los datos

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Pilar Palacios y Vicente Borrego

3. Modificaciones de protocolos y consenso con PROA según resultado

Fecha inicio: 30/11/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Ana Navarro, Almudena Matute y Dra. Luque

4. Publicaciones de resultados y estudio de control de modificaciones

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Daniel Delfau y María Domingo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Gérmenes resistentes en bilis preoperatoria

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Pacientes con gérmenes resistentes

Denominador ..... Total de pacientes intervenidos

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Historia clínica

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 0.04

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. -0.03

2. Profilaxis preoperatoria adecuada

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Pacientes en los que la profilaxis es adecuada

Denominador ..... Total de pacientes intervenidos

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Historia clínica

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 2.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 4.00

3. Estancia postoperatoria según profilaxis preoperatoria correcta

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Pacientes con profilaxis correcta /incorrecta

Denominador ..... Tiempo de ingreso hospitalario

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Historia clínica

Est.Mín.1ª Mem .. 2.00

Est.Máx.1ª Mem .. 0.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#31

### 1. TÍTULO

#### MANEJO PERIOPERATORIO DE LA INFECCION EN DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFALICA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#282

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN CIRCUITO MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER DE RECTO, AFECTOS DE SÍNDROME DE RESECCION ANTERIOR Y PREVENCIÓN DEL MISMO

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#282 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ELIA GUEDEA MANUELA

Título  
CREACION DE UN CIRCUITO MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER DE RECTO, AFECTOS DE SÍNDROME DE RESECCION ANTERIOR Y PREVENCIÓN DEL MISMO

Colaboradores/as:  
CASTAÑO PRIETO MARIA DEL CARMEN  
CORDOBA DIAZ DE LASPRA MARIA ELENA  
DIARTE ABENIA MARIA CARMEN  
MARTINEZ GONZALEZ ANA  
RAMIREZ RODRIGUEZ JOSE MANUEL  
SARTAGUDA ALABART MIREYA  
VILLARREAL SALCEDO ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA \*FISIOTERAPIA\*HOSP (Hospitalización)  
ZARAGOZA 3\*HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA \*REHABILITACIÓN\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El cáncer de recto tiene una alta incidencia en nuestro medio, suponiendo el 35% de los tumores colorrectales. En la unidad de coloproctología HCUZ se intervienen alrededor de 100 casos al año. El avance durante las dos últimas décadas en el manejo del cáncer de recto (quimiorradioterapia neoadyuvante, escisión mesorrectal total...) ha permitido reducir las tasas de recurrencia local/regional de la enfermedad. Así mismo, se ha promovido la preservación del aparato esfinteriano en la mayoría de las ocasiones, con la confección de anastomosis colorrectales o coloanales cada vez más cercanas al margen anal. Este hecho, por el contrario, hace que muchos de los pacientes sometidos a este tipo de intervenciones desarrollen una alteración de la función intestinal y defecatoria. El heterogéneo conjunto de síntomas y signos que comprende esta alteración se denomina síndrome de resección anterior (LARS) que implica a más del 60- 80% de los pacientes intervenidos. Este síndrome altera de forma muy importante la calidad de vida del paciente que lo padece y ocasiona la solicitud repetida de consultas a diferentes especialistas y a atención primaria. En la actualidad, en nuestro centro los pacientes afectados de SRA no se evalúan de manera protocolizada. La valoración descriptiva subjetiva de los síntomas relacionados con el síndrome de resección impide cuantificar la eficacia de los tratamientos pautados, así como la necesidad del empleo de todos los disponibles o de algunos de ellos. Así mismo, destaca la ausencia en el momento actual, de un protocolo multidisciplinar de manejo que englobe a cirugía, rehabilitación, enfermería y fisioterapia, con el fin de optimizar de manera proactiva, el resultado funcional tras estas intervenciones y mejorar la calidad de vida percibida por el paciente, utilizando los recursos disponibles de una forma adecuada. Este hecho es relevante dado que cada año, en nuestro centro, más de 70 pacientes intervenidos de cáncer de recto, van a presentar este problema.

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1.- No existe protocolo diagnóstico terapéutico para pacientes con síndrome de resección anterior, ni evaluación de su calidad de vida.
- 2.- Falta de optimización en el manejo de estos pacientes
- 3.- Ausencia de referentes en el hospital para el tratamiento de este síndrome
- 4.- Ausencia de protocolo que incluya medidas de prevención previas a cierre de ileostomía
- 5.- Ausencia de criterios para la selección de candidatos a tratamiento multidisciplinar en pacientes con síndrome de resección ya instaurado.
- 6.- Variabilidad de la práctica clínica
- 7.- Falta la evaluación de la calidad percibida por el paciente

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- 1.- La presión asistencial y la ausencia hasta ahora de equipo multidisciplinar no ha permitido establecer dicho circuito.
- 2.- Al no estar protocolizado su manejo, no se valora al paciente de forma integral y en la mayoría de las ocasiones no se ofrecen todos los tratamientos disponibles para la mejora de la calidad de vida.
- 3.- No existe consulta específica.
- 4.- En el momento actual, no se valora riesgo de LARS, por lo que no se implementan de forma proactiva medidas preventivas.
- 5.- Hasta el momento no existía este circuito que se pretende instaurar
- 6.- Estos pacientes se tratan de forma variable por los diferentes facultativos, al no existir un consenso



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#282

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN CIRCUITO MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER DE RECTO, AFECTOS DE SÍNDROME DE RESECCION ANTERIOR Y PREVENCIÓN DEL MISMO

intrahospitalario basado en la mejor evidencia disponible, sin llegar a optimizar todos los recursos y tratamientos disponibles.

7.- No se realizan escalas de calidad de vida que permitan su registro y evaluación.

8.- Las principales causas que conllevan la aparición de los puntos críticos anteriores es la infravaloración de un conjunto de síntomas acaecidos tras la intervención de cáncer de recto, dado que se prioriza el resultado oncológico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1.- Formar equipo multidisciplinar

2.- PREHABILITAR el suelo pélvico en preoperatorio de cara a un mejor resultado postoperatorio.

3.- Evaluar a todos los pacientes sometidos a resección anterior de recto con la escala LARS y escala de calidad de vida EORTC QLQ-C30 al mes, tres, seis meses y al año de la cirugía e identificar pacientes que se puedan beneficiar de manejo multidisciplinar. Así como determinar en nuestro Centro la incidencia de síndrome de resección anterior

4.- Identificar preoperatoriamente a pacientes con posibilidad de desarrollar LARS en el postoperatorio de cáncer de recto (según escala POLARS) para implementar en ellos medidas preventivas en conjunto con el servicio de rehabilitación

5.- Establecer circuito de manejo para pacientes con LARS ya establecido (medidas higiénico dietéticas, farmacológicas, rehabilitadoras de suelo pélvico, estimulación de tibial posterior y uso de dispositivos de limpieza colónica), utilizando los recursos de una forma racional y gradual según necesidades individualizadas de cada paciente).

4- Evaluar la mejoría de los pacientes con LARS que entran en circuito.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Crear grupo multidisciplinar

Fecha inicio: 11/04/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Dra. Elía

2. Identificar al grupo de sujetos con LARS de los pacientes operados por cáncer de recto, para incluirlos en un circuito multidisciplinar

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Cirujanos

3. Creación del circuito/cronograma y pruebas diagnóstico/terapéuticas de manera escalonada

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Todo el equipo

4. Creación de una vía de comunicación rápida y no presencial con los pacientes (correo electrónico) que permita un feedback del tratamiento instaurado.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Unidad de estomaterapia

5. Registro y evaluación de resultados y feedback de los mismos

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Todo el equipo

6. Establecer terapias grupales dónde pacientes de similares características intercambien experiencias y recomendaciones y realizan terapia proactiva

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: Rehabilitación/Fisioterapia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Inclusión en el protocolo tras cirugía

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes sometidos a evaluación tras intervención quirúrgica ca de recto

Denominador .....: Número de pacientes intervenidos de neoplasia rectal

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: base datos spss

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#282

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN CIRCUITO MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER DE RECTO, AFECTOS DE SÍNDROME DE RESECCION ANTERIOR Y PREVENCION DEL MISMO

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Inclusión en el protocolo previo a cierre de ilestomía  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de pacientes sometidos a evaluación previo a cierre de ilestomía  
Denominador .....: Número de pacientes intervenidos de cierre de ilestomía tras resección rectal  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: base datos spss  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Seguimiento del paciente durante primer año  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de pacientes con seguimiento completo (4 visitas) durante el primer año  
Denominador .....: Número de pacientes intervenidos de neoplasia rectal  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: base datos spss  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

4. Mejoría tras/ con manejo multidisciplinar  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de paciente con mejoría global en la escala LARS (sexto mes vs un año) tras inclusión en escalón de tratamiento  
Denominador .....: Número de pacientes manejados con el tratamiento escalonado  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: base datos spss  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

5. Necesidad de tratamiento multidisciplinar  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de escalones terapéuticos realizados a un paciente  
Denominador .....: Número de pacientes diagnosticados de LARS mayor  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: base datos spss  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

6. Mejoría de calidad de vida  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de paciente con mejoría global en la escala de calidad de vida (sexto mes vs un año) tras inclusión en escalón de tratamiento  
Denominador .....: Número de pacientes manejados con el tratamiento escalonado  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: base datos spss  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#358

### 1. TÍTULO

#### VALORACION PRE Y POSTQUIRURGICA DE ENFERMERÍA EN RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE MAMA DEL H.C.U.Z

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#358 \*\* Atención a tiempo: cáncer \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GIL ROMEA ISMAEL

Título  
VALORACION PRE Y POSTQUIRURGICA DE ENFERMERÍA EN RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE MAMA DEL H.C.U.Z

Colaboradores/as:  
ARTIGAS URGEL LUIS FRANCISCO  
IBÁÑEZ CARRERAS MARIA REYES  
PARDO SUS ALIDA ELENA  
PEREZ PANZANO ESTHER

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA \*ENFERMERÍA POLIVALENTE POOL CONSULTAS EX\*HOSP  
(Hospitalización)  
ZARAGOZA 3\*HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA \*ONCOLOGIA RADIOTERAPIA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Atención a tiempo: cáncer

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La radioterapia intra-operatoria (RIO) es una técnica que permite la administración, durante el mismo acto quirúrgico en patología del cáncer de mama, de una única dosis de radiación ionizante directamente sobre el lecho quirúrgico del tumor extirpado, con el objetivo de mejorar el control local de la enfermedad y disminuir la toxicidad externa de los tejidos sanos en la zona cuando se realiza la radioterapia convencional. Esta técnica permite reducir el número de sesiones de radioterapia (uso como boost) e incluso ser el único tratamiento de RT a realizar en la paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

En la actualidad, se ha comenzado recientemente a realizar esta técnica en el Hospital Clínico "Lozano Blesa" y esto nos permite ir diseñando un proceso - que no existía - de atención al paciente en la consulta de enfermería al mismo ritmo que en la consulta médica, adaptándonos a las necesidades que nos vayan surgiendo. De este modo, se amplían las competencias y actividades en la consulta de enfermería de la unidad de mama.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

la consulta de enfermería en la unidad de mama es por la que pivota el control de las pacientes ambulatorias atendidas en la unidad, de forma que asisten a las pacientes que son valoradas en las múltiples consultas de la Unidad (cirugía, ginecología, oncología, radioterapia). Dada esta cercanía e inmediatez en la atención hace que una consulta específica de enfermería para pacientes con RIO sea una solución a la continuidad asistencial de estas pacientes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El proceso se inicia con la captación de posibles pacientes, con cancer de mama, a los que estaría indicada la RIO cuando se comentan los casos en el subcomité de tumores de mama. Enfermería se encarga de llamar y citar a los dos pacientes en la consulta UMAC7, prestación 2.3, en dos huecos (9.30 y 9.45) el lunes siguiente y tras la valoración e indicación médica, la paciente es vista en la consulta de enfermería par dar y/o reforzar la información sobre el proceso aclarar dudas, cuidados de la piel, gestión de citas, apoyo emocional, etc.

Como objetivo fundamental, se pretende conseguir una mejor atención a la paciente basada en una continuidad asistencial entre médicos y enfermeros de la unidad, de forma que mejoren los resultados tanto clínicos, (detección precoz de complicaciones, mejora de la estética/cosmética de la paciente) como los vinculados a la atención de las necesidades psicológicas/ emocionales de la paciente

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Enfermería se encarga de llamar y citar a los dos pacientes en la consulta UMAC7, prestación 2.3, en dos huecos (9.30 y 9.45) el lunes siguiente y tras la valoración e indicación médica, la paciente

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/09/2024

Responsable.: Luis Artigas Urgel

2. Enfermería se encarga de llamar y citar a los dos pacientes en la consulta UMAC7, prestación 2.3, en dos huecos (9.30 y 9.45) el lunes siguiente y tras la valoración e indicación médica, la paciente

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/09/2024

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#358

### 1. TÍTULO

#### VALORACION PRE Y POSTQUIRURGICA DE ENFERMERÍA EN RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE MAMA DEL H.C.U.Z

Responsable.: Esther Perez Panzano

3. dar y/o reforzar la información sobre el proceso aclarar dudas, cuidados de la piel, gestión de citas, apoyo emocional, etc.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/09/2024

Responsable.: Luis Artigas Urgel /Esther Perez Panzano

4. La realización de una fotografía con brazos en jara en bipedestación para valorar el resultado estético posterior.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/09/2024

Responsable.: Luis Artigas Urgel /Esther Perez Panzano

5. La realización de una ecografía para valorar la existencia de seroma postquirúrgico a la semana de la IQ, al mes y en caso necesario, evacuar el contenido las veces que se precisen, registrándolo en l

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/09/2024

Responsable.: Luis Artigas Urgel /Esther Perez Panzano

6. Valoración de pacientes con cancer de mama que van o han sido sometidas a tratamiento con RIO. Firma de consentimiento Informado tras explicación de la técnica. Análisis de resultados

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 02/09/2024

Responsable.: Alida Pardo/ Reyes Ibañez Carreras/Ismael Gil Romea

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. • N° pacientes a los que se realiza RIO / n° paciente a las que se indica RIO

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: numero pacientes que se realiza RIO

Denominador .....: numero pacientes que se realiza cirugía por cáncer de mama

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: bases de datos HCUZ

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

2. • N° pacientes con seroma postquirúrgico

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: pacientes intervenidas por cáncer de mama con RIO que presentan seroma postquirúrgico

Denominador .....: pacientes intervenidas por cáncer de mama con RIO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Bases de datos de la Unidad de Mama HCUZ

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

3. • N° veces que se realiza evacuación de seroma / N° pacientes con seroma

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: numero de veces de evacuación de seroma en pacientes intervenidas por cáncer de mama con RIO

que presentan seroma postquirúrgico

Denominador .....: pacientes intervenidas por cáncer de mama con RIO que presentan seroma postquirúrgico

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Bases de datos de la Unidad de Mama HCUZ

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#358

### 1. TÍTULO

#### VALORACION PRE Y POSTQUIRURGICA DE ENFERMERÍA EN RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE MAMA DEL H.C.U.Z

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#486

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN FOLLETO DE ACOGIDA CON INFORMACION PRACTICA PARA PACIENTES Y FAMILIARES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 06/07/2022

Nº de registro: 2022#486 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOPEZ TORREA M. DEL MAR

Título  
ELABORACION DE UN FOLLETO DE ACOGIDA CON INFORMACION PRACTICA PARA PACIENTES Y FAMILIARES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Colaboradores/as:  
PALACIOS FRANCO GEMMA  
PORTERO AGUDO M. PILAR  
SANZ PLUMED ANA-VICTORIA  
SANZ SANMIGUEL MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Acogida del paciente en su ingreso en unidad de hospitalización de Cirugia

ÁREAS DE MEJORA  
-Dar información escrita del funcionamiento de la planta. ( horarios, visitas, normas básicas....)  
-Aumentar la sensación de comfort y la seguridad del paciente y familia.

ANALISIS DE CAUSAS  
-ingresan nerviosos y no retienen la información que se les da en ese momento de forma verbal , por lo que aumenta la carga de trabajo.  
-la misma que la anterior. Una vez ingresados y más tranquilos pueden releer la información dada. Cone sto creemos que aumenta la confianza y la seguridad.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
-Asegurarnos que la información llega de forma efectiva al paciente y familiares.  
-Disminuir la ansiedad al ingreso  
-Facilitar información sobre su proceso quirúrgico ( Cirujano responsable, Enfermera al ingreso....)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación del equipo del proyecto. Brainstorming del equipo y puesta en común.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Mar López Torrea

2. `Búsqueda bibliográfica y creación de un boceto

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Ana Victoria Sanz Plumed

3. Presentación a Supervisión y Jefe de Servicio así como al servicio de calidad.

Fecha inicio: 01/02/2023  
Fecha final.: 01/02/2023  
Responsable.: Gema Palacios Franco

4. Una vez aprobado se realiza una prueba piloto para valorar resultados iniciales y ver debilidades.

Valoracion con herramienta DAFO  
Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 30/05/2023  
Responsable.: Carmen Sanz Sanmiguel

5. subsanación de las debilidades y amenazas encontradas y reedición del folleto si procede

Fecha inicio: 01/06/2023  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: Pilar Portero Agudo

6. Una vez dado el visto bueno por el servicio responsable. Se aplica el proyecto.

Fecha inicio: 01/07/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#486

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN FOLLETO DE ACOGIDA CON INFORMACION PRACTICA PARA PACIENTES Y FAMILIARES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Todo el equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Brainstorming

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Propuestas totales

Denominador .....: nº integrantes del proyecto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Acta de la reunión que recoja las ideas (factibles y no factibles)

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Encuesta de valoración de satisfacción del folleto piloto

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº pacientes con SI en satisfacción global

Denominador .....: Nº de pacientes totales participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#518

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE DOCUMENTO DE ACOGIDA AL NUEVO PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE LA PLANTA DE CIRUGÍA GENERAL

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#518 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PORTERO AGUDO M. PILAR

Título  
ELABORACION DE DOCUMENTO DE ACOGIDA AL NUEVO PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE LA PLANTA DE CIRUGÍA GENERAL

Colaboradores/as:  
CASADO AZNAR ESTHER

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Conseguir una misma línea de trabajo del personal de enfermería aportando información de manera escrita a las nuevas incorporaciones.

ÁREAS DE MEJORA  
Unificar la forma de trabajar de todo el personal.  
Aumentar la seguridad del paciente.  
Disminuir la ansiedad ante un nuevo puesto de trabajo.

ANÁLISIS DE CAUSAS  
Desconocimiento del personal de nueva incorporación de las técnicas y cuidados específicos del servicio.  
Capacitar al nuevo personal para detectar precozmente posibles complicaciones del paciente quirúrgico.  
Aumentar la seguridad del personal ante la complejidad del paciente quirúrgico y cargag de trabajo.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Conseguir mayor eficacia y eficiencia en el trabajo diario de la planta.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación del grupo de trabajo.

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/10/2022  
Responsable.: Pilar Portero Agudo

2. Revisión bibliográfica.  
Fecha inicio: 16/10/2022  
Fecha final.: 16/11/2022  
Responsable.: Esther Casado Aznar

3. Brainstorming  
Fecha inicio: 17/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Esther Casado Aznar

4. Elaboración del borrador del documento de acogida.  
Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Pilar Portero Agudo

5. Presentación al equipo de la planta de cirugía para sugerencias y mejoras.

Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 15/03/2023  
Responsable.: Esther Casado Aznar

6. Presentación del documento a la unidad de calidad.  
Fecha inicio: 16/03/2023  
Fecha final.: 16/04/2023  
Responsable.: Pilar Portero Agudo

7. Tras la aprobación se imprime el documento y comienza la entrega del mismo  
Fecha inicio: 17/04/2023



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#518

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE DOCUMENTO DE ACOGIDA AL NUEVO PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE LA PLANTA DE CIRUGÍA GENERAL

Fecha final.: 17/06/2023

Responsable.: Esther Casado Aznar

8. Elaboración de encuesta para valorar las competencias de los profesionales

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 15/03/2023

Responsable.: Pilar Portero Agudo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Alcance de la guía

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales de nueva incorporación a los que se les proporciona la guía

Denominador .....: Nº total de profesionales de nueva incorporación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: GPT y excel de elaboración propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.02

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Evaluación de competencias

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Suma de resultados alcanzados por los nuevos profesionales en un test de 10 items realizado "ad hoc"

Denominador .....: Nº total de profesionales de nueva incorporación

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Resultados en excel de encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 9.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Medicación y registro adecuado de los débitos de SNG y drenajes

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de dispositivos (SNG y Drenajes) colocados en los pacientes con un registro correcto en un determinado periodo

Denominador .....: Nº total de dispositivos (SNG y drenajes) colocados en los pacientes en un determinado periodo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Excel de elaboración propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#602

### 1. TÍTULO

#### ENCUESTA DE SATISFACCION EN PACIENTES OBESOS MORBIDOS INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIATRICA EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#602 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PALACIOS FANLO M. JOSE

Título  
ENCUESTA DE SATISFACCION EN PACIENTES OBESOS MORBIDOS INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIATRICA EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA

Colaboradores/as:  
HERNANDEZ PALACIOS ALVARO  
ALVAREZ PALACIOS MARIA DOLORES  
CALVO CATALA BEATRIZ  
LAGOS LIZAN JAVIER  
LAGUNAS LOSTAO EMILIO DEMETRIO  
SANZ PLUMED ANA-VICTORIA  
ZAMBRANA CAMPOS VANESA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La cirugía bariátrica es el tratamiento más seguro y efectivo en los pacientes con obesidad mórbida y comorbilidades graves asociadas. Representa una alternativa coste-efectiva frente al tratamiento médico convencional. En España cada año se realizan más de 10.000 cirugías bariátricas anuales. La lista de espera quirúrgica supera de media en todas las comunidades autónomas el año de espera, aspecto que puede derivar en complicaciones graves e incluso mortales. Tras la pandemia covid-19 los tiempos de espera se han disparado creando ansiedad y preocupación en estos pacientes que tienen sus expectativas puestas en la intervención quirúrgica para conseguir mejorar su calidad de vida, sus comorbilidades e incluso conseguir una reinserción laboral en numerosos casos.

Por otra parte, la valoración que el paciente realiza de la atención recibida y de la preocupación de los profesionales por entender lo que les ocurre, o lo que necesitan, es un indicador importante del funcionamiento de un servicio. Hay estudios en pacientes quirúrgicos que indican que su satisfacción está muy condicionada por diversos factores. Entre los aspectos más valorados por los pacientes encontramos la accesibilidad, la información recibida, los cuidados de enfermería, el trato, la profesionalidad etc. y naturalmente la efectividad de la intervención quirúrgica.

Así pues, es importante evaluar la atención del Servicio de Cirugía. Por el elevado porcentaje que supone la cirugía bariátrica en la actividad quirúrgica, por la estandarización en los cuidados pre y postoperatorios y las características de estos pacientes creemos que esta cirugía puede ser el punto de partida para sistematizar la realización de encuestas en el Servicio de Cirugía e implementarlas en otras patologías para lograr la máxima calidad asistencial.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la calidad asistencial

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Necesitamos establecer indicadores de funcionamiento del Servicio de Cirugía.  
Necesitamos conocer la calidad de la atención percibida por los pacientes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Pretendemos conocer mediante la encuesta de satisfacción cual es la calidad percibida durante el proceso de ingreso y hospitalización por el paciente obeso mórbido intervenido de cirugía bariátrica, en qué situación estamos y que mejoras hay que implementar en el Servicio de Cirugía para mejorar la atención prestada por el personal sanitario.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión del grupo para validar la encuesta diseñada.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: TODO EL GRUPO

2. Realización de encuesta de satisfacción (75 pacientes/año)

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2023  
Responsable.: TODO EL GRUPO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#602

### 1. TÍTULO

#### ENCUESTA DE SATISFACCION EN PACIENTES OBESOS MORBIDOS INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIATRICA EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA

3. Recogida de resultados de la encuesta en la base de datos diseñada para el estudio

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2023

Responsable.: ENFERMERO

4. Análisis estadístico de resultados. Final del proyecto

Fecha inicio: 01/11/2023

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: ENFERMERO

5. Presentación de la memoria final. Implementación de medidas de mejora.

Fecha inicio: 01/12/2023

Fecha final.: 15/12/2023

Responsable.: RESPONSABLE . TODO EL GRUPO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se elaborará encuesta de satisfacción basada en modelos publicados en la AEC (Asociación Española de cirujanos) y en la SECO (sociedad española de cirugía de la obesidad) adaptada al Servicio de Cirugía y al Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. El tamaño muestral será de 75 pacientes /año.

Se recogerán datos demográficos de cada paciente como la edad, el sexo, estado civil, el nivel de estudios y estado laboral actual.

Se evaluarán 20 ítems relacionados con el ingreso hospitalario (7 ítems), con la evolución postoperatoria (11 ítems) y se cuantificará la satisfacción global del proceso (2 ítems). La valoración del grado de satisfacción general con el proceso de ingreso y atención hospitalaria va de 0 a 10 siendo 0 (muy mal o muy en desacuerdo) a 10 (muy bien o completamente de acuerdo). Se establecerán dos preguntas finales abiertas en la que se solicitará al paciente que describa los aspectos más positivos y los más negativos y que propongan sugerencias de mejora. Los resultados de la encuesta serán anónimos.

En el momento de ingreso en planta de hospitalización el personal de enfermería entregará la encuesta de satisfacción al paciente. En el momento del alta hospitalaria, el facultativo responsable entregará el informe clínico de alta y recogerá la encuesta en sobre cerrado. Un enfermero con conocimientos estadísticos y que no conoce a los pacientes recibirá de forma anónima las encuestas para recogerlas en la base de datos y evitar sesgos.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicadores de resultado

Satisfacción del paciente

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N.º de pacientes intervenidos con elevada satisfacción

Denominador .....: N.º de pacientes intervenidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Estudios sobre satisfacción del paciente

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Cada encuesta tiene 20 preguntas- 20 ítems (cada ítem se puntúa de 0-10)

Puntuación total (rango de 0-200 puntos) por encuesta. A partir de 160 puntos se considera elevada satisfacción

Además del indicador de satisfacción del paciente, se analizará el resultado individual de cada ítem en todos los pacientes.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#600

### 1. TÍTULO

#### ORGANIZACION DE LA CIRUGÍA MICROGRAFICA DE MOHS EN DERMATOLOGÍA

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#600 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
RIVERA FUERTES IGNACIO

Título  
ORGANIZACION DE LA CIRUGÍA MICROGRAFICA DE MOHS EN DERMATOLOGÍA

Colaboradores/as:  
CONCELLON DOÑATE MARIA ANTONIA  
GARCIA GARCIA MAR  
MONTES TORRES ANDREA  
MORALES MOYA ANA LUISA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: DERMATOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
La cirugía de Mohs es un tratamiento especializado de tumores cutáneos complejos y requiere una organización precisa.

ÁREAS DE MEJORA  
Establecer un procedimiento específico y detallado de recogida de datos, y canalizar los pacientes en cada caso según su patología quirúrgica.

ANALISIS DE CAUSAS  
Los pacientes proceden de centros variados y sus datos se recogen de maneras diferentes, y se intervienen sin pautas unificadas.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Elaborar un registro de pacientes con sus diferentes características y un protocolo de actuación en los distintos supuestos clínicos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones del Servicio de Dermatología periódicas para informar de la situación y establecer pautas de actuación en común.  
Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Ignacio Rivera Fuertes

2. Recogida de datos de cada paciente  
Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Ignacio Rivera Fuertes

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes con datos unificados  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº de pacientes introducidos en la base de datos  
Denominador .....: nº de pacientes tributarios de Cirugía de Mohs  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos guardada en servidores del Salud y HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de pacientes que son protocolizados en Cirugía de Mohs  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: nº de pacientes en los que se realiza un plan de actuación común en Cirugía de Mohs  
Denominador .....: nº de pacientes tributarios de Cirugía de Mohs  
x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#600

### 1. TÍTULO

#### ORGANIZACION DE LA CIRUGÍA MICROGRAFICA DE MOHS EN DERMATOLOGÍA

Fuentes de datos.: Base de datos guardada en servidores del Salud y HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#621

### 1. TÍTULO

#### RESOLUCION DE INTERCONSULTA VIRTUAL EN MENOS DE 7 DIAS

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#621 \*\* Atención a tiempo: interconsulta \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FUENTE MEIRA SONIA DE LA

Título  
RESOLUCION DE INTERCONSULTA VIRTUAL EN MENOS DE 7 DIAS

Colaboradores/as:  
CONCELLON DOÑATE MARIA ANTONIA  
LEZCANO BIOSCA VICTORIA  
MONTES TORRES ANDREA  
PRIETO TORRES LUCIA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: DERMATOLOGÍA

Línea estratégica: Atención a tiempo: interconsulta

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En los últimos años las listas de espera de nuestra especialidad han sufrido un gran incremento, lo que nos lleva a la obligación de tener que realizar una selección de los pacientes que son remitidos a nuestras consultas. La incorporación de la Historia Clínica Electrónica a la practica clínica habitual favorece que sea posible realizar una mejor canalización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se pretende favorecer una mejor atención, priorizando aquellos casos que necesitan ser valorados por nuestro servicio en un corto periodo de tiempo y evitar demoras de patologías graves o invalidantes. Del mismo modo, aquellas patologías que no precisen valoración en la consulta y puedan ser gestionadas desde atención primaria, supondrán un descenso en las listas de espera y un tratamiento mas temprano de dichos pacientes.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Aumento de listas de espera en la especialidad de Dermatología.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

A través de la Historia Clínica Electrónica y de la revisión de las peticiones y motivos de consulta remitidos desde Atención Primaria podremos recomendar la prioridad de derivación, aquellos pacientes que deben ser valorados de forma preferente, con carácter normal o bien aquellos que no deben ser remitidos, por no tratarse de patologías que requieran atención especializada. También será posible dar unas pautas de tratamiento previo a la consulta, o la solicitud de pruebas antes de llegar a la consulta para facilitar el diagnóstico y el inicio de tratamiento.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revision y contestación diaria de listado de interconsultas realizadas.

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 01/06/2023  
Responsable.: FEA Dermatologia

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Cada día de la semana (de lunes a viernes) una persona del Servicio será la responsable de revisar y contestar las interconsultas referidas desde Atención Primaria, contestando todas aquellas remitidas hasta 24 horas antes. Esto supondrá que todas las interconsultas realizadas se contestaran en un periodo no mayor de 7 días. A cada una de las interconsultas se le asignara una prioridad y lugar de referencia para ser valorado en caso de que así precise. Dentro de las posibilidades, aquellas patologías que precisen valoración por unidades especializadas dentro del Servicio, serán remitidas directamente a dichos especialistas.

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Interconsultas virtuales

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Numero de interconsultas virtuales realizadas  
Denominador .....: Numero de interconsultas virtuales contestadas en un periodo menor de 7 días desde su realización  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: HHistoria Clinica electronica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.30  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.30

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#621

### 1. TÍTULO

#### RESOLUCION DE INTERCONSULTA VIRTUAL EN MENOS DE 7 DIAS

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#511

### 1. TÍTULO

#### INCORPORACION DE PLANTILLA PREDISEÑADA DENTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#511 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MORALES MOYA ANA LUISA

Título  
INCORPORACION DE PLANTILLA PREDISEÑADA DENTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA

Colaboradores/as:  
ARA MARTIN MARIANO VICENTE  
FUENTE MEIRA SONIA DE LA  
LEZCANO BIOSCA VICTORIA  
LORDA ESPES MARTA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: DERMATOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Con la incorporación de la Historia Clínica Electrónica como nuestra herramienta de trabajo habitual en la consulta, consideramos imprescindible la realización de unas plantillas predeterminadas en la historia Clínica Electrónica, para mejorar la dinámica de nuestras consultas. Pensamos que puede facilitarnos y dinamizar la consulta.

Se realizarán plantillas predeterminadas para la consulta diaria, con ítems dirigidos a cada patología que nos puedan agilizar y dinamizar la consulta. Nuestra especialidad abarca gran variedad de patologías muy diversas y diferentes entre ellas, no es lo mismo la historia y pruebas que va a requerir un tumor, que la que realizaremos a un paciente con acné, con una ITS, etc.. cada una de ellas requiere una historia dirigida a la patología en concreto, unas pruebas complementarias diferentes y un seguimiento particular.

Dichas plantillas serán realizadas para algunas patologías concretas: acné vulgar, ITS, psoriasis, melanoma, hidradenitis supurativa, Dermatitis atópica y protocolos quirúrgicos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Plantillas predeterminadas para las consultas de Dermatología: acné vulgar, ITS, psoriasis, melanoma, hidradenitis supurativa, Dermatitis atópica y protocolos quirúrgicos.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Con la realización de plantillas predeterminadas en algunas patología concretas podemos reducir el tiempo empleado en el ordenador, para dedicarlo al paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Con esta mejora pretendemos que el tiempo que tenemos por cada paciente, seamos más ágiles con el ordenador y dediquemos el mayor tiempo posible a nuestros pacientes

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 2. Planilla acné vulgar

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 20/12/2023

Responsable.: Dra. Victoria Lezcano Viosca

#### 3. Planilla ITS

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 20/12/2023

Responsable.: Dra. Ana Luisa Morales Moya

#### 4. Planilla Psoriasis

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 20/12/2023

Responsable.: Dra. Victoria Lezcano Viosca

#### 5. Planilla melanoma

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 20/12/2023

Responsable.: Dra. Ana Luisa Morales Moya

#### 6. Planilla hidradenitis supurativa

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 20/12/2023

Responsable.: Dra. Sonia de la Fuente Meira



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#511

### 1. TÍTULO

#### INCORPORACION DE PLANTILLA PREDISEÑADA DENTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA

7. Planilla Dermatitis atópica

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final: 20/12/2023

Responsable.: Dra. Sonia de la Fuente Meira

8. Planilla protocolos quirúrgicos

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final: 20/12/2023

Responsable.: Dra. Marta Lorda Espes

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El equipo que formamos el proyecto, nos repartiremos la realización de las plantillas de las diferentes patologías, pondremos en común en varias reuniones cuáles son los objetivos que queremos lograr con dicha plantilla, valoraremos cuales son los ítems necesarios en cada patología y comprobaremos el funcionamiento de las mismas antes de presentarlas a nuestros compañeros de servicio e incorporarlas a sus HCE.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. Número de planillas realizadas de las diferentes patologías.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de plantillas realizadas

Denominador .....: número de plantillas propuestas

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: HCE.

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Servicio de Dermatología

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#576

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DE FARMACOS ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES ANTES Y DESPUES DE UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA. REALIZACION DE DOCUMENTOS DE INFORMACION PARA PACIENTES Y FACULTATIVOS

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#576 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
HIJOS MALLADA GONZALO

Título  
MANEJO DE FARMACOS ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES ANTES Y DESPUES DE UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA. REALIZACION DE DOCUMENTOS DE INFORMACION PARA PACIENTES Y FACULTATIVOS

Colaboradores/as:  
CORTES GARCIA LUIS  
CROS LUNA VICTORIA  
FERNANDEZ NAVARRETE MARIA  
LUE XX ALBERTO  
MIGUEL SANZ MARIA PILAR  
MURILLO VAZQUEZ MARIA MERCEDES  
SOSTRES HOMEDES CARLOS

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: DIGESTIVO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Cada vez es más frecuente el tratamiento con antiagregantes o anticoagulantes en la población general. Por tanto, está aumentando progresivamente el número de endoscopias digestivas con o sin actuaciones terapéuticas en pacientes bajo estos tratamientos. La mayoría de las recomendaciones existentes respecto al manejo de estos fármacos previamente a la realización de endoscopias están basadas en evidencia de baja calidad. En muchas ocasiones, en la práctica clínica no se siguen estas recomendaciones, existiendo una marcada heterogeneidad respecto a las indicaciones que se dan a los pacientes acerca de retirar o mantener estos fármacos previamente a la realización de endoscopias, así como con el momento de reintroducirlas. En 2021 se han actualizado las Guías de Práctica Clínica Europeas de manejo de fármacos antiagregantes o anticoagulantes en endoscopias. En dichas guías, se clasifica cada procedimiento endoscópico según su riesgo hemorrágico. En aquellos de bajo riesgo (la mayoría de los que realizamos habitualmente, como una gastroscopia o colonoscopia diagnóstica), no estaría indicado retirar estos fármacos, dado que el beneficio respecto al riesgo hemorrágico es prácticamente nulo y se asocia a cierto riesgo de eventos tromboembólicos, con una morbimortalidad mucho mayor. En los de alto riesgo, establecen los plazos concretos en los que debe retirarse y reintroducirse cada fármaco, según el fármaco, el procedimiento realizado y el riesgo tromboembólico del paciente. En base a este reciente guía, planteamos un Proyecto de Mejora consistente en elaborar dos documentos de recomendaciones en pacientes antiagregados/anticoagulados: previas y posteriores a una endoscopia digestiva diagnóstica o terapéutica. Aunque estas recomendaciones ya están recogidas en el documento hospitalario vigente "RPC-57 - Recomendaciones para el manejo de pacientes con tratamiento anticoagulante y/o antiagregante ante cirugía y procedimientos invasivos", difundiremos documentos resumidos con recomendaciones específicas en el campo de la Endoscopia Digestiva con el objetivo de hacerlas llegar a los médicos peticionarios y consolidar su implementación. Estos documentos se difundirán a Centros de Salud y a otros médicos peticionarios de endoscopias, estarán disponibles en la web del servicio e intranet del Sector, y se entregarán en mano en nuestra Sección de Endoscopias Digestivas a pacientes que tomen estos fármacos. El objetivo es consolidar el manejo correcto de estos fármacos consiguiendo así reducir al mínimo los riesgos hemorrágico y tromboembólico.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Pautas de retirada y reintroducción de fármacos antiagregantes y anticoagulantes acordes a las guías de práctica clínica y documento hospitalario RPC-57 vigentes.
2. Conocimiento preciso del riesgo hemorrágico que implica cada procedimiento endoscópico, tanto para médicos solicitantes como para endoscopistas.

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. Existen varias actualizaciones de estas guías, realizadas por diferentes sociedades científicas, y las recomendaciones generalmente se basan en evidencia de baja calidad. Esto genera heterogeneidad en las pautas de manejo de estos fármacos indicadas en la práctica clínica.
2. En ocasiones existe incertidumbre acerca del riesgo hemorrágico de determinados procedimientos, que implica aún más variabilidad en el manejo de estos fármacos. En los documentos de información no solo precisaremos en detalle las pautas de manejo de estos fármacos, sino que especificaremos el riesgo hemorrágico de cada técnica endoscópica.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Optimizar la proporción de pacientes antiagregados/anticoagulados en los que se maneja adecuadamente esta medicación previamente a la realización de endoscopias.
2. Mejorar la comunicación con Centros de Salud y otros médicos peticionarios de endoscopias para minimizar

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#576

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DE FARMACOS ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES ANTES Y DESPUES DE UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA. REALIZACION DE DOCUMENTOS DE INFORMACION PARA PACIENTES Y FACULTATIVOS

dudas respecto al manejo de estos fármacos, facilitando documentos de instrucciones y contacto directo con el grupo de trabajo.

3. Conseguir que se retiren los fármacos antiagregantes o anticoagulantes únicamente si se van a realizar maniobras con alto riesgo hemorrágico, y no en casos innecesarios como sucede en muchas ocasiones, para así minimizar el riesgo de eventos cardiovasculares o tromboembólicos.

4. Mejorar el conocimiento del riesgo hemorrágico de las diferentes técnicas endoscópicas.

5. Mejorar la satisfacción de los pacientes mediante una disminución de la incertidumbre que muchas veces tienen respecto a cómo manejar estos fármacos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de un grupo de trabajo integrado por facultativos especialistas de área y personal de enfermería que coordine la puesta en marcha de este Proyecto de Calidad.

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Gonzalo Hijos Mallada

2. Diseño de dos documentos informativos. Elaboración de una encuesta breve de satisfacción para el paciente.

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Gonzalo Hijos Mallada

3. Envío de los documentos a Centros de Salud del sector y entrega a pacientes que acudan a Endoscopias Digestivas. Difusión de los mismos. Recogida de datos

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Gonzalo Hijos Mallada

4. Evaluación y análisis de los resultados obtenidos:

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Gonzalo Hijos Mallada

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes que han recibido recomendaciones adecuadas previas a la realización de endoscopias

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de pacientes que han manejado esta medicación siguiendo las recomendaciones establecida

Denominador .....: nº total de pacientes bajo estos tratamientos a los que se han realizado una endoscopia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Se recogerán los datos de todas las exploraciones realizadas a estos pacientes por parte del grupo de trabajo.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Pacientes que han recibido la hoja de recomendaciones tras la realización de endoscopias

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de pacientes que han recibido la hoja de recomendaciones post-endoscopia

Denominador .....: nº total de pacientes bajo estos tratamientos a los que se han realizado endoscopias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Se recogerán los datos de todas las exploraciones realizadas a estos pacientes por parte del grupo de trabajo.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de pacientes que no han precisado retirar fármacos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº pacientes que no han precisado retirar los fármacos

Denominador .....: nº total de pacientes bajo estos tratamientos a los que se han realizado endoscopias

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#576

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DE FARMACOS ANTIAGREGANTES Y ANTICOAGULANTES ANTES Y DESPUES DE UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA. REALIZACION DE DOCUMENTOS DE INFORMACION PARA PACIENTES Y FACULTATIVOS

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Se recogerán los datos de todas las exploraciones realizadas a estos pacientes por parte del grupo de trabajo.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

4. Satisfacción de los pacientes con los documentos de recomendación recibidos  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: n° de pacientes que valoran positivamente (> 5/10) los documentos de instrucciones recibidos  
Denominador .....: n° total de encuestas realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Se realizarán encuestas de satisfacción a los pacientes por parte del grupo de trabajo.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#577

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCOPICA SIN NECESIDAD DE INGRESO EL DÍA PREVIO A LA INTERVENCION

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#577 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
SOSTRES HOMEDES CARLOS

Título  
REALIZACION DE COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCOPICA SIN NECESIDAD DE INGRESO EL DÍA PREVIO A LA INTERVENCION

Colaboradores/as:  
BACHILLER CALVO ANA CRISTINA  
CAMPILLOS ACIN ALEXANDRA  
CORTES GARCIA LUIS  
DEL POZO PARA ESTHER  
HIJOS MALLADA GONZALO  
LUE XX ALBERTO  
MORENO LAMANA CARLOTA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: DIGESTIVO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (C.P.R.E) es una exploración que combina la endoscopia digestiva alta con la imagen radiológica. Se trata de una de las pruebas endoscópicas de mayor complejidad técnica y por ello es realizada únicamente por endoscopistas avanzados con una capacitación específica. En nuestro centro, actualmente realizamos unas 45-50 C.P.R.Es mensuales, siempre (a excepción de casos urgentes) en horario de primera mitad de la mañana (8.30 - 12 am), de lunes a jueves. En el año 2021 se actualizó el protocolo de actuación ante la realización de esta prueba en nuestro centro, enumerando una serie de recomendaciones que se deben realizar antes, durante y tras la C.P.R.E de acuerdo con las pautas que marcan las últimas Guías de Práctica Clínica Europeas (actualizadas en 2019). En dicho documento, se establece que el paciente que va a someterse a una C.P.R.E ingresará la tarde-noche antes del procedimiento. Las acciones que se realizan actualmente el día previo a esta prueba son comprobar el consentimiento informado del paciente, canalizar una vía periférica, asegurar que haya retirado correctamente fármacos antiagregantes- anticoagulantes y evaluar si el paciente precisa profilaxis antibiótica (indicada en casos muy seleccionados, la primera dosis debe administrarse 1 hora antes de la prueba y la segunda a las 12 horas de su realización) así como el tipo de profilaxis de pancreatitis post-CPRE indicada (se realiza en todos los casos, generalmente mediante AINES transrectales que deben administrarse inmediatamente antes de la prueba). Consideramos que estas acciones a realizar no precisan una noche adicional de ingreso previa a la prueba, que actualmente indicamos en todos los pacientes. Planteamos un Proyecto de Mejora para modificar nuestra práctica clínica, evitando esta estancia adicional previa a la C.P.R.E. Los pacientes a los que vaya a realizarse esta prueba acudirán directamente desde su domicilio a la Sección de Endoscopias Digestivas a primera hora (8am), donde el personal de enfermería los recibirá en la Sala del Despertar y realizará los procedimientos previamente mencionados, que hasta ahora se realizaban en Planta de Hospitalización, bajo supervisión de los facultativos responsables de realizar dichas pruebas. Tras la exploración, los pacientes ingresarán en planta para realizar 24 horas de observación, como se realiza actualmente. En caso de que no se haya realizado esfinterotomía endoscópica, podría valorarse incluso el alta durante la misma tarde de la prueba, dado que actualmente contamos con personal de guardia presencial diario, evitando así 2 estancias. Este Proyecto implicará reducir unas 50 estancias mensuales en la Planta de Aparato Digestivo (600 al año), aliviando parcialmente la presión asistencial de la planta de hospitalización. Así mismo, supondrá mayor comodidad para los pacientes, que pasarán de precisar 2 noches de ingreso a una única (o incluso ninguna) cuando se sometan a una C.P.R.E.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Dinámica actual de pacientes que acuden a realizarse una C.P.R.E, evitando el ingreso la tarde previa a dicha intervención.
2. Responsabilidad del personal de Endoscopias Digestivas (enfermería y facultativos especialistas) de los procesos que deben realizarse antes de dicha intervención de acuerdo con el protocolo vigente en nuestro centro.

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. El ingreso la tarde previa a la C.P.R.E es el procedimiento que se lleva realizando desde la instauración de esta prueba en nuestro servicio. Sin embargo, tras valorar las actuaciones que deben realizarse en estos pacientes consideramos que este ingreso es innecesario en la mayoría de los casos (quizá la única excepción sea en pacientes que

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#577

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA SIN NECESIDAD DE INGRESO EL DÍA PREVIO A LA INTERVENCION

vivan lejos de nuestro centro y no tengan medios para desplazarse en el horario mencionado de estas pruebas).

2. La realización de los procedimientos previos a esta intervención (recepción del paciente, administración de profilaxis antibiótica y de pancreatitis post-CPRE) se ha realizado hasta el momento por el personal de la Planta de Hospitalización. Con la implementación de este Proyecto, pasará a depender del Personal de Endoscopias Digestivas, unificando en la misma plantilla la responsabilidad tanto de los procedimientos previos como la realización de la propia prueba, evitando la disparidad de criterio que puede darse en casos complejos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Evitar ingresos programados el día previo a la realización de C.P.R.E, que consideramos no necesarios.
2. Traspaso de responsabilidades del personal de Planta al de Endoscopias Digestivas de la recepción de pacientes y procedimientos previos a la C.P.R.E.
3. Optimización de la adecuada indicación de profilaxis antibiótica y de pancreatitis post-C.P.R.E. mediante la supervisión por parte de los facultativos que realizarán estas pruebas.
4. Mejorar el grado de satisfacción de pacientes a los que se realiza esta exploración.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación del grupo de trabajo y coordinación de esta modificación de la práctica clínica habitual. Elaboración de una encuesta breve de satisfacción para el paciente.

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Carlos Sostres Homedes

2. Modificación de la actuación ante pacientes que acuden a realizarse una C.P.R.E, evitando el ingreso inicial.

Recogida de datos.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Carlos Sostres Homedes

3. Evaluación y análisis de los resultados obtenidos.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Carlos Sostres Homedes

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes sometidos a C.P.R.E en los que se ha evitado el ingreso

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de

CPRE sin ingreso previo

Denominador .....: nº de CPRE totales.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: se recogerán los datos de todas las exploraciones realizadas por parte del grupo de trabajo.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Porcentaje de ingresos evitados respecto al mismo periodo el pasado año

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: nº de

estancias evitadas tras la implementación de este Proyecto (1-2 por paciente)

Denominador .....: nº de

estancias por la misma indicación el pasado año (estimadas 100 estancias mensuales).

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: se recogerán los datos de todas las exploraciones realizadas por parte del grupo de trabajo.

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#577

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCOPICA SIN NECESIDAD DE INGRESO EL DÍA PREVIO A LA INTERVENCION

##### 3. Adecuación en la indicación de profilaxis antibiótica

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de pacientes a los que se ha administrado antibiótico previo a la realización de C.P.R.E de acuerdo a las recomendaciones vigentes

Denominador .....: nº total de pacientes a los que ha administrado antibiótico

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: se recogerán los datos de todas las exploraciones realizadas por parte del grupo de trabajo.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 4. Adecuación en la administración de profilaxis de pancreatitis post-C.P.R.E-

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de pacientes a los que se ha administrado profilaxis de pancreatitis post-C.P.R.E

Denominador .....: nº total de C.P.R.E.s realizadas

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: se recogerán los datos de todas las exploraciones realizadas por parte del grupo de trabajo.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 5. Satisfacción de los pacientes con el nuevo procedimiento de actuación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de pacientes que valoran positivamente (> 5/10) no haber ingresado el día anterior a la prueba

Denominador .....: nº total de encuestas realizadas.

$x(1-100-1000)$  ...: 100

Fuentes de datos.: se realizarán encuestas de satisfacción a los pacientes por parte del grupo de trabajo.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#628

### 1. TÍTULO

#### INFORMACION PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE APARATO DIGESTIVO

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#628 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ALFARO ALMAJANO ENRIQUE

Título  
INFORMACION PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE APARATO DIGESTIVO

Colaboradores/as:  
DOMPER ARNAL MARIA JOSE  
GARCIA MATEO SANDRA  
GARCIA RAYADO GUILLERMO  
GARGALLO PUYUELO CARLA JERUSALEN  
MILLASTRE BOCOS JUDITH  
REMACHA TOMEY BEGOÑA VISITACION  
SANCHEZ MIGUEL ELENA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: DIGESTIVO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La planta de hospitalización es una de las áreas de mayor carga asistencial del servicio de Aparato Digestivo. Actualmente el manejo de los pacientes hospitalizados se reparte entre los diferentes equipos asistenciales en los que se subdivide la planta, estando cada equipo integrado por varios profesionales que alternan entre ellos la atención en el área de hospitalización. Estos equipos son Gastroenterología y Enfermedad inflamatoria intestinal, Páncreas y vías biliares, Hepatología y trasplante hepático y Digestivo general, asignándose los pacientes en función de su patología a los diferentes equipos para así poder ofrecer una atención más personalizada y de mayor calidad.

El ingreso hospitalario conlleva una situación de incertidumbre para el paciente puesto que en muchos casos se trata de la primera vez que precisan una estancia en el área de hospitalización. Junto con la propia asistencia sanitaria existen otros aspectos muy importantes que influyen en la percepción que el paciente tiene de su estancia hospitalaria. La conjugación del abordaje diagnóstico y/o terapéutico, la percepción de la asistencia sanitaria y la necesidad de los profesionales sanitarios de realizar una adecuada gestión del tiempo de trabajo es muy importante para poder desarrollar una buena relación médico-paciente durante el ingreso. Los pacientes y sus acompañantes con frecuencia presentan las mismas dudas como, por ejemplo, cuál es el equipo médico que va a atender al paciente, los horarios de visita médica, los horarios de información y el lugar habilitado para ello, las normas generales para un adecuado funcionamiento de la planta, el número máximo de acompañantes o la forma de tramitar las bajas o permisos a familiares.

Consideramos que la entrega el primer día del ingreso de un soporte visual mediante una hoja de información que responda a las dudas más frecuentemente planteadas por los pacientes y los familiares indicadas previamente puede incrementar la calidad asistencial percibida por el paciente, mejorar la relación médico-paciente y ayudar a una adecuada estancia hospitalaria en un momento de importante incertidumbre para el paciente y los familiares como el que supone un ingreso hospitalario.

Por otra parte, el lugar donde los familiares reciben la información relativa al estado del paciente también consideramos que es de gran importancia. Establecer un lugar concreto con horarios que no interfieran la labor asistencial puede incrementar la calidad de asistencia percibida por pacientes y familiares. Para una adecuada transmisión de la información es necesario un lugar que proporcione al paciente y sus acompañantes la intimidad necesaria para transmitirle una información confidencial, que en muchas ocasiones puede condicionar su salud futura y su esperanza de vida (con el impacto psicológico que esto supone) y que facilite la resolución de dudas que le puedan surgir con respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, siendo esto difícil de realizar en ocasiones puesto que la mayoría de las habitaciones son compartidas.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. El desconocimiento de las normas generales de la planta y del funcionamiento de la misma como los horarios de visita e información o el médico responsable del paciente
2. La transmisión de la información al paciente y los familiares no se realiza de forma óptima

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. En la mayoría de las ocasiones el ingreso en digestivo supone una novedad para pacientes y familiares
2. La logística hospitalaria dificulta una transmisión tranquila e individual de la información (habitaciones compartidas, ausencia de un lugar estandarizado para hablar con los familiares)

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#628

### 1. TÍTULO

#### INFORMACION PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE APARATO DIGESTIVO

- Mejorar el grado de satisfacción del paciente y los familiares de su estancia en la planta de hospitalización
- Minimizar el impacto que supone el ingreso de una paciente en la planta de hospitalización
- Mejorar el grado de conocimiento de la normativa de la planta por parte del paciente y los familiares
- Mejorar la forma de transmisión de la información sobre el paciente a los familiares, si este consiente dicha información, de la manera más adecuada e individualizada

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de un grupo de trabajo integrado por todos los colectivos sanitarios que trabajan en la unidad de hospitalización

Fecha inicio: 14/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Enrique Alfaro Almajano

2. Diseño de un documento informativo para familiares y pacientes que recoja la información más relevante, la normativa de la planta y la dinámica de trabajo en la misma

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 21/08/2022

Responsable.: Carla J. Gargallo Puyuelo

3. Presentación en el servicio del documento informativo antes de su aplicación

Fecha inicio: 22/08/2022

Fecha final.: 23/08/2022

Responsable.: Enrique Alfaro Almajano

4. Estandarización y adecuación del lugar y los horarios de información a familiares de pacientes

Fecha inicio: 22/08/2022

Fecha final.: 28/08/2022

Responsable.: Sandra Garcia Mateo

5. Entrega del documento informativo a los pacientes y familiares que ingresen en la planta de hospitalización

Fecha inicio: 29/08/2022

Fecha final.: 11/12/2022

Responsable.: Enrique Alfaro Almajano

6. Evaluación del impacto del documento sobre la satisfacción del paciente respecto a la resolución de dudas y conocimiento del funcionamiento de la unidad de hospitalización

Fecha inicio: 29/08/2022

Fecha final.: 11/12/2022

Responsable.: Judith Millastre Bocos

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Conocimiento del documento informativo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales con conocimiento del documento

Denominador .....: Número total de profesionales que trabajan en la planta de hospitalización

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Entrevista personal

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Entrega del documento informativo a pacientes y familiares

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Numero de documentos informativos entregados

Denominador .....: Número de ingresos en la planta de hospitalización

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Control numérico de los documentos utilizados

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Encuesta de satisfacción de la información recibida

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Numero de pacientes satisfechos con la información recibida

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#628

### 1. TÍTULO

#### INFORMACION PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACION DE APARATO DIGESTIVO

Denominador .....: Número de ingresos en la planta de hospitalización  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción a usuarios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#648

### 1. TÍTULO

#### VIA RAPIDA TRATAMIENTO HELICOBACTER PYLORI. CONSULTA ENFERMERIA SERVICIO DIGESTIVO I.J

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#648 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAZARO ASPAS MARIA

Título  
VIA RAPIDA TRATAMIENTO HELICOBACTER PYLORI.  
CONSULTA ENFERMERIA SERVICIO DIGESTIVO I.J

Colaboradores/as:  
ALFARO ALMAJANO ENRIQUE  
ARROYO VILLARINO TERESA  
DOMPER ARNAL MARIA JOSE  
GARCIA MATEO SANDRA  
GARCIA RAYADO GUILLERMO  
MARTINEZ CRESPO ELENA  
SANCHEZ MIGUEL ELENA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: DIGESTIVO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El término dispepsia se refiere a un dolor abdominal localizado en la parte central y superior del abdomen, se puede acompañar de náuseas, hinchazón abdominal, digestión pesada o eructación. La dispepsia puede deberse a motivos muy diferentes, uno de ellos es la infección por la bacteria *Helicobacter pylori*.

La dispepsia es un motivo muy común de consulta, tanto en la consulta de medicina de familia, como en especializada. Durante el último año, la dispepsia funcional ha sido el motivo de consulta del 16% de primeras visitas de la consulta general de Aparato Digestivo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualmente son muchos los pacientes en seguimiento por este motivo, los tiempos de demora para revisión en la consulta general de Aparato Digestivo es de aproximadamente 35-40 días, debido a estos tiempos hay pacientes que acuden a nuestra consulta para la administración del tratamiento erradicador, pero debido a la demora, ya ha sido iniciado desde la consulta de atención primaria.

Hemos detectado que en ocasiones no se utiliza el tratamiento adecuado, ni se realizan las pruebas diagnósticas en correctas condiciones.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La principal causa, es la "demora" en la lista de espera para resultados, ante este escenario, hemos planteado la creación de una vía rápida para tratamiento del *Helicobacter pylori* desde la consulta de enfermería, sin necesidad de derivar a Atención primaria, ni aumentar los tiempos de espera en la consulta especializada, haciendo un uso más efectivo del tiempo y de los recursos que disponemos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal del proyecto es cerrar el círculo diagnóstico-tratamiento-comprobación de erradicación de la bacteria en la consulta general, de acuerdo al V Conferencia Española de Consenso en mayo de 2021, (Gisbert et al. 2022) .

#### Objetivos secundarios:

- Realizar un uso adecuado de los fármacos, prescribir el tratamiento indicado, a los pacientes en los que esté indicado su erradicación.
- Comprobación de la erradicación mediante test de urea marcado con carbono 13, en las condiciones óptimas para ello.
- Educación para la salud; reforzar la correcta toma del tratamiento, posibles efectos adversos. Mejorar la adherencia y, en consecuencia, las tasas de erradicación.
- Duplicidad de consultas, evitar que el paciente acuda a primaria y a especializada por el mismo motivo.
- Reducir la carga de la consulta general, mejorar listas de espera para revisión de resultados

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión resultados test de aliento, anatomía patológica.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2024

Responsable.: ENFERMERA CONSULTA EXTERNA DIGESTIVO

2. Prescripción tratamiento erradicador *Helicobacter pylori*

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#648

### 1. TÍTULO

#### VIA RAPIDA TRATAMIENTO HELICOBACTER PYLORI. CONSULTA ENFERMERIA SERVICIO DIGESTIVO I.J

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2024  
Responsable.: MÉDICO CONSULTA DIGESTIVO

3. Realizar visita presencial o telefónica, explicar tratamiento, entrega infografía. Incidir posibles efectos adversos, para evitar abandonos, y programar próxima consulta para control post erradicación  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2024  
Responsable.: ENFERMERA CONSULTA EXTERNA DIGESTIVO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Indicador mejora erradicación

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes tratados infección H. pylori  
Denominador .....: Número de pacientes detectados con indicación para tratamiento.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro excel  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Indicador adherencia tratamiento

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que han completado la pauta  
Denominador .....: Número de pacientes que han iniciado el tratamiento erradicador  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro excel  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Indicador control erradicación

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes con test de aliento de comprobación de erradicación  
Denominador .....: número de pacientes tratados.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro excel  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#502

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LAS DIETAS TERAPEUTICAS EMPLEADAS POR EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION EN SUS CONSULTAS EXTERNAS

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#502 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
OCON BRETON MARIA JULIA

Título  
ACTUALIZACION DE LAS DIETAS TERAPEUTICAS EMPLEADAS POR EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION EN SUS CONSULTAS EXTERNAS

Colaboradores/as:  
CABREJAS GOMEZ MARIA DEL CARMEN  
CALVO GRACIA FERNANDO LUIS  
GARCIA GARCIA MARIA BLANCA  
MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN  
PEREZ GALENDE ELENA  
SALLAN DIAZ LAURA  
URDANIZ BORQUE ROSANA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ENDOCRINOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La prevalencia de las enfermedades metabólicas crónicas ha aumentado en las últimas décadas, lo que ha supuesto un incremento de la morbimortalidad, así como del coste económico sanitario en los países desarrollados. El papel de la calidad de la dieta en la prevención y la disminución de dichas enfermedades crónicas es cada día más evidente, lo que sugiere la importancia de adoptar patrones dietéticos y estilos de vida saludables. Se ha demostrado que patrones dietéticos específicos (como es el caso de la dieta Mediterránea) se asocian con una reducción del riesgo de eventos cardiovasculares mayores en pacientes de alto riesgo (obesidad, hipertensión, diabetes...) así como una reducción de la mortalidad por todas las causas al disminuir el componente inflamatorio originado por la dieta. En el año 1993 la Sociedad Aragonesa de Endocrinología y Diabetes (SADED) elaboró y publicó un conjunto de dietas polivalentes con diferente aporte calórico, basadas en la evidencia científica de la época según recomendaciones de la OMS. Hasta la fecha actual, dichas dietas han sido empleadas por el servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico Lozano Blesa a nivel ambulatorio y hospitalario, tanto para individuos sin patología metabólica como para pacientes con obesidad, dislipemia, diabetes o síndrome metabólico.

#### ÁREAS DE MEJORA

Consideramos necesario actualizar y adaptar nuestras actuales dietas a un patrón dietético respaldado por una gran parte de la comunidad científica, como es el caso del patrón dietético Mediterráneo, el cual sigue el índice de calidad dietética MEDLIFE. Este índice ha sido validado y entre sus principales características destaca una elevada proporción de grasas monoinsaturadas en relación con las saturadas, alto consumo de legumbres, cereales integrales, frutas y verduras, y bajo consumo de carnes rojas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El avance en el conocimiento de la composición de los alimentos y la disponibilidad de numerosas evidencias científicas acerca de la influencia de la alimentación y ciertos nutrientes sobre la salud. Un ejemplo de estas evidencias científicas son los rotundos resultados obtenidos en el estudio PREDIMED y proyectos derivados del mismo sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular, la menor incidencia de DM tipo 2, HTA, deterioro cognitivo y cáncer de mama.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Actualizar las dietas que tradicionalmente han sido utilizadas ambulatoriamente por el servicio de Endocrinología y Nutrición para la prevención y el tratamiento de los pacientes obesos, diabéticos, dislipémicos y con síndrome metabólico.
- Diseñar una dieta equilibrada y nutricionalmente adecuada para cubrir las necesidades fisiológicas y metabólicas del organismo, y así conseguir un estado de salud óptimo.
- Adaptar dichas dietas al patrón de dieta Mediterránea siguiendo el índice de calidad dietética MEDLIFE.
- Facilitar la labor profesional del personal sanitario que atiende a estos pacientes tanto en el ámbito de la atención especializada como ambulatoria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión de los integrantes del proyecto para analizar la situación actual, revisar la evidencia disponible y establecer las funciones de cada uno de los miembros.

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/07/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#502

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE LAS DIETAS TERAPEUTICAS EMPLEADAS POR EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION EN SUS CONSULTAS EXTERNAS

Responsable.: Julia Ocón Bretón

2. Elaboración y cálculo de diferentes dietas con contenido calórico, proteico, de micronutrientes y de fibra variable en función de los requerimientos nutricionales de los distintos tipos de pacientes.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Elena Pérez Galende

3. Se diseñarán dietas de 1000, 1400, 1800, 2000 y 2400 kcal.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Rosana Urdaniz Borque

4. Utilización de las nuevas dietas por parte de los facultativos del servicio de Endocrinología y Nutrición.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Ana Belén Mañas Martínez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Para el cálculo de las dietas se empleará el software Dietsource® y la Guía Visual de Alimentos y Raciones de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA).

Para cada dieta se diseñará un patrón tipo carta (C), con elección de alimentos según grupo al que pertenecen, y otro tipo menú (M), con los alimentos ya preestablecidos.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Utilización de las nuevas dietas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de dietas actualizadas entregadas por los facultativos a los pacientes en las Consultas Externas

Denominador .....: Número total de pacientes que precisan tratamiento dietético

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#791

### 1. TÍTULO

#### MONITORIZACION INTERSTICIAL DE GLUCOSA EN MUJERES CON DIABETES PREGESTACIONAL: RESULTADOS EN EL CONTROL GLUCEMICO, OBSTETRICO Y NEONATAL

Fecha de entrada: 24/07/2022

Nº de registro: 2022#791 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BANDRES NIVELA OROSIA

Título  
MONITORIZACION INTERSTICIAL DE GLUCOSA EN MUJERES CON DIABETES PREGESTACIONAL: RESULTADOS EN EL CONTROL GLUCEMICO, OBSTETRICO Y NEONATAL

Colaboradores/as:  
BUENO LOZANO OLGA  
CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN  
DOLZ LOPEZ MARTA  
GONZALEZ FERNANDEZ GEMA  
MONSERRAT CANTERA MARIA ESTHER  
VALLE GUILLEN SOFIA  
VENTURA FACI MARIA PURIFICACION

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ENDOCRINOLOGÍA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La diabetes (DM) pregestacional aumenta el riesgo de resultados adversos del embarazo, incluidas tasas más altas de preeclampsia y cesárea en las madres, y de anomalías congénitas, parto prematuro, mortalidad perinatal, grandes para la edad gestacional e ingreso en cuidados intensivos de neonatos. La evidencia de que el control glucémico óptimo temprano durante el primer trimestre se asocia con reducción de las anomalías congénitas y de la mortalidad perinatal está bien establecida. Del mismo modo, un control óptimo de la glucemia materna durante el segundo y tercer trimestre se asocia con disminución de preeclampsia, parto prematuro, niños grandes para la edad gestacional e ingresos en cuidados intensivos neonatales.

Por lo tanto, es prioritario que las mujeres con DM pregestacional logren un control glucémico óptimo antes y durante el embarazo. Sin embargo, este control glucémico óptimo es difícil de lograr, dada la complejidad del ajuste de la dosis de insulina, los cambios gestacionales en la sensibilidad a la insulina y la variabilidad en la absorción de insulina, sobre todo al final de la gestación. La monitorización intersticial de glucosa (aunque de uso más extendido en nuestro entorno es la monitorización flash de glucosa (MFG), algunas pacientes durante la gestación también han llevado monitorización continua de glucosa (MCG)), proporciona datos detallados sobre la dirección y la velocidad de cambio de los niveles de glucosa, favoreciendo esta mayor información un mejor control glucémico. Desde el año 2019, con la aprobación de la financiación de la MFG en DM tipo 1, y la ampliación en el año 2021 a la DM tipo 2, la mayoría de las gestantes con DM pregestacional se han controlado con este sistema en los últimos 2 años.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar el control y seguimiento de las pacientes con diabetes pregestacional, evaluando el uso de la monitorización intersticial de glucosa en la optimización de los resultados de control glucémico, obstétrico y neonatal. La demostración de su efectividad afianzaría su uso para el control en la DM pregestacional. Así como evaluar aspectos de la atención, coordinación y seguimiento que contribuyan a una mejora de la atención.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La diabetes pregestacional tipo 1 y tipo 2 aumenta el riesgo de resultados adversos tanto maternos como neonatales.

Por lo tanto, se necesita conseguir un control glucémico intensivo desde antes de la concepción y durante todo el embarazo, aun siendo difícil de lograr el control óptimo, por los cambios hormonales del embarazo que afectan a la sensibilidad a la insulina.

La monitorización intersticial continua y flash proporciona una mayor información de los niveles de glucemia, por lo que es de suponer que permitirá un mejor control glucémico, y con ello unos mejores resultados obstétricos y neonatales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Examinar la efectividad de la MFG y MCG en mujeres con DM pregestacional con múltiples dosis de insulina sobre resultados de control glucémico, resultados obstétricos y neonatales.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Comparación del control glucémico en pacientes con DM pregestacional que han utilizado un sistema MFG o MCG, con las pacientes que han utilizado el tratamiento estándar de control

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final: 12/12/2023

Responsable.: Orosia Bandrés Nivelá



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#791

### 1. TÍTULO

#### MONITORIZACION INTERSTICIAL DE GLUCOSA EN MUJERES CON DIABETES PREGESTACIONAL: RESULTADOS EN EL CONTROL GLUCEMICO, OBSTETRICO Y NEONATAL

Gema González Fernández  
Marta Dolz López.

2. Analizar los resultados obstétricos con el tratamiento estandar de control con glucemia capilar y con el uso de monitorización intersticial. Comparación con mujeres sin DM pregestacional.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 12/12/2023

Responsable.: Belen Carazo Hernández

María Esther Monserrat Cantera, Orosia Bandrés Nivelá

3. Analizar los resultados neonatales con el tratamiento estandar de control con glucemia capilar y con el uso de monitorización intersticial. Comparación con mujeres sin DM pregestacional.

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 12/12/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Purificación Ventura Faci

Olga Bueno Lozano

Sofía Valle Guillén

Orosia Bandrés Nivelá

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se revisaran pacientes con diabetes pregestacional tanto DM tipo como tipo 2 que han sido atendidas en el Hospital Clínico Universitario desde el 2021 hasta el 2023. Pacientes que han realizado un control estándar con determinación de glucemia capilar, pacientes con utilización de MCG y MFG. Se valorará el control glucémico obtenido. Se analizarán los datos obstétricos y neonatales y la comparación con de mujeres con características similares pero sin diabetes pregestacional. Lo datos maternos que se recogerán: peso, presión arterial, la dosis de insulina, los eventos adversos y los episodios de hipoglucemia grave. Se analizarán los datos de control glucémico y en las pacientes con monitorización intersticial, se analizarán otros parámetros glucométricos: tiempo en rango, tiempo por encima del rango y por debajo del rango, el coeficiente de variación. HbA1c en cada trimestre. Datos de salud específicos y se comparará con gestantes no diabéticas, como son el aumento de peso gestacional, la hipertensión gestacional, la preeclampsia, la edad gestacional, el tipo de parto, la duración de la estancia hospitalaria. Los datos de salud neonatal parto prematuro, hipoglucemia neonatal, ingreso en UCI neonatal, peso al nacer y macrosomía, apgar 1 y 5. Se analizaran otros datos: pérdida del embarazo, lesión en el parto, distocia de hombros, hiperbilirrubinemia, síndrome de dificultad respiratoria. Así como parámetros antropométricos.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes con DM pregestacional que usaron monitorización intersticial de glucosa

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes con DM pregestacional con uso de monitorización intersticial de glucosa

Denominador .....: Total de las DM pregestacional

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Tiempo en rango (TR) > 70% en pacientes con monitorización intersticial de glucosa

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de pacientes TR >70%

Denominador .....: Total de mujeres con DM pregestacional que utilizan monitorización intersticial de glucosa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Resultados obstétricos desfavorables en mujeres que emplean monitorización intersticial de glucosa

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Resultados obstétricos desfavorables en mujeres que emplean monitorización intersticial de glucosa

Denominador .....: Total de mujeres con DM pregestacional que utilizan monitorización intersticial de glucosa

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#791

### 1. TÍTULO

#### MONITORIZACION INTERSTICIAL DE GLUCOSA EN MUJERES CON DIABETES PREGESTACIONAL: RESULTADOS EN EL CONTROL GLUCEMICO, OBSTETRICO Y NEONATAL

Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

4. Resultados neonatales desfavorables en mujeres que utilizan monitorización intersticial de glucosa  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Resultados neonatales desfavorables en mujeres que emplean monitorización intersticial de glucosa  
Denominador .....: Total de las mujeres con DM pregestacional que utilizan monitorización instesticial de glucosa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#34

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DEL DELIRIUM AGUDO EN EL ANCIANO INGRESADO EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

Fecha de entrada: 01/06/2022

Nº de registro: 2022#34 \*\* Crónico Complejo \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
JORGE SAMITIER PABLO

Título  
PREVENCIÓN DEL DELIRIUM AGUDO EN EL ANCIANO INGRESADO EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

Colaboradores/as:  
SALES LAMARCA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERN

Línea estratégica: Crónico Complejo

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Delirium en el anciano genera aumento de morbimortalidad asociada al ingreso hospitalario, prolongando la estancia hospitalaria, impactando negativamente en la áreas funcionales y cognitivas del paciente, afectando emocionalmente a los cuidadores y profesionales que lo atienden y aumentando los costes potenciales

#### ÁREAS DE MEJORA

En la actualidad no existen mecanismos de prevención estandarizados en las unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa. Los planes de cuidados centrados en la detección del riesgo de delirium al ingreso y en la prevención mediante la formación especializada a los profesionales y formación en cuidados básicos a los cuidadores no profesionales pueden mejorar el problema.

Existe evidencia de que el delirium hipoactivo está infradiagnosticado.

Existe desconexión entre el personal de enfermería y los cuidadores informales.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El delirium es percibido como consustancial al ingreso hospitalario de muchas personas mayores.

El delirium hipoactivo no urgencia ni estrés en el momento de atenderlo, al contrario que el delirium hiperactivo.

La falta de formación y la demanda de cuidados por parte de los cuidadores informales es percibido como sobrecarga en las tareas cotidianas

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir la incidencia de delirium en los ancianos/as ingresados/as en unidades de medicina interna del HCU Lozano Blesa.

Disminuir el impacto que pueda ocasionar el desarrollo del Delirium en la persona que lo sufre.

Potenciar la introducción de la enfermería basada en la evidencia en la práctica cotidiana.

Fomentar una relación de confianza entre los profesionales enfermeros y los cuidadores informales

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Implantar el protocolo de prevención y atención al síndrome confusional agudo en el anciano ingresado en una unidad de medicina interna. RPC-124. Participarán todas las enfermeras y TCAEs de la unidad

Fecha inicio: 13/06/2022

Fecha final.: 13/06/2023

Responsable.: Pablo Jorge Samitier

2. Reuniones de equipo para analizar la implantación y el desarrollo del proceso. Podrán ser mensuales o trimestrales

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final.: 13/06/2023

Responsable.: Pablo Jorge Samitier

3. Proceso formativo:

Taller de formación especializada a los profesionales:

Talleres de formación en cuidados básicos del paciente anciano ingresado

Fecha inicio: 13/06/2022

Fecha final.: 13/06/2023

Responsable.: Pablo Jorge Samitier

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Talleres formativos a profesionales de la unidad y de formación en cuidados básicos a los cuidadores: También se realizarán píldoras informativas en formato video que estarán presentes en los ordenadores de la unidad. A los cuidadores se les dará folleto informativo y se les informará de la importancia del acompañamiento y su labor de presencia continua con el paciente.

- Descripción del síndrome, tipos y clasificación del delirium en el anciano

- Epidemiología del delirium y prevalencia en la unidad medicina interna-B.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#34

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DEL DELIRIUM AGUDO EN EL ANCIANO INGRESADO EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

- Factores predisponentes y precipitantes del Delirium. Criterios de riesgo
- Diagnóstico de delirium. Escala CAM
- Actividades preventivas en la unidad clínica
- Actuación ante el delirium declarado; contención verbal, contención farmacológica y mecánica. Aspectos éticos y de calidad asistencial.
- Participación de cuidadores familiares e informales. Descripción de las tareas que pueden realizar los cuidadores durante la estancia clínica y que fomentan la prevención del cuadro. Entrenamiento en el modo de actuar frente al delirium declarado.
- 1º Las enfermeras deberán realizar un primer cribado de riesgo al ingreso del paciente valorando el riesgo elevado de padecer delirium (>75 años y con índice de Barthel<75ptos)
- 2º Si cumple criterio de alto riesgo se informará al familiar acompañante del riesgo de sufrir delirium y se le enseñará el folleto informativo y se recomendará que el paciente esté acompañado el mayor tiempo posible y que se le irán dando indicaciones sobre como puede participar en el cuidado de su familiar durante la estancia clínica.
- 3º La enfermera que ingresa al paciente o la del turno siguiente completará la valoración de enfermería cumplimentando la escala de Pfeiffer de deterioro cognitivo e iniciará o completará la formación/entrenamiento al cuidador.
- 4º En cada turno se valorará el estado cognitivo del paciente y se comprobará el grado de adaptación del familiar o cuidadora a las necesidades de cuidados del paciente, insistiendo si fuera necesario en la importancia de su colaboración, en la medida de lo posible.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Incidencia delirium anciano

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de casos nuevos aparecidos en la unidad que cumplen criterios de inclusión

Denominador .....: nº de pacientes que cumplen criterios de inclusión en el año natural

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Tabla excell de elaboración propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

##### 2. Impacto delirium durante ingreso

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de casos diagnosticados de delirium con dependencia grave al alta (barthel<35)

Denominador .....: nº de casos diagnosticados de delirium

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Tabla excell de elaboración propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

##### 3. formación especializada

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de profesionales de enfermería que reciben la formación

Denominador .....: total de profesionales de enfermería de la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Tabla excell de elaboración propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 4. formación básica en cuidados al paciente mayor ingresado

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de cuidadores que reciben el entrenamiento específico

Denominador .....: nº de pacientes incluidos en el proyecto en el año natural

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Tabla excell de elaboración propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

La recogida de información se realizará mediante programa informático excell en la unidad de medicina interna B del Hospital Clínico Lozano Blesa. En una primera fase se recogerá información durante el segundo semestre del año 2022 y tras analizar los resultados poder extrapolar el proyecto al resto de unidades de medicina interna.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#34

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DEL DELIRIUM AGUDO EN EL ANCIANO INGRESADO EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#430

### 1. TÍTULO

#### PLATAFORMA DE AUTOFORMACION PARA ENFERMERÍA DE UCI DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#430 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
REGAÑO VIGIL MARIA-PILAR

Título  
PLATAFORMA DE AUTOFORMACION PARA ENFERMERÍA DE UCI DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa DE ZARAGOZA

Colaboradores/as:  
COSTA NAVASCUES BEATRIZ  
FERNANDEZ SANCHEZ GUSTAVO  
IBAÑEZ PACHECO ANA M.  
LAZARO ROLDAN SARA  
PARDO ARTERO INMACULADA  
SANCHEZ SANCHEZ ELENA  
SIMON CASAMIAN ROSA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE UCI QUIRÚRGICA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa \*ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE UCI  
MÉDICA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El personal de enfermería y TCAE que presta servicio en la UCI, debe tener formación específica en cuidados críticos que le aporte un profundo conocimiento científico de los procesos fisiopatológicos de los pacientes y de las respuestas del paciente a la enfermedad. La enfermería de la UCI debe estar familiarizada con una amplia gama de técnicas y procedimientos, así como, debe estar capacitada para la valoración y planificación de los cuidados para pacientes en situación crítica. Dicha información, se refleja en el documento adherido al Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, del Mº Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS), "Estándares y recomendaciones en las Unidades de Cuidados Intensivos". Actualmente en la UCI del HCULB trabajamos una amplia plantilla de personal de enfermería (más de 128 profesionales). Todo esto, junto con los períodos vacacionales y las frecuentes movilidades de personal, supone una alta rotación de personal en nuestro servicio.

#### ÁREAS DE MEJORA

Este proyecto aspira a servir como guía formadora para los recién llegados y guía unificadora de criterios de trabajo para todo el personal de enfermería de nuestra UCI. Además en el día a día, proporcionaría el acceso a procedimientos y técnicas que solo se dan en UCI, con acceso fácil y rápido.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El personal nuevo llega con dos factores comunes: No tener formación previa en UCI, la cual van adquiriendo día a día gracias al apoyo y supervisión de los compañeros, y por otro lado, asumir pacientes de UCI desde su primer día sin posibilidad de reciclaje previo. Todo ello supone una sobrecarga de trabajo físico y psíquico para la plantilla, y también puede tener una repercusión directa, negativa, en la atención de calidad al paciente, así como, un probable coste económico (errores en la praxis, absentismo laboral, sobrecarga de trabajo).

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Aumentar la seguridad del profesional frente al paciente de UCI .  
Atender las expectativas de los profesionales respecto a su formación continuada.  
Facilitar el acceso a los protocolos y procedimientos vigentes.  
Unificar conocimientos, criterios y pautas de trabajo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación de los tutores en el curso de creación de contenidos de la plataforma Moodle

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: Maria Pilar Regaño Vigil

2. Unificar conocimientos, criterios y pautas de trabajo que se incluirán en el paquete formativo o de consulta.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Sara Lázaro Roldan

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#430

### 1. TÍTULO

#### PLATAFORMA DE AUTOFORMACION PARA ENFERMERÍA DE UCI DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

3. Consultar con las nuevas incorporaciones el temario previsto y añadir sus sugerencias si existen. Proceso continuo mientras dure la realización del paquete formativo.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Beatriz Costa Navascues

4. Subir los contenidos del paquete formativo a la plataforma.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/12/2023

Responsable.: Elena Sanchez Sanchez

5. Informar al personal de UCI de la incorporación de contenidos a la plataforma.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2024

Responsable.: Inmaculada Pardo Artero

6. Captación activa de nuevos profesionales durante los periodos de contratación.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2024

Responsable.: Ana Maria Ibañez Pacheco

7. Tutorización de nuevos profesionales.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2024

Responsable.: Rosa Simon Casamian

8. Análisis de cuestionarios de conocimientos adquiridos y de encuesta de satisfacción previamente elaboradas.

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 01/09/2024

Responsable.: Gustavo Fernandez Sanchez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Este proyecto se desarrollará utilizando la Plataforma de TELEFORMACIÓN DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD.

A través de la Unidad de Formación del Sector III, se solicitará un espacio en la plataforma Moodle. Para poder integrar los contenidos en la plataforma se realizará el curso de "Creación de contenidos de Moodle".

Los contenidos serán de fácil acceso, si el procedimiento o técnica es complejo, estructurándolo en varias partes, adjuntando documentación, y en algunas técnicas o procedimientos podrán ir acompañados de soporte visual.

Al tratarse de una plataforma de enseñanza queremos que sea dinámica, por ello, se podría considerar una segunda fase del proyecto o bien, posteriormente, elaborar otro proyecto de mejora, con otras actividades por ejemplo:

-Una sección con artículos de actualidad en enfermería y relacionados con nuestro trabajo para mantenernos actualizados.

-Una sección de con cursos, talleres y enlaces de interés para el personal, así como congresos nacionales e internacionales UCI.

-Nuevas tecnologías, procedimientos y protocolos relacionados con UCI .

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Accesibilidad a la plataforma

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de profesionales diana que se conectan a la plataforma y finalizan el contenido

Denominador .....: Nº total de profesionales diana

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plataforma de autoformacion y programa de turnos GPT

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Satisfacción de profesionales

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de profesionales que acceden al curso que resultan satisfechos o muy satisfechos

Denominador .....: Nº total de profesionales que acceden al curso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plataforma de autoformacion

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#430

### 1. TÍTULO

#### PLATAFORMA DE AUTOFORMACION PARA ENFERMERÍA DE UCI DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Introducción de contenidos a la plataforma  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de temas subidos  
Denominador .....: N° total de temas consensuados como formación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Plataforma de autoformacion  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
ENCUESTA VALORACION DEL USUARIO:  
Automática, en la plataforma al completar todos los contenidos. (ítems)

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías que requieren asistencia o estancia en Unidades de Cuidados Intensivos.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#549

### 1. TÍTULO

#### GRUPO DE MEJORA PARA LA REDUCCION DEL SONIDO AMBIENTAL EN LA UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA

Fecha de entrada: 11/07/2022

Nº de registro: 2022#549 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MONTEAGUDO IBAÑEZ ROSA CARMEN

Título  
GRUPO DE MEJORA PARA LA REDUCCION DEL SONIDO AMBIENTAL EN LA UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA

Colaboradores/as:  
ANDIA HORNO RAQUEL  
LAITA ZARCA MARIA CARMEN  
MIGUEL DE LA MERCED ANA CELIA DE  
PICARDO NAVARRO RAQUEL  
PORTUGUES VEGARA MARIA JOSE  
QUINTANA TERUEL BEATRIZ  
TEJERO EZPELETA M. JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERÍA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE NEUROCIRUGÍA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La OMS , la directiva europea 2002/49/EC 2002 y el real Decreto 1367/2007 que desarrolla la Ley de Ruido 37/2003, recomiendan que el nivel sonoro en el interior de los hospitales sea de 45 dB durante el día y de 35 dB por la noche en zonas de estancia, mientras que en los dormitorios no debería superar los 40 dB durante el día y los 30 dB por la noche.

El manual de la OMS "Night Noise Guidelines" indica los efectos y umbrales sobre los que existe evidencia suficiente y limitada del daño que genera el ruido en la salud quedando demostrado que el ruido provoca perturbaciones en el sueño que van desde el insomnio hasta los despertares frecuentes con la disminución de calidad del mismo.

Otros efectos adversos del ruido son: cefalea, dificultad para la comunicación oral, estrés, fatiga, alteraciones en el sistema cardiovascular ,nervioso y endocrino, mal control del dolor, irritabilidad y deterioro del sistema inmune.

La presencia de ruido también afecta a la labor del profesional disminuyendo su concentración e incrementando el riesgo de errores pudiendo verse comprometida la seguridad del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Sobre los materiales: carros, puertas ,sistemas de ventilación, alarmas de aparatajes, sistemas hidráulicos de los pedales de las camas.  
Sobre los profesionales y acompañantes: concienciación sobre la importancia del silencio y su uso como herramienta terapéutica.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Materiales desgastados por el uso y falta de mantenimiento de los mismos.  
Cultura y sociedad ruidosa no somos conscientes del ruido que generamos, falta de concienciación sobre los beneficios del silencio.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir el sonido ambiental en la unidad medido en decibelios.

Establecer entre los profesionales de la unidad una cultura de silencio fruto de la concienciación y motivación de todos ellos.

Mejorar el confort de los pacientes durante su estancia en nuestra unidad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Acondicionamiento de tres espacios diferentes para el cambio de turno

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Ana Celia De Miguel De La Merced

2. Elaboración y entrega de tríptico informativo de unidad comprometida con el silencio al ingreso

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Beatriz Quintana Teruel

3. Creación e implantación de la figura del personal silenciador

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: María José Tejero Ezpeleta



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#549

### 1. TÍTULO

#### GRUPO DE MEJORA PARA LA REDUCCION DEL SONIDO AMBIENTAL EN LA UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA

4. Uso del piloto de presencia en las habitaciones

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Raquel Picardo Navarro

5. Realizar el pase de visita en horario establecido e informar a los familiares tras el mismo en espacios habilitados para ello.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: María José Portugués Vegara

6. Sesiones informativas y concienciadoras a los profesionales de la unidad

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Raquel Andía Horno

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Difusión tríptico informativo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de trípticos entregados al ingreso

Denominador .....: Nº total de ingresos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio y HPHISS

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Formación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de asistentes a las sesiones informativas

Denominador .....: Nº total de profesionales de la unidad x 100

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio y GPT

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

3. Nivel de sonido

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de mediciones por debajo de 60 dB

Denominador .....: Nº total de mediciones realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio en hoja de Excel de las mediciones tomadas con sonómetro

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Encuestas de satisfacción

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes que expresan estar satisfechos o muy satisfechos con el nivel de ruido en la unidad

Denominador .....: Nº total de pacientes encuestados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio utilizando formulario (papel o google)

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#549

### 1. TÍTULO

#### GRUPO DE MEJORA PARA LA REDUCCION DEL SONIDO AMBIENTAL EN LA UNIDAD DE NEUROCIRUGÍA

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#776

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA TRAZABILIDAD DEL INSTRUMENTAL PROCEDENTE DEL BLOQUE QUIRURGICO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#776 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LEAL UCAR SARAH

Título  
PROYECTO DE MEJORA DE LA TRAZABILIDAD DEL INSTRUMENTAL PROCEDENTE DEL BLOQUE QUIRURGICO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

Colaboradores/as:  
CALLE CUADRADO ANA MARIA  
CORDERO SANCHEZ MARIA DEL CARMEN  
GINES SANCHO MARIA  
UTRILLA IBUARBEN MARTA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ESTERILIZACIÓN

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La trazabilidad, tanto manual como informática, es un proceso de cumplimiento obligado que engloba el conjunto de actividades y procedimientos técnicos que facilita el control integral del producto a lo largo de todas las fases en el proceso de esterilización. Además, para conseguir la correcta trazabilidad de un producto, es preciso que sea registrada en la historia clínica del paciente.

La central de esterilización (CE) es el servicio que recibe, acondiciona, procesa, controla y distribuye distintos artículos (textiles, equipamiento biomédico e instrumental) a otras unidades, tanto hospitalarias como extrahospitalarias. Asimismo, es el lugar de procesamiento de productos estériles, que comprende áreas definidas para recepcionar, descontaminar, lavar, desinfectar, esterilizar y almacenar productos estériles.

El proceso de esterilización solo puede avalarse mediante la monitorización de controles de proceso (físicos, químicos y biológicos) y la gestión de calidad de todos ellos. El sistema de calidad de la CE debe incluir:

- Estructura física y organizativa.
- Formación del personal.
- Documentación que garantice la trazabilidad del producto esterilizado.
- Control de calidad de la esterilización.
- Evaluación periódica para una mejora de la calidad mediante el establecimiento de criterios, indicadores y estándares.

Cada área funcional de la CE debe disponer de protocolos, específicos y normalizados de trabajo, conservando registros que permitan documentar la trazabilidad de todos los productos que se procesan en la misma.

La certificación por normas UNE-EN ISO resulta importante en la gestión de la calidad de la CE. Gracias a ellos, hay múltiples indicadores de calidad con los que se puede alcanzar un progreso continuo de la calidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

No tenemos proyectos aceptados

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Nos faltan conocimientos, no sabemos el punto en el que se encuentran nuestros indicadores de calidad

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Asegurar la continuidad del proceso.
- Llevar a cabo las mejoras correspondientes para minimizar los errores derivados del proceso.
- Garantizar la formación necesaria para que todos los profesionales implicados puedan llevar a cabo los procesos necesarios.
- Responder la demanda del bloque quirúrgico adecuadamente.
- Colaborar/participar con el bloque quirúrgico para la correcta actualización de la base de datos (BD) del material existente.
- Difundir/implantar las modificaciones entre el personal de la CE.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión y actualización de la BD (programa informático Instacount)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Sarah Leal Úcar

2. Llevar a cabo las modificaciones necesarias en los catálogos de instrumental impresos derivados de la BD actualizada (sirven para el correcto montaje del instrumental procedente del bloque quirúrgico)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Sarah Leal Úcar

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#776

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA TRAZABILIDAD DEL INSTRUMENTAL PROCEDENTE DEL BLOQUE QUIRURGICO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

3. Realización de talleres dentro de la CE para mejorar la formación del personal

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: María del Carmen Cordero Sánchez

4. Elaborar indicadores de control de proceso

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: María Ginés Sancho

5. Medir los indicadores trimestralmente

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Ana María Calle Cuadrado

6. Evaluación de resultados

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Ana María Calle Cuadrado

7. Informar de los resultados a los profesionales

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: María Ginés Sancho

8. Propuesta de acciones de mejora

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: María del Carmen Cordero Sánchez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje del personal de la Central de Esterilización que asiste a los talleres de formación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Personal de la CE que participa en las actividades formativas

Denominador .....: Personal total de la CE

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de hoja de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de instrumental esterilizado empleado que puede constatar la continuidad del proceso

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de material esterilizado que cumple los requisitos de trazabilidad

Denominador .....: N° de material esterilizado total

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: BD programa informático de trazabilidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1153

### 1. TÍTULO

#### DETECTRA Y PREVENIR ERRORES;GESTION DE RIESGOS Y PLAN DE CONTINGENCIAS DE LA UNIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HCULB

Fecha de entrada: 02/08/2022

Nº de registro: 2022#1153 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
COSTACHE NUTA MONICA

Título  
DETECTRA Y PREVENIR ERRORES;GESTION DE RIESGOS Y PLAN DE CONTINGENCIAS DE LA UNIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HCULB

Colaboradores/as:  
EGIDO CEBOLLADA MARIA CARMEN  
REQUEJO ORTEGA ALEJANDRO  
TERREU GARCES TANIA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ESTERILIZACIÓN

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Actualización de conocimientos por parte de todo el personal.  
Valoración de las acciones formativas recibidas.  
Reevaluación de los AMFE(Análisis Modal de Fallos y Efectos)para la identificación de situaciones en las que un proceso puede fallar y por qué,valorar los efectos de errores potenciales y priorizar medidas correctoras.  
Estandarización de la ejecución de procedimientos.  
Relación con clientes,encuesta de valoración de la esterilización del material no fungible y seguridad del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Recepción de material sanitario  
Clasificación del material sanitario para su reprocesado  
Preparación de material para esterilizar  
Limpieza y desinfección del material sanitario.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La Unidad central de esterilización (UCE) es aquella donde se realiza el proceso de producción de material estéril para su uso clínico según unos procesos que garantizan la seguridad biológica de estos productos para ser utilizados con el paciente, siguiendo la norma de calidad UNE-ENISO- 9001. Se puede decir que es el centro donde se inicia la seguridad del paciente. Los hallazgos del estudio ENEAS avalan que la infección nosocomial como efecto adverso sigue teniendo un impacto potencial muy alto con una alta prevalencia (25,3%) y alta evitabilidad (56,6).

Esto ha llevado a que el SNS desde el año 2005 haya desarrollado una estrategia de seguridad del paciente. Según recoge el plan de "Estrategias de seguridad del paciente periodo 2015-2020" entre los objetivos de la estrategia, orientada a mejorar la cultura de seguridad, se incluye el plan de formación relacionando directamente con la formación de los profesionales encaminado a prácticas seguras. Por eso el documento "Unidad Central de Esterilización:Estándares y recomendaciones ", incluido en el plan de calidad para el SNS elaborado por el MSSSI, recomiendan en su apartado 6.6"Formación continuada del personal de la central de esterilización". Como cita el documento "Debe existir un programa de entrenamiento continuo para todo el personal de la central de esterilización que contemple la revisión y actualización en los siguientes campos de conocimiento: microbiología; procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización del material médico; métodos de empaquetado, embolsado o encajado del instrumental médico; preparación del material textil; incompatibilidades; cargas de los esterilizadores; control de los procesos; almacenaje de material estéril; recolección y entrega de material; uso del equipo de protección personal (EPP); medidas de prevención de riesgos laborales". "La capacitación inicial debe reforzarse mediante actividades de formación continuada, preferentemente en ciclos anuales. Además de los contenidos referidos es conveniente que el programa formativo incluya módulos de informática, que aportan conocimientos indispensables en el desempeño laboral del personal por el elevado nivel de informatización de la Unidad Central de Esterilización".

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Identificar posibles errores potenciales en la ejecución de los procedimientos específicos de la UCE

Informar a todo el personal de los cambios realizados en los procedimientos  
Mejora en la formación continuada que implica una mejora en la calidad y por tanto de la seguridad clínica en beneficio del paciente, encaminado a la excelencia en cuidados.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Plan de formación.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1153

### 1. TÍTULO

#### DETECTRA Y PREVENIR ERRORES;GESTION DE RIESGOS Y PLAN DE CONTINGENCIAS DE LA UNIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HCULB

Fecha inicio: 03/01/2022  
Fecha final.: 30/12/2022  
Responsable.: MONICA COSTACHE

2. solicitud de acreditación de acciones formativas.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 29/07/2022  
Responsable.: MONICA COSTACHE

3. Análisis Modal de fallos y efectos  
Fecha inicio: 15/01/2022  
Fecha final.: 15/12/2022  
Responsable.: MONICA COSTACHE

4. Impartir formación sobre procedimientos en la Unidad Central de Esterilización a personal de nueva incorporación  
Fecha inicio: 04/04/2022  
Fecha final.: 08/04/2022  
Responsable.: MONICA COSTACHE

5. Impartir formación sobre procedimientos en la Unidad Central de Esterilización a personal de nueva incorporación  
Fecha inicio: 04/04/2022  
Fecha final.: 08/04/2022  
Responsable.: ALEJANDRO REQUEJO

6. Impartir formación sobre procedimientos en la Unidad Central de Esterilización a personal de nueva incorporación  
Fecha inicio: 04/04/2022  
Fecha final.: 08/04/2022  
Responsable.: TANIA TERREU GARCES

7. Impartir formación sobre procedimientos en la Unidad Central de Esterilización a personal de nueva incorporación  
Fecha inicio: 04/04/2022  
Fecha final.: 08/04/2022  
Responsable.: CARMEN EGIDO CEBOLLADA

8. Actualización de procedimientos de calidad en la UCE e información de los cambios a todo el personal  
Fecha inicio: 03/01/2022  
Fecha final.: 30/12/2022  
Responsable.: MONICA COSTACHE

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de trabajadores con formación adecuada para desempeñar su actividad  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº personas con formación adecuada  
Denominador .....: Total personas que han trabajado en la UCE  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Objetivos de Calidad Seguimiento  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. nº de posibles errores identificados  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: NPR Inicial: Número de Priorización del Riesgo ANTES de actuar  
Denominador .....: NPR Final Número de Priorización del Riesgo DESPUÉS de actuar

x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: F-14\_ SA(E)X\_CE VER A, DOCUMENTACION CALIDAD, Gestión del riesgo para la seguridad del paciente y plan de contingencias.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1153

### 1. TÍTULO

#### DETECTRA Y PREVENIR ERRORES;GESTION DE RIESGOS Y PLAN DE CONTINGENCIAS DE LA UNIDAD CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HCULB

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. nº de medidas de mejora implantadas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: ERRORES DETECTADOS, Nº

Denominador .....: MEDIDAS DE MEJORA, Nº

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PLAN DE CONTINGENCIAS: Riesgos priorizados

F-17\_SA(E)X\_CE, Documentación Calidad.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#266

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA GUIA DE ACOGIDA PARA PERSONAL TECNICO DEL SERVICIO DE FARMACIA

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#266 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SALVADOR GOMEZ TRANSITO

Título  
ELABORACION DE UNA GUIA DE ACOGIDA PARA PERSONAL TECNICO DEL SERVICIO DE FARMACIA

Colaboradores/as:  
CORTES CHUECA BELEN  
DEL AMO VILCHES MIRIAM  
ESPINOSA MORER MARIA KATIA  
EXPOSITO ZARAGOZA VIRGINIA  
FRUTOS PEREZ-SURIO ALBERTO JOSE  
GORMEDINO TEJERO TANIA  
LASALA CANDEAL LAURA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
- Tiempo que transcurre hasta la plena incorporación a sus tareas del personal técnico (TAF)  
- Grado de satisfacción del personal TAF  
- Polivalencia de los puestos de trabajo

ÁREAS DE MEJORA  
Tiempo que transcurre hasta la plena incorporación a sus tareas del personal TAF  
- Grado de satisfacción del personal TAF  
- Polivalencia de los puestos de trabajo

ANALISIS DE CAUSAS  
1. Tiempo que transcurre hasta la plena incorporación del personal TAF. La diversidad y complejidad de funciones para TAF en el Sº Farmacia se minimiza con una guía de acogida que recoja las principales nociones de cada una de las áreas y sus funciones.  
2. Grado de satisfacción del personal TAF. Esta guía al recoger las principales funciones da una visión integral del servicio y por lo tanto facilita la integración y satisfacción del personal.  
3. Al desempeñarse diferentes tareas y poder ser realizadas por cualquier TAF, la guía facilita la posibilidad de incorporación cualquier puesto.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Facilitar la incorporación del personal TAF nuevo a los diferentes puestos de trabajo del Sº de Farmacia, mejorando la percepción del mismo, la integración y polivalencia en el servicio y por lo tanto también la seguridad en el desempeño de cada tarea.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Redactar y describir someramente cada una de las tareas del servicio en los que desempeñan funciones el personal TAF y elaboración de la guía  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Virginia Expósito

2. Elaboración del Procedimiento que recoja la sistemática de la Guía de Procedimiento  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: Tránsito Salvador

3. Se pasará a Unidad de Calidad del centro para su aprobación  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Tránsito Salvador

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración de la Guía De Acogida



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#266

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA GUIA DE ACOGIDA PARA PERSONAL TECNICO DEL SERVICIO DE FARMACIA

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Elaboración de la Guia de Acogida  
Denominador .....: Elaboración de la Guía de Acogida  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Redacción de la guía física  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. • Elaboración Procedimiento  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Elaboración Procedimiento  
Denominador .....: Elaboración Procedimiento  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Redacción del procedimiento  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Profesionales de nueva incorporación que reciben la guía de acogida  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de nuevos profesionales que reciben la guia  
Denominador .....: N° de nuevos profesionales  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Hoja de datos de supervisora  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#308

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL SISTEMA EPASE® DE FARMIS ONCOFARM® EN EL AREA DE PREPARACION DE CITOSTATICOS

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#308 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VARELA MARTINEZ ISABEL

Título  
IMPLANTACION DEL SISTEMA EPASE® DE FARMIS ONCOFARM® EN EL AREA DE PREPARACION DE CITOSTATICOS

Colaboradores/as:  
ACED LOPEZ ANA CRISTINA  
ALCACERA LOPEZ MARIA ARANZAZU  
EXPOSITO ZARAGOZA VIRGINIA  
GINES BIELSA MERCEDES  
MENESES ASENSIO BLANCA  
PASCUAL PUEYO ANA  
SALVADOR GOMEZ TRANSITO

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los errores de medicación con fármacos citotóxicos pueden tener consecuencias muy graves para los pacientes dado su estrecho margen terapéutico y su elevada toxicidad. El sistema ePASE® es una aplicación informática de Farmis Oncofarm® a través de la cual se realiza el procedimiento de elaboración de tratamientos antineoplásicos. Se trata de una herramienta tecnológica que permite el control cualitativo y cuantitativo de la preparación de citostáticos, así como su trazabilidad completa. De esta manera se minimizan los errores en la preparación, incrementando la calidad del proceso y la seguridad del paciente oncohematológico que recibe el tratamiento.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Informatización del proceso de preparación.
2. Control cualitativo.
3. Control cuantitativo.
4. Trazabilidad del medicamento en la elaboración
5. Trazabilidad del preparador

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. Informatización del proceso de elaboración. Las instrucciones de preparación estaban disponibles únicamente en formato papel. Se dispondrá de un asistente informático que indicará los procesos a realizar por el preparador.
2. Control cualitativo. No se disponía de control cualitativo con lectura de código datamatrix que permitirá la identificación del fármaco y fluidos, registro de sus lotes y caducidades
3. Control cuantitativo. No se disponía de control cuantitativo. El control gravimétrico permite comprobar la cantidad de fármaco aditivado, así como el volumen del fluido utilizado.
4. Trazabilidad del medicamento en la elaboración. No se disponía de un sistema de trazabilidad de todos los fármacos utilizados y ésta era manual. El control de la trazabilidad permite conocer el lote y caducidad de los fármacos utilizados por paciente
5. Trazabilidad del preparador: No se disponía. Se registra el usuario, operaciones que realiza, fecha y hora de la preparación.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo del proyecto es que las preparaciones con fármacos citostáticos intravenosos sean realizadas con la herramienta informática ePASE® de Farmis Oncofarm®. Esto supone la aplicación de un control cuali-cuantitativo y registro de la trazabilidad durante su elaboración antes de su dispensación desde el Servicio de Farmacia a las unidades donde van a ser administradas.

La población diana son los pacientes oncohematológicos en tratamiento con citostáticos intravenosos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Instalación del programa ePASE®

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 10/07/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Aranzazu Alcacera Lopez

2. Configuración del programa y adaptación de los principios activos, especialidades y protocolos de la base de datos

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/09/2024

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#308

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL SISTEMA EPASE® DE FARMIS ONCOFARM® EN EL AREA DE PREPARACION DE CITOSTATICOS

Responsable.: Isabel Varela Martinez

3. Instalación de los lectores datamatrix y las balanzas dentro de la Campana de Flujo Laminar Vertical

Fecha inicio: 13/06/2022

Fecha final.: 20/09/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Aranzazu Alcacera Lopez

4. Formación y entrenamiento del personal implicado

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2024

Responsable.: Isabel Varela Martinez

5. Reetiquetado de los viales que no tengan un código datamatrix legible por la herramienta informática

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2024

Responsable.: Isabel Varela Martinez

6. Preparación de todos los citostáticos intravenosos con el sistema ePASE®

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2024

Responsable.: M<sup>a</sup> Aranzazu Alcacera Lopez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de preparaciones de citostáticos preparadas con el ePASE®

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de preparaciones de citostáticos preparadas con el ePASE®

Denominador .....: Nº total de mezclas intravenosas con fármacos citostáticos preparadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: FARMIS ONCOFARM®

Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de errores cualitativos detectados

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de errores cualitativos detectados en la preparación con el ePASE®

Denominador .....: Nº total de mezclas intravenosas con fármacos citostáticos preparadas con el ePASE®

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: FARMIS ONCOFARM®

Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de errores cuantitativos detectados

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de errores cuantitativos detectados en la preparación con el ePASE®

Denominador .....: Nº total de mezclas intravenosas con fármacos citostáticos preparadas con el ePASE®

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: FARMIS ONCOFARM®

Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % de profesionales formados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de profesionales formados

Denominador .....: Nº de profesionales que intervienen en el proceso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: FARMIS ONCOFARM®

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#308

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL SISTEMA EPASE® DE FARMIS ONCOFARM® EN EL AREA DE PREPARACION DE CITOSTATICOS

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1093

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA ORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE ATENCION FARMACEUTICA DE PACIENTES EXTERNOS

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1093 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MAGALLON MARTINEZ ARANTXA

Título  
PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA ORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE ATENCION FARMACEUTICA DE PACIENTES EXTERNOS

Colaboradores/as:  
CASTELLANOS SASTRE JORGE  
CAZORLA PODEROSO LUCIA  
GAZOL GRACIA MARIA TERESA  
MERCHAN FLORES ARITZ  
PARDO JARIO MARIA DEL PUERTO  
SOPENA CARRERA LUCIA  
VINUESA HERNANDO JOSE MANUEL

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La aparición de nuevos fármacos junto a la cronicidad de ciertas patologías ha provocado un aumento del número de pacientes que requieren la utilización de fármacos que son dispensados en el área de pacientes externos (PEX) del servicio de farmacia hospitalaria (SF).

El área de PEX del SF del Hospital clínico Lozano Blesa atendió a 25980 pacientes en 2021, siendo el número de dispensaciones registradas 31153. El número de pacientes atendidos/día ha incrementado con respecto a los años anteriores, siendo la media de 74 pacientes en 2011 y 105 en 2021.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Tiempo de espera del paciente para ser atendido por el farmacéutico.
2. Atención farmacéutica recibida.
3. Trazabilidad del medicamento en la dispensación.

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. Sólo se disponía de dos consultas de atención farmacéutica, no se disponía de sistema de gestión de citas y el horario de atención farmacéutica era de 10-14h, lo que provoca aglomeraciones en la sala de espera y tiempos de espera excesivos.
2. No se disponía de tiempo suficiente para ofrecer al paciente la atención farmacéutica pertinente. No se disponía de consultas diferenciadas por patologías.
3. No se disponía de un sistema de lectura de código datamatrix.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Minimizar el tiempo de espera mediante la utilización de un programa de gestión de citas, creación de una nueva consulta de dispensación por parte del técnico de farmacia y ampliación de horarios de atención farmacéutica.
- Minimizar el tiempo de espera de los pacientes que acuden por primera vez a la farmacia (sin cita).
- Mejorar la atención del paciente mediante la creación de consultas específicas por patologías.
- Conseguir una trazabilidad completa del medicamento mediante la adquisición de lectores de códigos datamatrix.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Establecimiento de dos consultas de atención farmacéutica bien diferenciadas por patologías. El horario de atención es de 9-14h.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 10/07/2022

Responsable.: Arantxa Magallón, Maria del Puerto Pardo, Jose Manuel Vinuesa

2. Creación de una nueva consulta de dispensación por parte del TAF (previa validación del farmacéutico), para continuaciones de tratamiento de ciertas patologías. El horario de atención es de 9- 12:30h.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 10/07/2022

Responsable.: Arantxa Magallón, Maria del Puerto Pardo, Jose Manuel Vinuesa,

3. Utilización de un sistema de gestión de citas.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2024

Responsable.: Maria Teresa Gazol Gracia

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1093

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA ORGANIZACION DE LAS CONSULTAS DE ATENCION FARMACEUTICA DE PACIENTES EXTERNOS

4. Implantación de lectores de códigos datamatrix.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 30/06/2023

Responsable.: Arantxa Magallón, Maria del Puerto Pardo, Jose Manuel Vinuesa, Lucía Cazorla

5. Medición del tiempo de espera de pacientes que vienen por primera vez a la farmacia (sin cita) en la actualidad y con la implantación del sistema de gestión de citas.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 30/10/2022

Responsable.: Arantxa Magallón, Maria del Puerto Pardo, Jose Manuel Vinuesa,

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de pacientes citados con respecto del total de atendidos (por consulta). Objetivo N>70%.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes citados

Denominador .....: Total de atendidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Farmatools, HPHIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Tiempo de espera de pacientes que vienen por primera vez a la farmacia (sin cita). Objetivo %T < 70%

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Tiempo medio de espera nuevo sistema

Denominador .....: Tiempo medio de espera actual

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Qmatic

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todas las patologías que requieren uso de fármacos dispensación hospitalaria.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#310

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTOS DE DOSIMETRÍA FÍSICA Y CLÍNICA EN RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE MAMA (RIO)

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#310 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ORTEGA PARDINA PABLO

Título  
PROCEDIMIENTOS DE DOSIMETRÍA FÍSICA Y CLÍNICA EN RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE MAMA (RIO)

Colaboradores/as:  
BAQUERIZO CASTAN MARTA  
BARRANCO LOPEZ ALEJANDRO  
CALVO CARRILLO SHEILA  
CASTEJON ANDRES CARMEN  
GARCIA ROMERO ALEJANDRO  
GOMEZ GONZALEZ NURIA  
VERA TENA DANIEL

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Tras la reciente adquisición del equipo de Radioterapia intratorácica, y para posibilitar su uso seguro con pacientes, es necesario establecer los procedimientos de dosimetría física y clínica.

#### ÁREAS DE MEJORA

Previo a cada uso en pacientes es preciso realizar una serie de comprobaciones y medidas en el equipo (dosimetría física) para asegurar su correcto funcionamiento, así como una planificación del tratamiento que se va a aplicar (dosimetría clínica).

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Un tratamiento de RIO exige una alta coordinación entre servicios y personal involucrados. (Cirugía, oncología radioterápica, anatomía patológica, medicina nuclear, física y protección radiológica...) Para ello es necesario establecer un procedimiento de trabajo conocido por todas las partes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Al finalizar el proyecto se habrá conseguido que todo el personal del servicio de Física involucrado conozca y sea capaz de realizar el procedimiento de RIO de forma autónoma. Se pretende además optimizar el tiempo necesario para la realización de la dosimetría de los tratamientos en el quirófano, con el fin de reducir el tiempo total de la intervención en quirófano.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. ---  
Fecha inicio: 28/07/2022  
Fecha final.: 28/07/2022  
Responsable.: ---
2. Conocimiento del equipo y formación de radiofísicos.  
Posterior difusión entre el personal del servicio.  
Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Pablo Ortega Pardina
3. Estado de Referencia Inicial y dosimetría de área  
Fecha inicio: 01/02/2022  
Fecha final.: 28/02/2022  
Responsable.: Alejandro García Romero
4. Elaboración de procedimientos de planificación  
Fecha inicio: 01/02/2022  
Fecha final.: 01/09/2022  
Responsable.: Sheila Calvo Carrillo
5. Caracterización y uso de sistema de planificación Radiance. Elaboración de procedimientos Radiance  
Fecha inicio: 01/03/2022  
Fecha final.: 01/03/2023  
Responsable.: Alejandro Barranco López

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#310

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTOS DE DOSIMETRÍA FÍSICA Y CLÍNICA EN RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA DE MAMA (RIO)

6. Realización de los primeros casos

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 01/06/2022

Responsable.: Alejandro García Romero

7. Verificaciones anuales y tras cambio de generador

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Nuria Gómez González

8. Seguimiento y retroalimentación

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Pablo Ortega Pardina

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de Verificaciones no realizadas a tiempo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Verificaciones no realizadas a tiempo

Denominador .....: Número total de verificaciones

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Servicio de Física y Protección Radiológica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. % planificaciones en quirófano con demora superior a 1 hora.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Planificaciones cuyo tiempo ha resultado superior a 1 hora

Denominador .....: Número total de planificaciones

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Servicio de Física y Protección Radiológica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. % tratamientos no realizados por fallo en la calibración.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de tratamientos cancelados por no ser posible la calibración del equipo.

Denominador .....: Número de tratamientos programados

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Servicio de Física y Protección Radiológica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#363

### 1. TÍTULO

#### AUTOMATIZACION DE PROCESOS PARA LA REDUCCION DE INCIDENTES EN EL PROCESO DE PLANIFICACION EN RADIOTERAPIA

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#363 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
BARRANCO LOPEZ ALEJANDRO

Título  
AUTOMATIZACION DE PROCESOS PARA LA REDUCCION DE INCIDENTES EN EL PROCESO DE PLANIFICACION EN RADIOTERAPIA

Colaboradores/as:  
AGUIRRE COLLADO AURORA  
GARCIA ROMERO ALEJANDRO  
GONZALEZ LIZARRAGA IÑIGO  
HERNANDEZ HERNANDEZ MONICA  
MARTINEZ CASBAS CARLOS JAVIER  
ORTEGA PARDINA PABLO  
VERA TENA DANIEL

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde la llegada de nuevos aceleradores se han puesto en marcha gran cantidad de nuevas técnicas y tratamientos de radioterapia externa. Esto viene acompañado de un aumento en la variabilidad y complejidad de los tratamientos, lo cual se ha notado en el número de incidencias. Estas se han registrado en una hoja y, a partir de esta, se ha elaborado una matriz de riesgos. Por otra parte, para la realización de dichos planes de radioterapia disponemos del planificador Eclipse (Varian), que trae incorporada una Interfaz de Programación de Aplicación (API) que permite la extracción, de forma programática y automatizada, de gran cantidad de datos que maneja el planificador.

Por tanto, el objetivo de este proyecto consiste en programar una serie de aplicaciones, totalmente integradas en el planificador a través de la API de Eclipse, que permitan automatizar la mayor parte de las comprobaciones que hasta ahora realizaba un verificador humano y que, por consiguiente, se reduzcan el número de errores, contribuyendo a reducir la frecuencia de los ítems que aparecen en la matriz de riesgo y el tiempo invertido en la verificación de tratamientos de radioterapia, ya que también se podría automatizar el cálculo y verificación de otro tipo de indicadores: límites de dosis, índices de conformidad, índices de complejidad del plan, etc. Este proyecto iría en la línea de soluciones existentes comercialmente, e.g.: Hyperarc (Varian), para la prevención de colisiones y el cálculo de índices dosimétricos; PlanCheck (SunNuclear), para la comprobación de varios de los ítems recogidos en la matriz de riesgo.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Punto 1:
- 11.3. Seleccionar por error una unidad de tratamiento o energía que no corresponde a la deseada, durante el proceso de planificación (energía o LINAC de otra instalación o del mismo Servicio que se encuentre modelado en el TPS).
  - 11.4. Pasar por alto en el cálculo elementos que van a estar presentes durante el tratamiento e interfieren con el haz o calcular atravesando elementos que luego no van a estar en el tratamiento.
  - 11.5. Consignar incorrectamente el centraje de un paciente en los desplazamientos introducidos de mesa, incluido delta entre dos isocentros.
  - 11.6. Consignar incorrectamente el punto de acumulación de dosis, dosis total o por fracción administrativamente incorrecta.
  - 11.7. Calcular con bolus o condiciones de tratamiento específicas pero que no quede especificado en el plan que llega a máquina.
  - 11.10. Cometer un error en la elaboración dosimétrica y geométrica del plan de tratamiento, o en la protección de órganos críticos y tejido normal. Incluye problemas geométricos que hacen imposible el tratamiento.
  - 11.13. Cometer un error al calcular el número de fracciones a partir de la dosis total y la dosis por fracción, (o bien al calcular la dosis por fracción a partir de la dosis total y el número de fracciones).
  - 11.16. Planificar sobre un conjunto de imagen incorrecto.

Punto 2:  
A la hora de valorar dosimetrías clínicas tanto oncólogos radioterápicos como radiofísicos valoramos diferentes índices dosimétricos, de conformidad, homogeneidad, complejidad del plan, etc. Para calcularlos hay que definir diferentes volúmenes volviéndose la tarea un tanto tediosa y consumiendo bastante tiempo.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Punto 1:  
Las incidencias recogidas en los ítems de la matriz de riesgo tienen su origen en una verificación por parte

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#363

### 1. TÍTULO

#### AUTOMATIZACION DE PROCESOS PARA LA REDUCCION DE INCIDENTES EN EL PROCESO DE PLANIFICACION EN RADIOTERAPIA

de un humano, susceptible, por tanto, a despistes, errores, etc.

##### Punto 2:

El cálculo de estos índices se realiza de forma manual, con el consumo de tiempo y posibilidades de error correspondientes.

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La población diana es el conjunto de pacientes sometidos a radioterapia externa planificados con Eclipse, esto correspondería (con datos del 2021) al 68% de los 1645 planes de radioterapia externa planificados. Sin embargo, se espera que este porcentaje aumente próximamente al 100% de las planificaciones de radioterapia externa. Como resultados del proyecto esperamos conseguir una disminución del tiempo dedicado a las verificaciones de las planificaciones de radioterapia externa y de su número de incidencias, en particular, se pretende reducir la frecuencia de los ítems de la matriz de análisis de riesgos del proceso de dosimetría clínica de radioterapia externa que se han mencionado anteriormente, contribuyendo así a reducir su número de prioridad de riesgo

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

##### 1. Programación de la aplicación con la API de Eclipse

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Alejandro Barranco López

##### 2. Verificación de la aplicación (debugging)

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Pablo Ortega Pardina

##### 3. Identificación e implementación de nuevas funciones

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Íñigo González Lizarraga

##### 4. Cálculo de indicadores de evaluación

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Alejandro García Romero

##### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La aplicación constaría de la siguientes funciones (entre paréntesis: ítem de la matriz de riesgo sobre el que inciden):

CheckPrescription (11.6, 11.13)

CheckCT (11.16)

CheckCentraje (11.5)

CheckCouch (11.4)

CheckBolus (11.7)

CheckStructures (11.4)

CheckCalculationModel (11.3)

CheckCollision (11.10)

CheckFields (11.10)

CheckConstraints

CheckUMcGy

CheckGantrySpeed

SBRTSRSindexes

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Porcentaje de funciones completadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de funciones completadas

Denominador .....: Número de funciones propuestas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Porcentaje de planificaciones en las que se aplica

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de planificaciones en las que se realiza la verificación automática

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#363

### 1. TÍTULO

#### AUTOMATIZACION DE PROCESOS PARA LA REDUCCION DE INCIDENTES EN EL PROCESO DE PLANIFICACION EN RADIOTERAPIA

Denominador .....: Número de planificaciones totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Red de registro y verificación ARIA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Porcentaje de reducción del número de incidencias

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de incidencias detectadas por año realizando la verificación con la aplicación  
Denominador .....: Número de incidencias detectadas por año realizando la verificación sin la aplicación, de manera "manual"  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de incidencias propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 4. Porcentaje de reducción en el tiempo de verificación de los ítems propuestos

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Tiempo promedio por verificación con la aplicación  
Denominador .....: Tiempo promedio por verificación sin la aplicación, de manera "manual"  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sistema de planificación Eclipse  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#433

### 1. TÍTULO

#### ESTABLECIMIENTO DE PROTOCOLOS DE DOSIMETRÍA CLÍNICA EN TRATAMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR CON Y-90

Fecha de entrada: 01/07/2022

Nº de registro: 2022#433 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
JIMENEZ ALBERICIO FRANCISCO JAVIER

Título  
ESTABLECIMIENTO DE PROTOCOLOS DE DOSIMETRÍA CLÍNICA EN TRATAMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR CON Y-90

Colaboradores/as:  
AGUIRRE COLLADO AURORA  
CALVO CARRILLO SHEILA  
GOMEZ GONZALEZ NURIA  
GONZALEZ LIZARRAGA IÑIGO  
MARTINEZ CASBAS CARLOS JAVIER  
PEREZ ESTABLES YOLANDA  
RUIZ MANZANO PEDRO

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La radioembolización con microesferas de Y-90 consiste en la administración por vía arterial, guiada por angiografía, de un radiofármaco compuesto por pequeñas esferas de resina que portan una actividad de Y-90. Está recogido en la legislación que, en las exposiciones médicas de pacientes debidas a tratamientos de medicina nuclear, los volúmenes de planificación se planificarán individualmente y se verificará convenientemente su realización, teniendo en cuenta que las dosis de órganos sanos y tejidos fuera de los considerados de planificación deberán ser lo más bajas que sea razonablemente posible y estarán de acuerdo con el fin deseado del tratamiento. En el servicio de Física y Protección Radiológica del HCULB se realiza la dosimetría mediante el modelo de partición, mientras que con el software Simplicity90Y se puede realizar tanto la dosimetría estándar, como una dosimetría multicompartimental (y visualizar un histograma dosis-volumen). Con dicho software se puede obtener: el shunt pulmonar, las dosis absorbidas en los volúmenes de interés: volumen total perfundido, hígado completo, tejido sano del hígado, pulmón, tumor perfundido y tejido sano perfundido. Por otra parte, con la hoja de cálculo implementada en el servicio obtenemos las dosis absorbidas en el tumor, en los pulmones y en hígado sano perfundido. Así, comparando los cálculos con ambos métodos para los mismos casos clínicos, cuantificaremos el impacto de los distintos métodos de cálculo en la dosimetría personalizada.

#### ÁREAS DE MEJORA

Dosimetría clínica en tratamientos de medicina nuclear con Y-90

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Aparición de nuevos modelos de cálculo  
Cesión de una licencia temporal (1 año) de Simplicity90Y 2.4.0 y Mirada DBx (MIRADA)

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo es realizar una revisión de la metodología implementada en el servicio de Física y Protección Radiológica del HCULB para optimizar el procedimiento, y comparar los resultados obtenidos de las dosimetrías realizadas en el Servicio con los resultados obtenidos mediante un nuevo software, Simplicity90Y 2.4.0, que se plantea adquirir el hospital.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Revisión de la bibliografía actual

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: F. Javier Jiménez, Pedro Ruiz, Nuria Gómez, Íñigo González

#### 2. Comparación del modelo de dosimetría estándar, con el modelo de dosimetría multicompartimental para los casos llevados a cabo desde 2020.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: F. Javier Jiménez, Pedro Ruiz, Nuria Gómez, Aurora Aguirre, Carlos J. Martínez, Yolanda Pérez

#### 3. Análisis de resultados y modificaciones al protocolo actual

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: F. Javier Jiménez, Pedro Ruiz, Nuria Gómez, Íñigo González

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#433

### 1. TÍTULO

#### ESTABLECIMIENTO DE PROTOCOLOS DE DOSIMETRÍA CLÍNICA EN TRATAMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR CON Y-90

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de tratamientos anteriores revisados  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de tratamientos anteriores revisados  
Denominador .....: Número de tratamientos anteriores  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio de Física y Protección Radiológica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#450

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DEL ESTUDIO DE COAGULACION DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 02/07/2022

Nº de registro: 2022#450 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GAVIN SEBASTIAN OLGA

Título  
OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DEL ESTUDIO DE COAGULACION DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
CONTRERAS DELGADO KAREN ARLYN  
DOBON REBOLLO MANUELA  
GOMEZ BITRIAN JOAQUIN  
MARTINEZ LAZARO BEATRIZ  
MORENO CHULILLA JOSE ANTONIO  
SESAM MENDEZ CYNTHIA ANABELLA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: HEMATOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde la sección de Hemostasia del servicio de Hematología se ha detectado una elevada demanda por parte del servicio de Urgencias de estudios de coagulación en relación con el número de hemogramas realizados. En la mayoría de los casos revisados no existe una clara indicación que justifique dicha solicitud. Dada la situación se ha diseñado un grupo de trabajo entre el servicio de Urgencias y el servicio de Hematología para establecer un protocolo de solicitud de estudio de coagulación.

#### ÁREAS DE MEJORA

Optimización de la solicitud de estudio de coagulación desde el servicio de urgencias

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Inercia en la solicitud de pruebas  
No se realiza un análisis adecuado de las pruebas requeridas en función de la patología

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Consensuar las indicaciones del estudio de coagulación en el servicio de Urgencias. Realización de un protocolo de indicaciones del estudio de coagulación.

Modificación de la solicitud del estudio de coagulación mediante una sencilla checklist de indicación de solicitud

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. CONSENSUAR INDICACIONES DEL ESTUDIO DE COAGULACION

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: OLGA GAVIN SEBASTIAN

#### 2. Realización de un protocolo de indicaciones del estudio de coagulación.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 17/10/2022  
Responsable.: MANUELA DOBON

#### 3. Modificación de la solicitud del estudio de coagulación mediante una sencilla checklist de indicación de solicitud incluido en modulab

Fecha inicio: 18/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: OLGA GAVIN

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de estudios de coagulación solicitados en relación al número de hemogramas.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: NUMERO DE ESTUDIOS DE COAGULACION SOLICITADOS  
Denominador .....: NUMERO DE HEMOGRAMAS SOLICITADOS

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#450

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DEL ESTUDIO DE COAGULACION DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: MODULAB  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.50  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.25  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Numero de estudios de coagulación solicitados mediante check list  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: NUMERO DE ESTUDIOS DE COAGULACION SOLICITADOS QUE CUMPLEN LOS CRITERIOS  
Denominador .....: NUMERO TOTAL DE ESTUDIOS DE COAGULACION SOLICITADOS  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: MODULAB  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.50  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.25  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> NO AFECTA A NINGUNA PATOLOGIA EN CONCRETO

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#931

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN TUBO UNICO EN EL LABORATORIO DE ERITROPATOLOGÍA PARA DETERMINACIONES EN SUERO

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#931 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ LAZARO BEATRIZ

Título  
IMPLANTACION DE UN TUBO UNICO EN EL LABORATORIO DE ERITROPATOLOGÍA PARA DETERMINACIONES EN SUERO

Colaboradores/as:  
ANGOS VAZQUEZ SONIA  
FRANCO GARCIA MARIA ESTHER  
JULIAN ANSON MARIA ANGEL  
MARTINEZ VICENTE ANTONIA  
MORENO CHULILLA JOSE ANTONIO  
PASTOR GRACIA SOLEDAD  
RUBIO LOPEZ ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: HEMATOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la sección de Eritropatología del L-HM se realiza determinación de Vitamina B12, ácido fólico y metabolismo del hierro. Dichas determinaciones requieren muestra de suero y hasta el momento, al realizar la petición electrónica se generan etiquetas para dos contenedores de suero: uno para realización de Vitamina B12 y ácido fólico y un segundo contenedor para realización del metabolismo del hierro. En los últimos años se realizaron en la Sección de Eritropatología un número elevado de determinaciones; permaneciendo estables el número de Metabolismo del hierro realizados ( en 2018: 27815 y en 2021: 27343) e incrementándose de forma notable las referentes a Vitamina B12 y ácido fólico ( en 2018 Vitamina B12/fólico: 75699/70892; en 2021 Vitamina B12/fólico: 96543/89661).

#### ÁREAS DE MEJORA

Dado el elevado número de contenedores de muestra utilizados, se pretende disminuir el uso de los mismos, con el fin de evitar la extracción de un tubo de forma innecesaria, con las ventajas que para el paciente y para el gasto que en material conlleva.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Hasta ahora la determinación de B12 y fólico se realizaba en contenedor de suero distinto del de metabolismo del hierro ya que la petición electrónica generaba dos códigos de barras, a pesar de realizarse en la misma sección del Laboratorio de Hematología.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo: Reducción del número de contenedores de suero para determinar B12/fólico y metabolismo del hierro, mediante la creación de etiqueta para un único contenedor.

Población diana: pacientes con solicitud de B12/fólico y metabolismo del hierro realizados en el L-HM sección Eritropatología del HCU Lozano Blesa.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Modificación de la petición electrónica en Modulab para generación de nueva etiqueta común a Metabolismo del hierro + Vitamina B12/fólico.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/05/2022

Responsable.: Maria Angel Julian Ansón

2. Creación de nuevas etiquetas preimpresas para aquellos Centros de Salud que todavía no disponen de petición electrónica.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/05/2022

Responsable.: Maria Angel Julian Ansón

3. Adecuar los analizadores a la nueva petición electrónica asegurando la correcta lectura y volcado de datos a Modulab.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Maria Esther Franco García

4. Comprobar el correcto funcionamiento de las modificaciones realizadas.

Fecha inicio: 01/06/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#931

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN TUBO UNICO EN EL LABORATORIO DE ERITROPATOLOGÍA PARA DETERMINACIONES EN SUERO

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: María Esther Franco García

5. Valoración del proyecto con carácter trimestral.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Beatriz Martínez Lázaro

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Reducción de número de contenedores de suero para B12, fólico y metabolismo del hierro

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº total contenedores para B12/fólico

Denominador .....: nº total contenedores para peticiones que incluyan conjuntamente B12/fólico + metabolismo del hierro

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Modulab

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.60

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.88

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1113

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA DE ENFERMERÍA EN HEMODINAMICA

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1113 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PAESA GARZA MARIA CRUZ

Título  
CONSULTA DE ENFERMERÍA EN HEMODINAMICA

Colaboradores/as:  
ALONSO TELLO ALBERT  
LINARES VICENTE JOSE ANTONIO  
LOPEZ CUARTERO MARIA PILAR  
LUKIC OTANOVIC ANTONELA  
VILLEGAS BLECUA JOSE MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: HEMODINÁMICA CARDIACA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La unidad de Hemodinámica ha vivido los últimos años una gran evolución tanto en volumen como en la complejidad de las técnicas. El equipo de Enfermería conoce muy bien las necesidades de los pacientes sometidos a un procedimiento de cardiología intervencionista y cuenta con profesionales con la experiencia y formación necesaria para gestionar una consulta de Enfermería de manera autónoma y eficaz. Por ello, proponemos la implementación de una Consulta de Enfermería de Hemodinámica realizada por personal experto y cualificado de la misma unidad. Serán incluidos los pacientes que van a ser sometidos a cateterismos cardíacos complejos y los que se les va a realizar un implante de prótesis valvular aórtica, principal motivo de la creación de esta consulta. Los procedimientos de Implante percutáneo transcáteter de prótesis valvular aórtica constituyen una técnica de nueva incorporación en nuestra unidad. Por lo tanto, van a requerir un control estricto pre y post procedimiento, así como el registro de todo el proceso. La TAVI es un procedimiento terapéutico para el tratamiento de la Estenosis Aórtica (EA), consistente en el implante percutáneo transcáteter de una bioprótesis valvular en posición aórtica, y cuyo objetivo es reducir la morbi-mortalidad en pacientes de edad avanzada (>75 años) o con riesgo elevado/inasumible de cirugía de sustitución valvular aórtica. Actualmente la EA constituye la enfermedad cardíaca estructural más frecuente en personas de edad avanzada con una incidencia de entre el 15% y el 20%, que en octogenarios alcanza valores cercanos al 50%. Además, es una enfermedad que produce un empeoramiento rápido de la calidad de vida del paciente. El tratamiento quirúrgico convencional no es apto para todo tipo de pacientes por los riesgos postoperatorios que conlleva y las características propias del enfermo. La intervención sobre la válvula es la única alternativa terapéutica curativa en la estenosis aórtica severa. En términos de mortalidad, el procedimiento TAVI es SUPERIOR a tratamiento médico en paciente no candidatos a sustitución valvular aórtica quirúrgica (SAVR), e independientemente del riesgo quirúrgico del paciente es NO INFERIOR a SAVR a largo plazo (2-5 años). En el momento actual, el procedimiento TAVI presenta indicación de clase I y nivel de evidencia A para pacientes con edad avanzada (>75 años) o con riesgo elevado/inasumible de SAVR. Educar a los pacientes tras los procedimientos es realmente importante, para que ante la aparición de algún signo de las posibles complicaciones sea detectado a tiempo y tratado. Por ello es imprescindible una correcta educación sanitaria, donde enfermería tiene un papel fundamental.

#### ÁREAS DE MEJORA

En ocasiones los pacientes no están bien informados, y consecuentemente con una deficiente preparación para el procedimiento. Existen muchos problemas que se podían haber detectado previamente, los cuales conllevan un retraso en la actividad diaria. Las visitas pre-TAVI puesto que es una técnica nueva y más compleja que requiere mayor control y supervisión, y en la que una correcta preparación previa es elemento clave e indispensable.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En una encuesta previa de calidad percibida realizada, detectamos falta de información sobre la técnica, medicación. Los familiares tenían dudas respecto a la unidad de destino, la duración de la prueba, los horarios y sus posibles modificaciones. El día de la prueba aparecen problemas que podían haberse detectado en consulta. La implantación de una nueva técnica más compleja requiere mayor control pre y post. Y la educación sanitaria es clave en todo el proceso

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general: evaluar, preparar y educar al paciente que se le va a realizar una prueba en Hemodinámica: será informado de la unidad de ingreso, donde se realiza la prueba, día, hora, unidad de destino y organización. Revisión de HCE, ECG, constantes, escalas de valoración, revisión de accesos vasculares, analítica, pruebas complementarias, alergias y medicación habitual. Tríptico informativo. Teléfono con horario y correo electrónico propio para consultas. Los pacientes que precisan diálisis para coordinarlo. La correcta preparación previa es clave para el éxito de los procedimientos. Las visitas post procedimiento tendrán en cuenta calidad de vida, reinserción a la actividad diaria, control de accesos vasculares y riesgo de radiodermatitis. Se reforzarán los buenos hábitos cardiosaludables y la importancia de la toma de la medicación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1113

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA DE ENFERMERÍA EN HEMODINAMICA

para garantizar la adherencia terapéutica.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Explicación de todo el procedimiento, correcta preparación, organización, tríptico, resolver dudas.

Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 01/05/2023  
Responsable.: Jose María Villegas María Cruz Paesa

2. Evaluación integral del paciente: accesos vasculares, escalas, constantes, HCE: medicación, pruebas

Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 01/05/2023  
Responsable.: Jose María Villegas María Cruz Paesa

3. Valoración final en colaboración con el médico responsable

Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 01/05/2023  
Responsable.: Jose María Villegas María Cruz Paesa

4. Educación sanitaria

Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 01/05/2023  
Responsable.: Jose María Villegas María Cruz Paesa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Si limitación para desplazamiento: seguimiento telefónico/videoconferencia.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Utilidad de la entrega de tríptico informativo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de pacientes q van a ser sometidos a un procedimiento en Hemodinámica, se les entrega Tríptico informativo en consulta y consideran que ha sido útil para su correcta preparación y entendimiento  
Denominador .....: Nº de pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento en Hemodinámica, se les entrega Tríptico informativo en consulta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de valoración al alta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.40  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.70  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.85

2. Realización de escalas de calidad de vida y fragilidad

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de pacientes que van a ser sometidos a implante de TAVI que se les han realizado las escalas de fragilidad y calidad de vida en consulta  
Denominador .....: Nº de pacientes que van a ser sometidos a implante de TAVI y vistos en consulta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos de Hemodinámica ENIGMA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.70  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.90  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.75  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.95

3. Resolución de llamadas telefónicas para consultas específicas.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de pacientes que van a ser o han sido sometidos a implante de TAVI, vistos en consulta y contactan telefónicamente para consultas que son resueltas telefónicamente sin acudir a urgencias  
Denominador .....: Nº de pacientes que van a ser o han sido sometidos a implante de TAVI, vistos en consulta y contactan telefónicamente para resolución de dudas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Tabla Excel de la consulta del registro de llamadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.30  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.60  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.40  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.60

4. Inadecuada preparación el día de la prueba

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1113

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA DE ENFERMERÍA EN HEMODINAMICA

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de pacientes que van a ser sometidos a implante de TAVI, vistos en consulta y cuyo procedimiento se aplaza o suspende debido a una incorrecta preparación previa

Denominador .....: N° de pacientes que van a ser sometidos a implante de TAVI, vistos en consulta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de Hemodinámica ENIGMA ,registro de pruebas

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.05

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.10

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.30

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.10

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#449

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE COLABORACION EN EL AREA III PARA GARANTIZAR LA CUMPLIMENTACION DEL TRATAMIENTO TUBERCULOSTATICO. COORDINACION S.ENF INFECCIOSAS/NEUMOLOGÍA /FARMACIA/TRABAJO SOCIAL

Fecha de entrada: 02/07/2022

Nº de registro: 2022#449 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANJOAQUIN CONDE ISABEL

Título  
ESTRATEGIA DE COLABORACION EN EL AREA III PARA GARANTIZAR LA CUMPLIMENTACION DEL TRATAMIENTO TUBERCULOSTATICO.  
COORDINACION S.ENF INFECCIOSAS/NEUMOLOGÍA /FARMACIA/TRABAJO SOCIAL

Colaboradores/as:  
ALLENDE BANDRES MARIA ANGELES  
ARENERE MENDOZA MERCEDES  
BALLESTIN MIGUEL MARIA JESUS  
CRUSELLS CANALES MARIA JOSE  
FRESQUET MOLINA RAQUEL  
MORALES MORALES JOSE MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: INFECCIOSOS

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Tuberculosis (TBC) es una Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) que requiere unas medidas de prevención y tratamiento incluidas en el Programa de Control de la Tuberculosis en España.  
La tasa de incidencia de tuberculosis en España durante el 2020 fue de 7,3 casos por 100.000 hab . Aragón supera las cifras nacionales, destacando el Área III , Calatayud y Zaragoza III con 8,5 y 8,1 casos por 100000 hab respectivamente.

Aunque la incidencia de tuberculosis disminuye, sigue siendo un grave problema de Salud pública a nivel mundial. Con el propósito de eliminar la tuberculosis, la OMS en 2014 ideó el plan Fin a la tuberculosis (End TB Strategy) que tiene como principal objetivo la reducción del 90% de nuevos diagnósticos en 2035, apoyado en un pilar fundamental como es la accesibilidad al tratamiento. Disminuir la incidencia de tuberculosis implica garantizar la toma de la medicación necesaria en dosis y duración. El tratamiento es la medida más importante y decisiva para controlar la TBC.

El plan de prevención de la tuberculosis en España (1) recomienda utilizar preparados farmacológicos con combinaciones a dosis fijas facilitando la conveniencia y la adherencia. Actualmente hay disponibles en el mercado combinaciones de dos tuberculostáticos Rifampicina/Isoniazida(RH), tres Rifampizina/isoniazida/Pirazinamida (RHZ) y cuatro Rifampicina/Isoniazida/Pirazinamida/Etambutol (RHZE).

#### ÁREAS DE MEJORA

Desde 2017 la AEMPS reconoce problemas con el suministro de los combos de tuberculostáticos en las farmacias comunitarias. La dificultad para conseguir la medicación se acompaña de interrupciones terapéuticas tanto en personas vulnerables como en personas bien integradas socialmente. Los pacientes con mejor conexión con el sistema sanitario acaban recibiendo cada uno de los fármacos del tratamiento por separado en detrimento de la adherencia, la tolerancia y la satisfacción. Los pacientes vulnerables muchos de ellos extranjeros y con barreras idiomáticas, tras la interrupción terapéutica involuntaria acaban por abandonar el tratamiento. Este problema cronificado además de favorecer reactivaciones, nuevos casos secundarios y aparición de resistencias no permite cumplir con las recomendaciones de la OMS ni del Plan Nacional de prevención y control de la tuberculosis. Algunas sociedades científicas como la SEIMC, SEFH o la SEPAR han puesto de manifiesto este problema.

Es necesario buscar una solución en el Área sanitaria III (la de mayor incidencia en Aragón) para que todos los pacientes diagnosticados de tuberculosis a nivel hospitalario, tras el alta, puedan recibir el tratamiento prescrito sin interrupciones aun en situación de deshabastecimiento.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Poca rentabilidad en la fabricación de tuberculostáticos.  
Enfermedad infecciosa que afecta con mayor crudeza a poblaciones de países desfavorecidos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Se propone en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB) establecer un circuito que conecte los Servicios de Infecciosas (o Neumología), Farmacia y en los casos necesarios Trabajo Social de forma coordinada.

OBJETIVO: asegurar la continuidad del tratamiento en todos los pacientes diagnosticados de Tuberculosis que

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#449

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE COLABORACION EN EL AREA III PARA GARANTIZAR LA CUMPLIMENTACION DEL TRATAMIENTO TUBERCULOSTATICO. COORDINACION S.ENF INFECCIOSAS/NEUMOLOGÍA /FARMACIA/TRABAJO SOCIAL

iniciaron la terapia durante el ingreso hospitalario y que al alta pueden encontrar desabastecimiento.

#### CIRCUITO

Al alta hospitalaria el Servicio de Farmacia comprobará la disponibilidad de medicación en la Farmacia comunitaria. El paciente recibirá junto al informe médico un folleto informativo con información al paciente sobre su tratamiento y los teléfonos de contacto para usar en caso de que durante el seguimiento hubiera problemas de suministro de tuberculostáticos.

Los Servicios implicados están interconectados y siempre que un paciente acuda a Farmacia por problemas relacionados con la medicación se informará al Servicio de Enfermedades Infecciosas y a Trabajo Social si fuese necesario.

- Si no hay desabastecimiento, el paciente recogerá la medicación tuberculostática en la farmacia comunitaria.

- Si en el momento del alta o durante el seguimiento hay desabastecimiento de tuberculostáticos, el Servicio de Farmacia se compromete a facilitar la medicación al paciente hasta la reposición de suministros.

Trabajo Social intervendrá para proporcionar al paciente sin recursos, sin apoyo social y /o barrera idiomática, el soporte básico y la conexión con el sistema Sanitario. Gestionara el tratamiento directamente observado en los casos que sean necesarios.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de folleto con información del tratamiento tuberculostático y con teléfonos de contacto del Servicio de Farmacia en caso de desabastecimiento

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.: 30/07/2022

Responsable.: ARENERE/FRESQUET/ALLENDE

2. Reunión de los Servicios implicados (Farmacia/Infecciosas/Trabajo Social/Neumología) para elaborar el circuito , proporcionar teléfonos de contacto y asignar tarea para comienzo inmediato del proyecto

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 29/07/2022

Responsable.: SANJOAQUÍN

3. Dar a conocer la existencia de este circuito en el Area III (otros Servicios del Hospital y Atención Primaria) con posibilidad de contactar con cada uno de los Servicios Implicados en el Proyecto).

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: CRUSELLS/BALLESTIN/MORALES

4. Elaborar una base de datos para recogida de información, análisis y posterior comunicación de resultados

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: TODOS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

De los casos de TBC diagnosticados en el HCULB se recogerán las siguientes variables: edad, sexo, lugar de origen, fallecimiento, tipo de tuberculosis, pruebas microbiológicas, coinfección con VIH, resistencia a fármacos, y agrupación de casos, tratamiento prescrito.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 2. TUBERCULOSIS EN EL AREA III

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° TBC diagnosticadas en área III

Denominador .....: N° de TBC diagnosticada en Aragón

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Vigilancia epidemiológica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

#### 3. TUBERCULOSIS EN EL AREA III QUE PRECISA DISPENSACIÓN HOSPITALARIA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N°TBC diagnosticadas en el área III que necesitan dispensación hospitalaria.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#449

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE COLABORACION EN EL AREA III PARA GARANTIZAR LA CUMPLIMENTACION DEL TRATAMIENTO TUBERCULOSTATICO. COORDINACION S.ENF INFECCIOSAS/NEUMOLOGÍA /FARMACIA/TRABAJO SOCIAL

Denominador .....: N° de pacientes con tuberculostáticos al alta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: FARMACIA HOSPITALARIA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 4. TUBERCULOSIS EN EL AREA III QUE INTERRUMPE TERAPIA POR DESABASTECIMIENTO.

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N°TBC diagnosticadas en el área III que interrumpe tto >7 días  
Denominador .....: N° de pacientes con tuberculostáticos al alta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Consulta Externa  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 96.00

#### 5. TUBERCULOSIS EN EL AREA III CON PROBLEMATICA SOCIAL

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N°TBC diagnosticadas en el área III que precisan apoyo de Trabajo Social  
Denominador .....: N° de pacientes con tuberculostáticos al alta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: TRABAJO SOCIAL  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Area III. Población hospitalizada con seguimiento.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#601

### 1. TÍTULO

#### VÍA CLÍNICA DE ACTUACION EN ESPONDILITIS (OSTEOMIELITIS VERTEBRAL), DISCITIS Y ESPONDILODISCITIS

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#601 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOSCOS ARANDA SILVIA

Título  
VÍA CLÍNICA DE ACTUACION EN ESPONDILITIS (OSTEOMIELITIS VERTEBRAL), DISCITIS Y ESPONDILODISCITIS

Colaboradores/as:  
GIMENO PERIBÁÑEZ MARIA JOSE  
MARTINEZ GARCIA ROBERTO  
PABLO HERNANDO MARIA EVANGELINA  
PORTUGUES VEGARA MARIA JOSE  
RIO MARTINEZ PILAR SUSANA DEL  
VICENTE ALTABAS MARIA AMPARO

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: INFECCIOSOS

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La espondilodiscitis es una infección del disco vertebral/vertebra secundaria a:

- Metástasis hematogena por vía arterial.
- o Las arterias espinales se bifurcan para abastecer a las vértebras adyacentes por lo que el proceso infeccioso puede implicar dos segmentos óseos.
- Metástasis hematogena por vía venosa retrógrada
- Cirugía de la columna vertebral, punción lumbar, colocación de un catéter epidural o de material de fijación u osteosíntesis.

Es una patología compleja de

- Diagnosticar: suele dar poca clínica infecciosa y es de curso subagudo por lo que se puede retrasar el diagnóstico. Y es difícil llegar al diagnóstico etiológico.
- Tratar:
  - o Existe mucha dificultad para adecuar el tratamiento antibiótico en cuanto a antiinfecciosos y dosis (y más si no se dispone de agente etiológico) así como existen dudas en cuanto a la duración del tratamiento y por qué vía (sistémica vs oral) debe administrarse.
  - o También existen dudas de la indicación, el procedimiento y el momento óptimo de la intervención quirúrgica, y si es que procede
  - o Existen dudas con respecto a la rehabilitación (corsé vs fisioterapia)
- Seguir: precisa de seguimiento clínico, analítico y con prueba de imagen.

#### ÁREAS DE MEJORA

El principal problema de la espondilodiscitis es que es una patología difícil de diagnosticar, tratar y seguir y que requiere de múltiples especialistas que tiene que coordinarse

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Y es una patología compleja que requiere participación de múltiples especialidades: Medicina Interna, Infecciosas, Reumatología, Traumatología, Neurocirugía, Rehabilitación, Radiología, Urgencias, Microbiología, Anatomía Patológica, Médico de atención primaria, etc

Es una patología ni extraordinariamente frecuente ni rara: 20-30/año y en la que cada caso supone un alto consumo de recursos hospitalarios. Por todo esto es necesario PROTOCOLIZAR ACTUACIONES

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

OBJETIVOS DE PROTOCOLIZAR ACTUACIONES en infecciones vertebrales:

1. Minimizar el retraso diagnóstico (principal factor pronóstico modificable)
2. Obtener un diagnóstico etiológico en el máximo porcentaje posible de pacientes
3. Optimizar los recursos sanitarios consumidos
4. Conseguir los mejores resultados clínicos posibles (prioritario)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. ABORDAJE DIAGNOSTICO

Ante sospecha clínica de espondilodiscitis o ante sospecha radiológica de espondilodiscitis precisamos:

Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: SILVIA LOSCOS ARANDA



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#601

### 1. TÍTULO

#### VÍA CLÍNICA DE ACTUACION EN ESPONDILITIS (OSTEOMIELITIS VERTEBRAL), DISCITIS Y ESPONDILODISCITIS

##### 2. 1. EVALUACION CLÍNICA

Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: SILVIA LOSCOS ARANDA

##### 3. 2. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS INICIALES:

###### 2.1. PRUEBAS A REALIZAR EN LAS PRIMERAS 24 HORAS

###### 2.2 PRUEBAS A REALIZAR EN LOS PRIMERAS 7 DÍAS

Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: SILVIA LOSCOS ARANDA

##### 4. 3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS CONFIRMATORIAS/ETIOLÓGICAS (7-10 DIAS)

Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2023  
Responsable.: SILVIA LOSCOS ARANDA

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

##### 1. EVALUACION CLÍNICA

En horario laboral de 8 a 15h: avisad a Busca de Infecciosas 710430 para iniciar coordinación.

En horario de "guardia y festivos" dejar IC virtual a Infecciosas.

#### Interrogar sobre:

- Cronología de los síntomas locales
- Otros síntomas asociados
- Breve historia epidemiológica/Microbiológica: Brucella, TBC...
- Eventos de riesgo bacteriemia/candidemia: ingresos, flebitis, sondajes urinarios, UDVP, otras manipulaciones, etc
- Exploración neurológica completa
- Evaluación funcional

##### 2. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS INICIALES:

###### 2.1. PRUEBAS A REALIZAR EN LAS PRIMERAS 24 HORAS

- Analítica general: bioquímica con perfil hepático, iones, hemograma, hemostasia
- PCR y VSG.
- Rx columna
- Rx tórax
- Hemocultivos x2 protocolo incubación larga
- Serología Brucela
- Valorar realización de Mantoux/IGRAS

###### 2.2 PRUEBAS A REALIZAR EN LOS PRIMERAS 7 DÍAS

- Petición electrónica a Radiología (Dra Mº José Gimeno): TC/RMN
- Hacer solicitud online de RMN poniendo en el encabezado VIA CLINICA ESPONDILODISCITIS
- Contactar con Busca Radiología: 710659
- Plazo estimado de demora (salvo festivos/puentes): 7 días

##### 3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS CONFIRMATORIAS/ETIOLÓGICAS (7-10 DIAS)

- INTERCONSULTA A RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA (Dr Roberto Martínez, 162981) para valorar toma de muestra en un plazo de 7-10 días según disponibilidad de la sala de intervencionismo
- o Biopsia percutánea de hueso/disco, punción aspiración o drenaje percutáneo absceso (Dr Roberto Martínez)

#### INGRESOS DE PACIENTES

¿DEBE INGRESAR TODA SOSPECHA DE ESPONDILODISCITIS? NO.

Ingresan según las siguientes circunstancias:

1. Déficit neurológico
2. Datos Rx de cifosis marcada/gran destrucción/inestabilidad de columna
3. Mal control del dolor
4. Signos de infección sistémica/sepsis
5. Fiebre
6. Otros: inmunosupresión, comorbilidad, factores socio-económicos

¿DÓNDE INGRESAR UNA SOSPECHA DE ESPONDILODISCITIS?

Habitualmente ingresan en:

- Medicina Interna
- Infecciosas
- Reumatología

Pero...

- Si déficit neurológico ingresarán preferentemente en Neurocirugía
- Si inestabilidad columna u otros criterios que indiquen necesidad de cirugía ingresarán preferentemente en

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#601

### 1. TÍTULO

#### VÍA CLÍNICA DE ACTUACION EN ESPONDILITIS (OSTEOMIELITIS VERTEBRAL), DISCITIS Y ESPONDILODISCITIS

Neurocirugía

- Si sepsis grave/shock séptico ingresarán preferentemente en UCI

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. PACIENTES VIA CLINICA

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: PACIENTE COMENTADOS

Denominador .....: PACIENTES CON ESPONDILODISCITIS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#632

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE ENCEFALITIS

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#632 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PELLEJERO SAGASTIZABAL GALADRIEL

Título  
OPTIMIZACION DEL DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE ENCEFALITIS

Colaboradores/as:  
BELLOSTA DIAGO ELENA  
BUENO SANCHO JESSICA  
PAÑO PARDO JOSE RAMON  
SAEZ VALERO EDUARDO  
TARI FERRER ELVIRA VIRGINIA  
VELILLA SORIANO MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: INFECCIOSOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La encefalitis es un síndrome que:

- Tiene una frecuencia aproximada de 7 casos por cada 100.000 habitantes/año, existiendo una variabilidad anual y estacional
- La mortalidad asociada es de entre el 10-20%, con frecuencia puede dejar secuelas más o menos limitantes y cada episodio supone un consumo elevado de recursos hospitalarios.
- Existe una gran variedad de causas, infecciosas y no infecciosas.
- Es fundamental la identificación precoz de las causas que tienen un tratamiento específico para garantizar el mejor resultado clínico posible.
- Es fundamental identificar infecciones emergentes que puedan precisar intervenciones de Salud Pública

La gran amplitud de posibilidades etiológicas, que además son cambiantes, de este síndrome grave, pero no especialmente frecuente hace necesario sistematizar la aproximación diagnóstica.

#### ÁREAS DE MEJORA

Identificación precoz de las causas de encefalitis que tienen un tratamiento específico  
Identificar infecciones emergentes que puedan precisar intervenciones de Salud Pública  
Diminuir la mortalidad y las secuelas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Las muestras biológicas a utilizar para el diagnósticas son difíciles de obtener lo que obliga a extremar la diligencia en su custodia y procesamiento.
- Algunos de los recursos diagnósticos necesarios tienen disponibilidad limitada, siendo esencial optimizar su uso. Otros, no están disponibles en nuestro centro por lo que es muy importante identificar qué muestras deben ser derivadas y a qué centros.
- Como el número de profesionales potencialmente implicados en el manejo de estos pacientes es elevado, el abordaje diagnóstico es complejo y la enfermedad no es muy frecuente, es difícil que todos ellos tengan la suficiente experiencia en el abordaje diagnóstico de esta enfermedad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Aumentar la probabilidad de identificar la etiología de las encefalitis.
- Disminuir el tiempo hasta el diagnóstico etiológico en pacientes con encefalitis.
- Disminuir el tiempo hasta el inicio de un tratamiento activo en pacientes con encefalitis.
- Almacenar las muestras biológicas de pacientes con encefalitis para tener la posibilidad de realizar un diagnóstico retrospectivo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Diseñar un protocolo diagnóstico clínico para los pacientes con sospecha de encefalitis.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: Galadriel Pellejero

2. Poner en marcha un circuito que garantice la obtención y adecuado procesamiento de las muestras biológicas necesarias para el diagnóstico de encefalitis.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Sonia Algarate

3. Diseñar un protocolo de diagnóstico por imagen para pacientes con encefalitis

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#632

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE ENCEFALITIS

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: Eduardo Saez

4. Diseñar un protocolo de diagnóstico neurofisiológico para pacientes con encefalitis

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 01/03/2023

Responsable.: Elena Bellosta

5. Implementación del circuito de atención a pacientes con encefalitis

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: José Ramón Paño

6. Difusión de las acciones del proyecto de mejora

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 01/10/2023

Responsable.: Galadriel Pellejero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Protocolo diagnóstico clínico.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº documentos entregados

Denominador .....: Nº documentos planeados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documento describiendo el protocolo de diagnóstico clínico

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Circuito de obtención y procesamiento de muestras biológicas.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº documentos entregados

Denominador .....: Nº documentos planeados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documento describiendo el protocolo de obtención y procesamiento de muestras biológicas

Protocolo de encefalitis en petición electrónica (PE)

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Protocolo de diagnóstico radiológico

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº documentos entregados

Denominador .....: Nº documentos planeados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documento describiendo el protocolo de diagnóstico radiológico

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Protocolo de diagnóstico neurofisiológico

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº documentos entregados

Denominador .....: Nº documentos planeados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documento describiendo el protocolo de diagnóstico neurofisiológico

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Circuito de atención a pacientes

Tipo de indicador: alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#632

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE ENCEFALITIS

Numerador .....: N° documentos entregados  
Denominador .....: N° documentos planeados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Relación de integrantes  
Criterios de activación  
Protocolo describiendo el circuito

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 6. Difusión

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° Personas asisten a la sesión  
Denominador .....: N° Sesiones planeadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sesiones  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#649

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA PROFILAXIS PREEXPOSICION (PREP), ACCIONES DE MEJORA EN EL CIRCUITO DE USUARIOS, RENTABILIZACION DE LAS VISITAS Y TOMA DE MUESTRAS. SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS/CONSULTA DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#649 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CRUSELLS CANALES MARIA JOSE

Título  
PROGRAMA PROFILAXIS PREEXPOSICION (PREP), ACCIONES DE MEJORA EN EL CIRCUITO DE USUARIOS, RENTABILIZACION DE LAS VISITAS Y TOMA DE MUESTRAS.  
SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS/CONSULTA DE ENFERMERIA

Colaboradores/as:  
GIRON JORCANO GEMMA  
HERNANDEZ ESCOBAR ISABEL  
LAMANA IBAÑEZ MARIA GABRIELA  
SANJOAQUIN CONDE ISABEL  
VINUESA HERNANDO JOSE MANUEL

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: INFECCIOSOS

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El programa PrEP se aprueba a nivel nacional en 2019, en nuestra Comunidad la implantación se demora hasta Enero de 2021, el Servicio de Enfermedades Infecciosas es el responsable de la implantación de esta estrategia con el soporte de Farmacia Hospitalaria.

Inicialmente fue llevado a cabo por los médicos responsables de la patología VIH; con posterioridad y tras la puesta en marcha de la Consulta de Enfermería de Enfermedades Infecciosas, es esta la responsable de su control, con el apoyo de los médicos de Enfermedades infecciosas.

Tras un primer año de desarrollo del programa hemos realizado una primera valoración, que nos ha resultado de gran utilidad para detectar puntos fuertes, posibilidades de mejora y necesidades.

Las características epidemiológicas de nuestra cohorte retrata un perfil muy similar al de la población con nuevo diagnóstico VIH en los últimos años, tanto a nivel de nuestra comunidad como a nivel nacional, lo que nos sirve como refuerzo de la utilidad de esta medida de prevención.

La implantación del programa PrEP ha servido para mejorar de forma importante el control de las ITS en una población de elevado riesgo para su adquisición. El número de nuevas ITS diagnosticadas, la mayoría de ellas asintomáticas, demuestra la elevada incidencia de estas infecciones en la población sexual activa y las ventajas de los métodos de screening.

También hay que destacar la utilidad del screening serológico que además de servir para el diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual como la lúes, en otras infecciones, como la hepatitis A y B ha resultado útil para consejo vacunal en personas de elevado riesgo. La vacunación frente al VPH también ha sido otra herramienta de prevención primaria puesta en marcha en nuestro hospital a modo de recomendación puesto que muchos de los sujetos en terapia PrEP eran candidatos para recibirla.

Ante la entrada de la PrEP en cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), desde la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) se puso en marcha en 2020 el SIPrEP, un sistema de información y monitorización de la puesta en marcha e implementación en las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA) de los programas de PrEP, con el objetivo de recopilar información sobre el número de participantes, sus características, su evolución clínica y la efectividad de la PrEP.

Esto permitirá realizar un informe anual de la situación de la PrEP en España.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. No se ha iniciado la recogida de datos de nuestro hospital en el sistema de información SIPrEP
2. El circuito inicial de derivación de las personas que solicitaban PrEP, se planteó desde Atención Primaria, hemos comprobado carencias en este circuito por falta de información a los diferentes centros de Salud del Área III.
3. Los controles son trimestrales, pero la administración del tratamiento en Farmacia Hospitalaria tiene una periodicidad bimensual, esto implica un aumento en el número de visitas al Hospital de las personas en Programa PrEP.
4. La triple toma para ITS que se realiza en cada consulta, incluye frotis faríngeo, rectal y uretral, este último resulta muy molesto y podría sustituirse por detección de PCR en muestra de orina.
5. Circuito para vacunaciones complejo y poco operativo.
6. En la práctica diaria resulta trabajoso la solicitud de las analíticas, lo que incrementa de forma importante el tiempo de cada consulta.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Problemas de tiempo en Consulta para recogida de datos.
2. Carencias en este circuito por falta de información a los diferentes centros de Salud del Área III.
3. Sistemática en Externos de Farmacia Hospitalaria en cuanto a periodicidad de suministro de fármacos.
4. La

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#649

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA PROFILAXIS PREEXPOSICION (PREP), ACCIONES DE MEJORA EN EL CIRCUITO DE USUARIOS, RENTABILIZACION DE LAS VISITAS Y TOMA DE MUESTRAS. SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS/CONSULTA DE ENFERMERIA

derivación para vacunación en Atención Primaria resulta en muchas ocasiones complicada y al ser personas sanas no está contemplada la vacunación en Servicio de Preventiva de nuestro Hospital. 4. Muestra no realizada de manera sistemática en la rutina habitual. 5. La derivación para vacunación en Atención Primaria resulta en muchas ocasiones complicada y al ser una población sana no está contemplada la vacunación en Servicio de Preventiva. 6. Por no existir un código de laboratorio específico de esta consulta en la intranet

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Actualizar nuestros datos en el sistema nacional SiPrEP.

Mejorar la información y divulgación en el ámbito de Atención Primaria. Mejora del circuito de dispensación del fármaco antirretroviral.

Agilizar el proceso de vacunación, a través de Atención Primaria y de la Consulta de enfermería. Fomentar la

autotoma de muestra por parte del usuario

Elaboración de un código específico de consulta PrEP en las solicitudes de laboratorio.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Reuniones informativas con Atención Primaria

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: todos los componentes del grupo de mejora

#### 2. Actualización del registro SiPrEP

Fecha inicio: 20/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Maria Jose Crusells

#### 3. Adiestramiento en la realización de autotomas de frotis ITS

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Isabel Hernandez / Gabriela Lamana /Gemma Giron

#### 4. Actualización de vacunaciones

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Isabel Hernandez / Gabriela Lamana /Gemma Giron

#### 5. Adecuamiento fecha de recogida de fármaco en farmacia Hospitalaria con control en Consulta

Fecha inicio: 20/09/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Jose Manuel Vinuesa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Reuniones informativas con Atención Primaria

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: numero de reuniones informativas en Centros de Atención Primaria

Denominador .....: Centros de Salud incluidos en el Área 3

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Centros de salud del área

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 2. Usuarios registrados en SisPrEP

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: numero de usuarios incluidos

Denominador .....: numero de usuarios en programa PrEP

x(1-100-1000) ...: 1000

Fuentes de datos.: datos de consulta PrEP

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Usuarios remitidos desde Atención Primaria

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#649

### 1. TÍTULO

#### **PROGRAMA PROFILAXIS PREEXPOSICION (PREP), ACCIONES DE MEJORA EN EL CIRCUITO DE USUARIOS, RENTABILIZACION DE LAS VISITAS Y TOMA DE MUESTRAS. SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS/CONSULTA DE ENFERMERIA**

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: numero de usuarios remitidos desde atencion Primaria  
Denominador .....: numero de suarios incluidos en programa PrEP  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: datos de consulta PrEP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

#### 4. Autotomas realizadas

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: numero de autotomas de frotis ITS  
Denominador .....: numero de frotis ITS realizados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: datos de consulta PrEP10  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 5. Recogida de farmaco en Farmacia Hospitalaria coincidente con control en Consulta

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Cita en Farmacia coincidente con control en Consulta  
Denominador .....: Citas en farmacia  
x(1-100-1000) ...: 1000  
Fuentes de datos.: registro de farmacia hospitalaria /registro en consulta PrEP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#643

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL TEST DE ACTIVACION DE BASOFILOS PARA EL DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON ALERGIA A MEDICAMENTOS EN EL SECTOR III

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#643 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MARTINEZ LOSTAO LUIS

Título  
IMPLEMENTACION DEL TEST DE ACTIVACION DE BASOFILOS PARA EL DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON ALERGIA A MEDICAMENTOS EN EL SECTOR III

Colaboradores/as:  
BORAO PEREZ SARA  
GARCES SOTILLOS MARIA DEL MAR  
GIL GINES VICTOR  
INDA LANDALUCE MARIA MERCEDES  
NOCITO COLON MARIA MERCEDES LOURDES  
ROJAS HIJAZO BEATRIZ  
SEGURA ARAZURI M. NIEVES

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: INMUNOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las reacciones alérgicas a medicamentos suponen un problema diagnóstico grave debido al riesgo potencial de las pruebas in vivo (pruebas de provocación) y a la falta de pruebas in vitro (determinación de IgE específica) o la baja sensibilidad de éstas, así como de las pruebas cutáneas, especialmente para determinados medicamentos. En este sentido, los antibióticos beta-lactámicos suponen la primera causa de reacciones alérgicas mediadas por IgE frente a medicamentos en nuestro Sector. En el 2021 se atendieron en el Sº de Alergia unos 450 pacientes con sospecha de alergia a beta-lactámicos de los que más del 80% correspondieron a amino-penicilinas, principalmente amoxicilina. Alrededor de un 80% de los diagnósticos se realizaron mediante prueba de exposición controlada simple ciego; un 10% mediante test cutáneos y un 10% mediante anamnesis (cuadro altamente sugestivo con test cutáneos y/o IgE específicas negativas). De los pacientes sometidos a una prueba de provocación con beta-lactámicos, el 3,5% presentaron una reacción, llegando así al diagnóstico de certeza. Aunque se puede determinar la IgE específica frente a algunos beta-lactámicos, no existen determinaciones de IgE específicas para todos ellos siendo la sensibilidad de dicho estudio de un 10%.

Por otra parte, en relación a otros medicamentos que causan reacciones alérgicas mediadas por IgE, principalmente analgésicos y fármacos inductores de la anestesia en cirugía, no existen determinaciones de IgE específicas que ayuden al diagnóstico de la posible reacción alérgica a uno o varios de los medicamentos empleados siendo complejo en estos casos su diagnóstico teniendo además en cuenta que en estos pacientes la reacción alérgica a alguno de los fármacos empleados puede ser grave llegando incluso a la anafilaxia.

El test de activación de basófilos (TAB) es una prueba no invasiva con una óptima rentabilidad diagnóstica con una sensibilidad de un 40% que puede aumentar hasta el 55% si se usa junto con la determinación de IgE específica (si se dispone de la misma). Por ello, la implementación del TAB en nuestro Hospital puede ser de utilidad en el manejo de pacientes con sospecha de alergia a medicamentos mejorando el diagnóstico in vitro de esta patología sobre todo en aquellos casos donde existe discordancia entre la historia clínica y los test cutáneos o IgE específica, pudiendo evitar el riesgo potencial que supone la realización de una prueba de provocación para confirmar el diagnóstico. Por ello, este proyecto ampliará las posibilidades diagnósticas de la patología alérgica y con ello se mejorará la seguridad en el paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora en el diagnóstico de los pacientes con sospecha de alergia a beta-lactámicos y a otros medicamentos (analgésicos, anestésicos).

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Las reacciones alérgicas a medicamentos suponen un problema diagnóstico grave debido al riesgo potencial de las pruebas in vivo (pruebas de provocación) y a la baja sensibilidad de las pruebas in vitro o la falta de las mismas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Optimizar el protocolo técnico del TAB en el sistema de citometría de flujo del Sº de Inmunología.
  - Realizar el TAB y la determinación de las IgE específicas disponibles frente a medicamentos en pacientes con posible alergia a medicamentos atendidos en el Sº de Alergología.
  - Valorar el rendimiento diagnóstico del TAB por separado y la realización conjunta del TAB e IgE específicas (si están disponibles) en los pacientes incluidos en el estudio.
- Población diana: población con posible alergia a medicamentos atendidos en el Sº de Alergología.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sº Inmunología: Optimización del protocolo técnico del TAB mediante citometría de flujo.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#643

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL TEST DE ACTIVACION DE BASOFILOS PARA EL DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON ALERGI A MEDICAMENTOS EN EL SECTOR III

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 30/06/2022  
Responsable.: Luis Martinez Lostao

2. Sº Inmunología: Realización del TAB en al menos 30 pacientes con sospecha de alergia a beta-lactámicos y a otros medicamentos (analgésicos, anestésicos).  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Luis Martinez Lostao

3. Sº Inmunología: Determinación en suero de IgE específica frente a todos los beta-lactámicos (amoxicilina, ampicilina, cefaclor, penicilina G y penicilina V) disponibles en la Cartera de Servicios.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Luis Martinez Lostao

4. Sº Alergia: Selección y citación a consulta de al menos 30 pacientes con sospecha de alergia a beta-lactámicos y/o a otros medicamentos (analgésicos, anestésicos) para su valoración clínica.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Nieves Segura Arazuri

5. Sº Alergia: Extracción de un contenedor con sangre total anticoagulada con el anticoagulante previamente seleccionado y un contenedor de suero para la determinación de IgE específica (si procede).  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Nieves Segura Arazuri

6. Sº Inmunología y Sº Alergia: Realización de reuniones cuatrimestrales de los componentes del equipo para valorar las acciones realizadas y los resultados obtenidos.  
Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Luis Martinez Lostao

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de pacientes con sospecha de alergia a medicamentos con TAB realizados  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de pacientes con sospecha de alergia a medicamentos candidatos a realizar TAB  
Denominador .....: Nº de pacientes con sospecha de alergia a medicamentos con TAB realizados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros del Sº de Alergia y el Sº de Inmunología y sistema informático de gestión de laboratorios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Nº de pacientes con sospecha de alergia a medicamentos con TAB positivo  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº de pacientes con sospecha de alergia a medicamentos con TAB positivo  
Denominador .....: Nº de pacientes con sospecha de alergia a medicamentos con TAB realizados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros del Sº de Alergia y el Sº de Inmunología y sistema informático de gestión de laboratorios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

3. Nº de pacientes con sospecha de alergia a beta-lactámicos diagnosticados mediante TAB  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº de pacientes con sospecha de alergia a beta-lactámicos con TAB positivo  
Denominador .....: Nº de pacientes con sospecha de alergia a beta-lactámicos con TAB positivo y/o IgE específicas positivas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros del Sº de Alergia y el Sº de Inmunología y sistema informático de gestión de laboratorios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#643

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL TEST DE ACTIVACION DE BASOFILOS PARA EL DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON ALERGIA A MEDICAMENTOS EN EL SECTOR III

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Alergia

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#283

### 1. TÍTULO

#### CATETERISMO DE VENAS SUPRARRENALES EN PACIENTES HIPERTENSOS CON HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#283 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CABRERIZO GARCIA JOSE LUIS

Título  
CATETERISMO DE VENAS SUPRARRENALES EN PACIENTES HIPERTENSOS CON HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

Colaboradores/as:  
ALVAREZ BALLANO DIEGO  
CEBOLLADA DEL HOYO JESUS  
GIMENO ORNA JOSE ANTONIO  
GUIROLA ORTIZ JOSE ANDRES  
SANCHEZ BALLESTIN MARIA  
VICENTE DE VERA FLORISTAN MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La prevalencia de la hipertensión arterial en adultos se sitúa alrededor de 30-45% y supera el 60% en personas de más de 60 años. La detección de causas secundarias es importante ya existen intervenciones que pueden ser curativas. El hiperaldosteronismo primario es la causa más frecuente de hipertensión secundaria con una prevalencia de hasta el 20% de todos los hipertensos. Una vez que llegamos al diagnóstico bioquímico de hiperaldosteronismo primario es fundamental la realización de un cateterismo selectivo de las venas suprarrenales para averiguar si el exceso de secreción de aldosterona es unilateral o bilateral por las glándulas suprarrenales. En caso de ser unilateral se puede plantear la suprarrenalectomía laparoscópica. La suprarrenalectomía mejora en todos los casos la gravedad de la hipertensión del hiperaldosteronismo, a menudo resistente, y es capaz de curarla por completo hasta en un 75% de los casos. La realización del cateterismo de venas suprarrenales es posible en el Servicio de Radiología Intervencionista del Hospital Clínico, pero hasta la fecha se estaban derivando al hospital Miguel Servet por la ausencia de un protocolo claro de selección y preparación previa de pacientes candidatos. Existe la necesidad de la creación de un protocolo para la elección y realización de cateterismo de venas suprarrenales en pacientes hipertensos con hiperaldosteronismo primario con unas directrices concisas de tal forma que asegure la máxima sensibilidad y especificidad de la prueba. Así se podrán reducir interferencias de fármacos antihipertensivos y evitar la realización a pacientes no candidatos por excesiva comorbilidad o con datos que a priori nos indican una probabilidad baja de mejoría tras la suprarrenalectomía. Con la puesta en marcha en nuestro centro se evitara el desplazamientos del paciente a otro hospital.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Reducir las comorbilidades cardiovasculares que produce el hiperaldosteronismo primario.
- Efectos secundarios de plurimedicación con antihipertensivos
- Baja adherencia a la cantidad de fármacos que toma el paciente
- Desplazamiento del paciente a otro hospital para realizar el cateterismo de venas suprarrenales

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Esto es debido al efecto deletéreo del exceso de aldosterona sobre el sistema cardiovascular
- Para el tratamiento de la hipertensión resistente del hiperaldosteronismo es necesario múltiples fármacos
- Al ser tan numeroso el número de fármacos aumentan los olvidos
- Al no haber un protocolo establecido sobre el cateterismo se tienen que derivar a otro hospital.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Realizar de forma protocolizada el cateterismo de venas suprarrenales para mejorar resultados de sensibilidad y especificidad
2. Evitar desplazamiento a otro hospital para realizar cateterismo de venas suprarrenales.
3. Seleccionar adecuadamente a los pacientes con hiperaldosteronismo primario con posibilidad de curación o mejoría significativa de la hipertensión mediante suprarrenalectomía con cateterismo de venas suprarrenales previamente realizado.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reuniones de los Servicios de Medicina Interna, Endocrinología, Radiología Intervencionista y Laboratorio de hormonas para elaborar borrador del procedimiento.

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: José Luis Cabrerizo García

2. Elaboración por escrito del protocolo para la realización del cateterismo de venas suprarrenales

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#283

### 1. TÍTULO

#### CATETERISMO DE VENAS SUPRARRENALES EN PACIENTES HIPERTENSOS CON HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 27/02/2023  
Responsable.: José Luis Cabrerizo García

3. Correcciones y modificaciones del protocolo por parte de los Servicios de Medicina Interna, Endocrinología, Radiología Intervencionista y Laboratorio de hormonas para elaborar borrador d  
Fecha inicio: 28/02/2023  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: José Luis Cabrerizo García

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % Hipertensos con hiperaldosteronismo primario atendidos en la Consulta de Hipertensión  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de Hiperaldosteronismos primarios  
Denominador .....: N° de Hipertensos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Consulta de HTA y Riesgo Vascular  
Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

2. % Hiperaldosteronismos primarios que se realiza cateterismo de venas suprarrenales  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N ° cateterismos de venas suprarrenales  
Denominador .....: N° de Hiperaldosteronismos primarios  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Consulta de HTA y Riesgo Vascular  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

3. % Hiperaldosteronismos primarios que mejorar su HTA tras cateterismo y suprarrenalectomía  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de pacientes con mejoría de HTA  
Denominador .....: N ° cateterismo + suprarrenalectomía  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Consulta de HTA y Riesgo Vascula  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#539

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha de entrada: 10/07/2022

Nº de registro: 2022#539 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DOLZ ASPAS RAQUEL

Título  
PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Colaboradores/as:  
CORBATON GIMENO M. VICTORIA  
LARRAGA MOTOS MARIA PILAR  
MATEO POLO MARIA  
MUÑOZ FARJAS ELENA  
RAMOS ABRIL VANESA  
RODRIGUEZ EMBID RAQUEL  
URIETA ROYO CRISTINA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Una caída en un paciente hospitalizado puede conllevar un aumento la duración de la estancia hospitalaria, comorbilidad asociada, lesiones, discapacidad; con una reducción en la calidad de vida y aumento de coste tanto para los pacientes y sus familiares, como sanitario. La seguridad del paciente hospitalizado es una prioridad en los centros sanitarios, así como la identificación correcta de los pacientes de riesgo y también la protección del paciente vulnerable frente a estos sucesos. Planteamos este proyecto de mejora de la Seguridad de nuestros pacientes considerando que el análisis de las circunstancias en las que se produce una caída en el paciente hospitalizado es fundamental en la prevención de posteriores episodios y poder crear un entorno seguro para el paciente ingresado con un enfoque multidisciplinar.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disminuir la incidencia de caídas y sus secuelas en las personas que por su situación vital y/o características medio-ambientales estén en riesgo de sufrir este evento.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Planteamos este proyecto de mejora de la Seguridad de nuestros pacientes considerando que el análisis de las circunstancias en las que se produce una caída en el paciente hospitalizado es fundamental en la prevención de posteriores episodios y poder crear un entorno seguro para el paciente ingresado con un enfoque multidisciplinar.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general:

- Disminuir la incidencia de caídas y sus secuelas en las personas que por su situación vital y/o características medio-ambientales estén en riesgo de sufrir este evento.

Objetivos específicos:

- Identificar en la práctica asistencial los pacientes ingresados en planta 11 de Medicina interna y Neurología con riesgo de caída.
- Establecer intervenciones efectivas y personalizadas para la prevención, detección, actuación y evaluación ante el riesgo de caída.
- Garantizar la transferencia de información de los pacientes, en "Riesgo de Caídas", entre los profesionales que intervienen en su proceso asistencial, en cualquier ámbito de actuación.
- Mejorar y promover la notificación de caídas, para conocer incidencias, causas y establecer estrategias de mejora.
- Definir indicadores que muestren el nivel de implantación, la prevalencia de caídas, los riesgos asociados y la eficacia de las intervenciones.
- Establecer estrategias de sensibilización a profesionales, pacientes y cuidadores en identificación de los factores de riesgo y su prevención

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión con FEAS, supervisión de enfermería, enfermeras de Neurología y de Medicina Interna solicitando su colaboración y participación en el proyecto

Fecha inicio: 21/04/2022

Fecha final.: 21/04/2022

Responsable.: Responsable y colaboradores del proyecto

2. Comunicar al Jefe de Servicio con el fin de incluir el proyecto en el contrato de gestión de la Unidad de Medicina Interna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#539

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha inicio: 02/05/2022

Fecha final.: 02/05/2022

Responsable.: Responsable del proyecto.

3. Identificar al paciente con un alto riesgo de caídas(Realización de escala Downton al ingreso del paciente además de valorar otros factores precipitantes

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Enfermera responsable del paciente

4. Aplicar las medidas preventivas para modificar o tratar los factores de riesgo asociados

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Equipo multidisciplinar.

5. Informar al paciente y a la familia o cuidador, favoreciendo su participación activa .

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Equipo multidisciplinar.

6. Proporcionar tríptico con información para prevención de caídas en paciente hospitalizado.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Equipo multidisciplinar.

7. Realización de visual thinking con información de factores a controlar para evitar una caída

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dra. Muñoz

8. formación a profesionales para el registro de caídas, con la realización de video explicativo para rellenar formulario de caída , evento adverso para una correcta comunicación.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Equipo multidisciplinar.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Valoración del riesgo de caídas en el primer contacto asistencial con el paciente

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes a los que se ha valorado el riesgo de caídas con la escala Downton

Denominador .....: Total de Pacientes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de riesgo de caída que se han caído.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con diagnóstico "Riesgo de caída que se han caído.

Denominador .....: Número total de pacientes con el diagnóstico de "Riesgo de caídas"

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de pacientes con lesión debido a caídas.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con lesión secundaria a caída

Denominador .....: Número de pacientes con registro de caída

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Electrónica.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#539

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#468

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA EN LA ASISTENCIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Fecha de entrada: 04/07/2022

Nº de registro: 2022#468 \*\* Crónico Complejo \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHEZ MARTELES MARTA

Título  
PLAN DE MEJORA EN LA ASISTENCIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Colaboradores/as:  
CADARSO VISCASILLAS ANA MARIA  
CASASUS ARTAL EVA GLORIA  
GARCES HORNA VANESA  
RUBIO GRACIA JORGE  
RUIZ LAIGLESIA FERNANDO JOSE  
SAMPERIZ LEGARRE PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: Crónico Complejo

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La insuficiencia cardiaca (IC) es una patología altamente prevalente, cuya incidencia aumenta con la edad. Se calcula que entre el 15 y el 25% de los pacientes con edades entre 75 y 85 años padecen una IC. Típicamente cursa con descompensaciones y reingresos lo que supone un importante consumo de recursos sanitarios y un impacto importante en la calidad de vida de los pacientes.

En los últimos años, se han desarrollado nuevos fármacos cuya implementación ha demostrado mejorar la supervivencia. Pero junto con ello, la asistencia y seguimiento precoz en unidades especializadas y el desarrollo de planes para la educación en el autocuidado han demostrado eficacia en el uso de recursos y en la calidad de vida de los pacientes.

En el contexto del servicio de medicina interna, la IC supone la primera causa de ingreso, con una tasa de reingresos importante y una población cada vez más envejecida, que hace prever un aumento de estas cifras en los próximos años. Por ello, medidas que redunden en una mejor asistencia a estos pacientes resultan necesarias. Planteamos 4 líneas/áreas de mejora coordinadas para la mejora de la asistencia en los pacientes con IC

#### ÁREAS DE MEJORA

Planificación del seguimiento precoz de los pacientes con IC tras un ingreso por descompensación

Educación en el autocuidado y autocontrol para pacientes con IC

Creación de formularios específicos en la Historia Clínica Electrónica (HCE) para pacientes en seguimiento por IC

Elaboración de perfiles analíticos específicos para pacientes con IC

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Actualmente el seguimiento post-alta de estos pacientes queda a criterio del facultativo, sin uniformidad en el mismo.

- Los pacientes con IC no disponen de un área de formación y educación para el autocuidado en IC.

- Carecemos de formularios específicos con los que poder agrupar los datos básicos necesarios en pacientes con IC

- Carecemos de perfiles analíticos específicos para pacientes con IC

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Planificación del seguimiento precoz de los pacientes con IC tras un ingreso por descompensación: se considerarán 3 hitos de cumplimiento en el proceso; las reuniones de coordinación, el diseño del algoritmo de flujo de pacientes y finalmente la puesta en marcha del proceso. La población diana serán los pacientes en seguimiento en consultas monográficas de IC de medicina interna. Se realizará una coordinación con el equipo de enfermería del Hospital de día Médico (HDDM) y con su consulta de enfermería.

2. Promoción del autocuidado y autocontrol en pacientes con IC: se incluirá a los pacientes en los que se vaya a realizar seguimiento. El objetivo inicial es la realización de material educativo de 3 tipos (información general sobre IC, material sobre alimentación y sobre signos y síntomas de alarma). Será una labor liderada por enfermería, actualizando el material ya existente y en una segunda fase con la puesta en práctica de la educación en pacientes y seguimiento en consultas.

3. Elaboración de formularios específicos en la Historia Clínica Electrónica (HCE): el objetivo es desarrollar distintos formularios específicos para los momentos clave de seguimiento del paciente en consultas monográficas de IC. En concreto, en la primera visita, visita a los 6 meses y visita al año. En ellos se recogerán los datos básicos que perfilan los distintos tipos de pacientes y que condicionan su tratamiento, así como los fármacos prescritos. Ello permitirá un manejo más ágil de los pacientes y una revisión periódica de datos de la consulta con el fin de identificar posibles oportunidades de mejora.

4. Elaboración de perfiles analíticos para pacientes con IC: el objetivo es homogenizar las peticiones analíticas en los pacientes con IC, tanto en situación aguda como a lo largo del seguimiento, optimizando las peticiones y evitando, tanto duplicidades que como la falta de datos analíticos que requieran de especial

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#468

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA EN LA ASISTENCIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

valoración en el seguimiento. Se diseñará un perfil "IC aguda", un perfil "IC crónica-seguimiento".

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Difusión y puesta en marcha del algoritmo para seguimiento precoz de pacientes post-hospitalización por IC

Fecha inicio: 20/11/2022

Fecha final: 15/05/2023

Responsable.: MARTA SÁNCHEZ MARTELES, FERNANDO RUIZ LAIGLESIA, PILAR SAMPÉRIZ LEGARRE

3. Actualización de la evidencia científica de recomendaciones no farmacológicas en IC, diseño del material de información y educación y puesta en marcha de consulta de enfermería.

Fecha inicio: 05/07/2022

Fecha final: 15/05/2023

Responsable.: ANA CADARSO VISCASILLAS, EVA GLORIA CASASÚS ARTAL

4. Elaboración de los distintos formularios específicos de seguimiento en consultas de IC (primer día, seguimiento 6 meses y año)

Fecha inicio: 05/07/2022

Fecha final: 20/12/2023

Responsable.: VANESA GARCÉS HORNA

5. Volcado de formularios elaborados en la historia clínica electrónica y puesta en marcha de los mismos para su uso

Fecha inicio: 21/12/2022

Fecha final: 30/05/2023

Responsable.: VANESA GARCÉS HORNA

6. Diseño de perfiles de laboratorio "IC aguda" e "IC Crónica" y reuniones con responsables de laboratorio

Fecha inicio: 05/07/2022

Fecha final: 20/11/2022

Responsable.: JORGE RUBIO GRACIA

7. Inclusión de los perfiles de IC en el sistema informático modulab y puesta en marcha

Fecha inicio: 21/11/2022

Fecha final: 15/05/2023

Responsable.: JORGE RUBIO GRACIA

8. Inclusión de los perfiles de IC aguda y crónica en el sistema informático "modulab/intralab" y puesta en marcha de su uso

Fecha inicio: 21/11/2022

Fecha final: 15/05/2023

Responsable.: JORGE RUBIO GRACIA

1. Reuniones de coordinación entre el equipo, diseño del algoritmo de flujo de pacientes para seguimiento precoz post-hospitalización por IC descompensada

Fecha inicio: 05/07/2022

Fecha final: 15/11/2022

Responsable.: MARTA SÁNCHEZ MARTELES

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La fechas descritas son orientativas y pueden estar sujetas a modificaciones.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración de flujo de seguimiento de pacientes post-hospitalización IC

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de hitos cumplimentados en el diseño del flujo de pacientes para seguimiento de IC post-hospitalización

Denominador .....: Nº de hitos necesarios para completar el proceso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Elaboración propia.

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Seguimiento precoz en consultas post-hospitalización por IC descompensada

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de pacientes derivados a consultas de enfermería para seguimiento

Denominador .....: Nº de pacientes vistos en consultas monográficas de IC con código 2.25 (seguimiento post-hospitalización)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Elaboración propia. Los datos se obtendrán a partir de los datos de gestión del

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#468

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA EN LA ASISTENCIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

- centro.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00
3. Elaboración de documentación para la educación de los pacientes y cuidadores con IC  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de documentos diseñados y aprobados para uso en la educación del paciente con IC  
Denominador .....: N° de documentos necesarios para la educación del paciente con IC según el presente plan (3)  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Elaboración propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00
4. Percepción de utilidad de la educación y seguimiento precoz en consulta específica de enfermería  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de pacientes que reconocen la utilidad del material entregado  
Denominador .....: N° de pacientes atendidos en consultas de enfermería para educación y seguimiento en IC  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Elaboración propia. Los datos se obtendrán a partir de una encuesta específicamente diseñada para la obtención de dicha información  
Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00
5. Diseño de formularios específicos para el seguimiento en pacientes con IC  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de formularios diseñados y activos  
Denominador .....: N° de formularios necesarios para el seguimiento en consultas monográficas de IC  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Elaboración propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00
6. Percepción de los profesionales en el seguimiento de pacientes con IC con formularios específicos  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de profesionales que perciben mejora en la asistencia a los pacientes con IC en consultas con el uso de formularios específicos  
Denominador .....: N° de profesionales implicados en la asistencia de pacientes con IC en consulta monográfica  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Elaboración propia. Los datos se obtendrán de una encuesta específicamente diseñada para ello.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00
7. Diseño de perfiles de laboratorio específicos para el seguimiento en pacientes con IC  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de perfiles analíticos diseñados y activos  
Denominador .....: N° de perfiles necesarios para el seguimiento en consultas monográficas de IC  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Elaboración propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00
8. 7. Diseño de perfiles de laboratorio específicos para el seguimiento en pacientes con IC  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de perfiles analíticos diseñados y activos  
Denominador .....: N° de perfiles necesarios para el seguimiento en consultas monográficas de IC  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Elaboración propia

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#468

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA EN LA ASISTENCIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Est.Min.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Min.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#155

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION EN ENFERMERÍA EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y/O TERAPEUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR

Fecha de entrada: 17/06/2022

Nº de registro: 2022#155 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
NAVAL MORELLI JAVIER MARIA

Título  
ELABORACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION EN ENFERMERÍA EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y/O TERAPEUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR

Colaboradores/as:  
ANDRES GRACIA ALEJANDRO  
CADENA ARDID SORAYA  
FERNANDEZ GARCIA M. LUISA  
GRACIA SANCHEZ MERCEDES  
JIMENEZ ALBERICIO SILVIA  
MARRON MILLAN MARTA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA NUCLEAR

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Describir las áreas de mejora sobre las que se va a actuar y sus causas: Existen pruebas diagnósticas/terapéuticas específicas que solo se realizan (en el Salud) en este momento en el Hospital Clínico Lozano Blesa. En el año 2019 se puso en funcionamiento el primer aparato de PET-TAC del Servicio Aragonés de Salud. El Hospital Clínico Lozano Blesa cuenta también con habitaciones específicamente preparadas para realizar terapia metabólica. Además está prevista la instalación de un nuevo aparato de PET-TAC en el Hospital Universitario Miguel Servet a lo largo de 2023 y los procedimientos podrían ser de utilidad para su puesta en marcha allí.

#### ÁREAS DE MEJORA

Protocolizar los procedimientos de enfermería en tareas específicas para poder estandarizar las actuaciones a realizar

#### ANALISIS DE CAUSAS

Movilidad constante del personal de enfermería-

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Describir dos procedimientos de enfermería (Administración de Lutecio y actuaciones de enfermería en el PET)  
Población diana: personal de enfermería del servicio de medicina nuclear, así como los pacientes, que son los clientes finales sobre los que recaen los cuidados.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización procedimiento de administración de Lutecio177.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Mercedes Gracia Sanchez

2. Realización procedimiento actuaciones de enfermería en el PET.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: Javier María Naval Morelli

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Una vez aprobados los procedimientos, actuar de acuerdo con ellos e instruir al nuevo personal en base a ellos y mostrárselos en su incorporación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Realización de protocolos de enfermería

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de procedimientos realizados a fecha 1/12/22

Denominador .....: Total de procedimientos planteados para este proyecto (2)

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Servidor Medicina Nuclear

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#155

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION EN ENFERMERÍA EN PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y/O TERAPEUTICOS EN MEDICINA NUCLEAR

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

#### 2. Incidencias relacionadas con la enfermería PET-TAC

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de incidencias reflejadas (relacionadas con la práctica enfermera) de PET-TAC en 2023

Denominador .....: Número de incidencias reflejadas (relacionadas con la práctica enfermera) de PET-TAC en 2022

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de Incidencias Medicina Nuclear de la Intranet

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Incidencias relacionadas con la enfermería Administración de Lutecio

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de incidencias reflejadas (relacionadas con la práctica enfermera) de administración de Lutecio en 2023

Denominador .....: Número de incidencias reflejadas (relacionadas con la práctica enfermera) de administración de Lutecio en 2022

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de Incidencias Medicina Nuclear de la Intranet

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1176

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE NUEVAS INDICACIONES Y PROTOCOLOS DEL PET/TC EN LA UNIDAD CLÍNICA MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR DE ARAGON

Fecha de entrada: 03/08/2022

Nº de registro: 2022#1176 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ANDRES GRACIA ALEJANDRO

Título  
IMPLANTACION DE NUEVAS INDICACIONES Y PROTOCOLOS DEL PET/TC EN LA UNIDAD CLÍNICA MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR DE ARAGON

Colaboradores/as:  
CALDERON CALVENTE MARIA  
ESCALERA TEMPRADO TERESA  
FALGAS LACUEVA MARINA  
GUZMAN PRUDENCIO GABRIELA  
NAVARRO BELTRAN PABLO  
NOGUEIRA SOUTO DANIEL  
TARDIN CARDOSO ANA LETICIA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA NUCLEAR

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 2\*HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET\*MEDICINA NUCLEAR\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Actualmente indicaciones pactadas con la Gerencia y con los comités de tumores y servicios implicados en su manejo:

- Neoplasias Hematológicas
- Oncopediatría
- Neoplasias Pulmonares
- Cáncer de Próstata
- Neoplasias nefrourológicas
- Tumores del área ORL
- Cáncer de mama
- Cáncer de tiroides
- Exploraciones cerebrales con trazadores beta amiloide
- Pacientes ingresados del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" todas las indicaciones.
- Pacientes ingresados del Hospital Universitario "Miguel Servet" sólo indicaciones anteriores.

No podemos realizar por cuestiones de limitación de espacio, tiempo de máquina y logística del HCU:

- + otras neoplasias
- + pacientes ingresados en otros centros hospitalarios de fuera de Zaragoza
- + procesos infecciosos e inflamatorios de pacientes no ingresados.

Con la implantación del 2º PET/TC público de la UCMHMNA en el Hospital Universitario "Miguel Servet", va a suponer poder abrir las indicaciones que actualmente realizamos en el PET/TC y si se nos dota de instalaciones adecuadas también a pacientes ingresados de fuera de Zaragoza.

Por lo tanto, resulta un reto y un desafío para la unidad analizar las indicaciones más aceptadas de acuerdo con las guías clínicas y evidencia científica disponible y que tengan un alto rendimiento diagnóstico.

Las nuevas indicaciones y el análisis de los protocolos más adecuados para dichas indicaciones serán las siguientes:

- Tumores digestivos (esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso, páncreas, hígado, vías biliares)
- Tumores ginecológicos (cervix, endometrio, ovario, vulva, anejos,...)
- Tumores mesenquimales
- Tumores cutáneos
- Procesos inflamatorios (sarcoidosis, arteritis de grandes vasos, enfermedades reumatológicas, ...) e infecciosos (endocarditis, prótesis vasculares,...)

Es necesario un adecuado análisis de las indicaciones en las que la exploración PET/TC muestra una mayor rentabilidad diagnóstica, en el diagnóstico inicial, sospecha de recidiva, seguimiento y control de respuesta al tratamiento, así como los protocolos más adecuados para realizar el PET/TC de una forma óptima, que en función de la indicación pueden requerir un protocolo diferenciado, para lo cual es preciso realizar una revisión de las guías clínicas más relevantes (ESGO, NCCN, SEGO,...), así como evaluar las variaciones del protocolo estándar que pueden ayudarnos a obtener un mejor resultado.

Es preciso además alcanzar un consenso con los servicios y comités responsables.

Este proyecto permitirá mejorar la atención y el manejo de estos pacientes.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1176

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE NUEVAS INDICACIONES Y PROTOCOLOS DEL PET/TC EN LA UNIDAD CLÍNICA MULTIHOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR DE ARAGON

##### ÁREAS DE MEJORA

- Analizar las indicaciones en las que el PET/TC puede tener un resultado óptimo con un buen nivel de evidencia, las indicaciones que sin tener una adecuada evidencia podría ser aconsejable su uso, o las indicaciones en las que no es aconsejable su uso.
- Analizar los protocolos de adquisición y de preparación de los pacientes que resulten óptimos, para que la exploración tenga la mejor rentabilidad diagnóstica.

##### ANALISIS DE CAUSAS

El abrir las indicaciones que actualmente manejamos a los procesos reseñados nos obliga, al igual que hacemos con las indicaciones con las que ya trabajamos, aun rendimiento de la exploración que sea óptimo con unas indicaciones adecuadas y un protocolo lo más correcto posible. Dado que los recursos son limitados, hay que evitar exploraciones PET/TC que no sean sustentados adecuadamente por la evidencia científica disponible y por las guías clínicas más actuales, y que por lo tanto su realización no va a suponer un beneficio clínico. Los protocolos de adquisición y preparación de los pacientes deben ser los adecuados para que la exploración tenga utilidad clínica. Todas estas entidades engloban a una serie de tumores y procesos muy diferentes en cuanto a su comportamiento clínico, evolución, vías de diseminación, grado histológico, germen causal, ...

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Analizar en que escenario clínico de las nuevas indicaciones para las cuales el PET/TC tiene un valor diagnóstico.
- Establecer los protocolos más adecuados en cada una de las indicaciones y si difieren del protocolo estándar del PET/TC con 18F-FDG.

##### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Reunión de constitución y puesta en marcha del equipo  
- Establecimiento de un plan de trabajo:  
+ Decidir las indicaciones a evaluar.  
+ Repartir dichas indicaciones entre los miembros del

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: TERESA ESCALERA TEMPRADO

2. - Establecer un cronograma (dado que la implantación del nuevo PET/TC será en septiembre de 2023 y probablemente a finales de 2023 iniciaremos las nuevas indicaciones pactadas

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: ALEJANDRO ANDRÉS GRACIA

3. - Reunión de análisis de las indicaciones evaluadas y emisión de documento para cada indicación.

Fecha inicio: 31/01/2023  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: TERESA ESCALERA TEMPRADO

4. - Remisión de los documentos a los facultativos de la unidad para realizar aportaciones.  
- Aprobación definitiva de las indicaciones y los protocolos.

Fecha inicio: 28/02/2023  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: ALEJANDRO ANDRÉS GRACIA

5. - Remisión a los subcomités de tumores y servicios implicados las indicaciones pactadas.  
- Aprobación definitiva de las indicaciones y protocolos.

Fecha inicio: 31/03/2023  
Fecha final.: 30/06/2023  
Responsable.: TERESA ESCALERA TEMPRADO

6. - Reevaluar dichas indicaciones y protocolos tras su puesta en marcha para analizar en escenario real y modificar si es preciso, en función de los resultados, los documentos elaborados.

Fecha inicio: 01/12/2023  
Fecha final.: 28/02/2024  
Responsable.: ALEJANDRO ANDRÉS GRACIA

##### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se irán evaluando de forma continua para modificar el cronograma y las actividades a realizar.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1176

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE NUEVAS INDICACIONES Y PROTOCOLOS DEL PET/TC EN LA UNIDAD CLÍNICA MULTI-HOSPITALARIA DE MEDICINA NUCLEAR DE ARAGON

##### 2. Análisis de indicaciones aprobadas y consensuadas en la UCMHMNA

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de indicaciones analizadas  
Denominador .....: 5 indicaciones principales  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Indicaciones consensuadas y aprobadas por la unidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Análisis de indicaciones consensuadas con los servicios solicitantes.

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de indicaciones consensuadas  
Denominador .....: Total de indicaciones aprobadas por la UCMHMNA  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Indicaciones consensuadas con servicios solicitantes  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 4. Protocolos asociados a las indicaciones consensuadas

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de protocolos analizados y aprobados  
Denominador .....: Indicaciones aprobadas por la UCMHMNA  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Registros de las reuniones y de los protocolos elaborados  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

- Registro de los servicios y comités que funcionan en la comunidad autónoma donde se registran y analizan los pacientes (subcomités de tumores digestivos, específicos por órgano como hepatocarcinoma, subcomités de tumores ginecológicos, comités de tumores, servicios de oncología, digestivo, medicina interna, infecciosas, reumatología, vascular,...)

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Diversas patologías.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#99

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION DE LA CONSULTA DE VACUNAS

Fecha de entrada: 13/06/2022

Nº de registro: 2022#99 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
HERNANDEZ GARCIA IGNACIO

Título  
INFORMATIZACION DE LA CONSULTA DE VACUNAS

Colaboradores/as:  
AIBAR REMON CARLOS  
GARCIA MONTERO JOSE IGNACIO  
JUBERIAS SANCHEZ VALERA ESTHER  
MARECA DOÑATE ROSA MARIA  
MOLINER LAHOZ FRANCISCO JAVIER  
PRIETO ANDRES PURIFICACION  
TEJERO TOMAS MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA PREVENTIVA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Un objetivo estratégico designado por el Departamento de Sanidad de Aragón es el relacionado con la utilización de la historia clínica electrónica y todos sus sistemas vinculados. A fin de alinearnos con dicho objetivo, desde el Servicio de Medicina Preventiva desde el año 2021 se ha comenzado a utilizar la historia clínica electrónica para la asistencia prestada en nuestra consulta de vacunaciones para grupos de pacientes vulnerables, si bien su utilización no está sistematizada.

#### ÁREAS DE MEJORA

Sistematización del uso de la historia clínica electrónica en la consulta de vacunas por parte del personal médico de nuestro Servicio  
Sistematización del uso de la historia clínica electrónica en la consulta de vacunas por parte del personal de enfermería de nuestro Servicio

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No existe un manual de uso de la historia clínica electrónica específico para implementar en nuestra consulta de vacunas.

En la historia electrónica existe un módulo de vacunas para registrar las vacunas administradas, si bien dicho módulo no era utilizado hasta ahora en nuestra consulta.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Conseguir la informatización total de nuestra consulta de vacunas, con los objetivos de que antes de finales de 2022 se utilice la historia clínica electrónica para:

- Realización de todos los informes de vacunación a facilitar a los pacientes atendidos en nuestra consulta de vacunas
- Registro de todas las vacunas administradas en nuestra consulta en el módulo de vacunas de la historia clínica electrónica
- Gestión de solicitudes de asistencia a la consulta de vacunas a través del GIPE y/o historia clínica electrónica

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración del "Manual de uso de la Historia electrónica para la consulta de vacunas"

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Ignacio Hernández García y Valera Esther Juberías Sánchez

2. Inclusión de textos preredactados para los programas de vacunación de: Asplenia\_Esplenectomía, Implante coclear\_Fístula LCR, postrasplante órgano sólido, TPH, Tto inmunosupresor, VIH, IRC y preTOS

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Ignacio Hernández García

3. Presentación del "Manual de uso de la Historia electrónica para la consulta de vacunas" al personal a cargo de la consulta de vacunas realizando para ello una reunión específica

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Ignacio Hernández García

4. Realización de informes de vacunación utilizando la historia electrónica, siguiendo la sistemática de

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#99

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION DE LA CONSULTA DE VACUNAS

elaboración descrita en el "Manual de uso de la Historia electrónica para la consulta de vacunas"

Fecha inicio: 1/08/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Rosa Mareca, Purificación Prieto, Javier Moliner, Jose Ignacio García e Ignacio Hernández

5. Registro de las vacunas administradas en nuestra consulta en el módulo de vacunas de la historia clínica electrónica

Fecha inicio: 1/08/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Pilar Tejero Tomas

6. Devolución de solicitudes de asistencia a nuestra consulta que recibamos en formato papel, incluyendo al hacer la devolución una nota especificando que las solicitudes deben hacérsela con la HCE/GIPE

Fecha inicio: 1/08/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Carlos Aibar Remón

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. Realización de informes de vacunación utilizando la historia electrónica

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº pacientes atendidos en nuestra consulta en los que se elabora informe de vacunación con la HCE

Denominador .....: Nº pacientes atendidos en nuestra consulta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Revisión aleatoria de 30 historias de pacientes atendidos en nuestra consulta en diciembre

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Registro de vacunas administradas en nuestra consulta en el módulo de vacunas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº vacunas administradas en nuestra consulta y registradas en el módulo de vacunas de la HCE

Denominador .....: Nº vacunas administradas en nuestra consulta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Revisión aleatoria de 30 historias de pacientes atendidos en nuestra consulta en diciembre

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Devolución de solicitudes de asistencia a nuestra consulta que recibamos en formato papel

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº solicitudes de asistencia a nuestra consulta que recibamos en formato papel y que son devueltas

Denominador .....: Nº solicitudes de asistencia a nuestra consulta que recibamos en formato papel

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro específico que elaborará nuestro secretario/a en diciembre

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes susceptibles de vacunación por su patología de base o tratamiento inmunosupresor que tomen

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#221

### 1. TÍTULO

#### VIGILANCIA DE INFECCIONES Y DE BUENAS PRACTICAS EN EL AREA QUIRURGICA

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#221 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MOLINER LAHOZ FRANCISCO JAVIER

Título  
VIGILANCIA DE INFECCIONES Y DE BUENAS PRACTICAS EN EL AREA QUIRURGICA

Colaboradores/as:  
JIMENEZ LAINEZ JOANA  
JUBERIAS SANCHEZ VALERA ESTHER  
SANZ JULVE BEATRIZ

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA PREVENTIVA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La vigilancia de las infecciones de localización quirúrgica es uno de los objetivos incluidos en el Contrato Programa del Sector en el periodo 2020-23.  
El Hospital ha participado activamente en los últimos años en actividades de fomento de la seguridad en el área quirúrgica, como el programa Infección Quirúrgica Zero promovido por la Sociedad Española de Medicina Preventiva o el proyecto Cirugía Segura, por varias asociaciones científicas de especialidades quirúrgicas. Entre otros beneficios, esta participación ha facilitado la revisión y la aplicación de protocolos de buenas prácticas en la prevención de las infecciones, así como la realización de actividades formativas por parte de un buen número de profesionales de los servicios quirúrgicos. Desde 2021 el Servicio participa en el registro de ILQ de la HCE.

#### ÁREAS DE MEJORA

Riesgos infecciosos relacionados con la actividad quirúrgica

#### ANALISIS DE CAUSAS

Cumplimiento de las medidas de prevención con eficacia demostrada

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Desde el año 2021 el Hospital participa en el sistema de vigilancia de las infecciones quirúrgicas (ILQ) establecido por el Servicio Aragonés de Salud a través de las aplicaciones de la Historia Clínica Electrónica. Aunque este sistema tiene un alcance limitado a unos pocos procedimientos quirúrgicos, las herramientas disponibles pueden servir para establecer un sistema de vigilancia de mayor alcance, que se complementa con otras actividades dirigidas al fomento de la seguridad.  
El sistema de vigilancia recoge datos de casos de infección quirúrgica, elabora informes y permite su difusión entre los servicios implicados.  
El objetivo del Proyecto es dar más visibilidad al sistema de vigilancia y contribuir a reducir los riesgos para los pacientes

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de visitas periódicas a las plantas de hospitalización y al área quirúrgica, recogiendo datos basados en la observación y en entrevistas con el personal

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 20/12/2022  
Responsable.: Javier Moliner

2. Elaborar informes que serán presentados a los responsables de las áreas quirúrgicas y difundidos a todo el personal

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 22/12/2022  
Responsable.: Javier Moliner

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La difusión y discusión de esta información esperamos que facilite un aumento de la conciencia del riesgo de infecciones y de esta forma aumentar la seguridad para los pacientes.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Deficiencia observadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de observaciones consideradas deficientes

Denominador .....: Número de observaciones realizadas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#221

### 1. TÍTULO

#### VIGILANCIA DE INFECCIONES Y DE BUENAS PRACTICAS EN EL AREA QUIRURGICA

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Visitas a plantas de hospitalización y al área quirúrgica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Incidencias registradas en entrevistas con el personal

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de incidencias registradas

Denominador .....: Número de personas entrevistadas

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Visitas a plantas de hospitalización y al área quirúrgica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Personas participantes en actividades de difusión de resultados

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de personas que participan

Denominador .....: Número de personas del área quirúrgica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio del Proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % de incidencias o deficiencias que han generado una acción de mejora

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de incidencias o deficiencias registradas que han generado una acción de mejora

Denominador .....: Número de incidencias o deficiencias registradas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio del Proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Los indicadores serán elaborados para cada especialidad o área quirúrgica

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología quirúrgica

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#438

### 1. TÍTULO

#### VIGILANCIA DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN ARAGON MEDIANTE NUEVAS TECNOLOGIAS

Fecha de entrada: 01/07/2022

Nº de registro: 2022#438 \*\* IRAS PROA \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SERAL GARCIA CRISTINA PILAR

Título  
VIGILANCIA DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN ARAGON MEDIANTE NUEVAS TECNOLOGIAS

Colaboradores/as:  
ALCON FLORES FRANCISCO JAVIER  
BELTRAN ROSEL ANTONIO  
BOQUERA ALBERT MARIA AMPARO  
RIESGO MAGAÑA MARIA  
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES  
SAHAGUN PAREJA JUAN  
SANCHEZ YANGUELA MARIA ELENA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

Línea estratégica: IRAS PROA

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La descripción de la organización, capacidades y funciones de los laboratorios nivel 1 y nivel 2 asociados a REDLABRA vienen definidos en el documento de la red de laboratorios para la vigilancia de los microorganismos resistentes aprobado por el consejo Interterritorial del Sistema Nacional del Salud del 4 de marzo. Nuestro laboratorio ha sido designado de nivel 2 con las siguientes áreas de mejora y objetivos que cumplir.

#### ÁREAS DE MEJORA

Detección genotípica de los mecanismos de resistencia por nuevas tecnologías. Implementación de técnicas diagnósticas para dar respuesta a los mecanismos emergentes que puedan surgir sin depender del CNM. Asesores de lab de nivel 1. Comunicación de los casos relevantes entre los lab de nivel 1 de Aragón.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Tecnologías novedosas no disponibles hasta la fecha. Falta de comunicación de brotes y de mecanismos de resistencia emergentes en los distintos hospitales de Aragón. Falta de estudio de determinantes de virulencia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Estudiar la sensibilidad a antimicrobianos aportando el valor de la Concentración Mínima Inhibitoria (CMI) a nuevos antibióticos.
- Detección genotípica de los mecanismos de resistencia y tipado molecular.
- Analizar los microorganismos procedentes de los laboratorios de nivel 1 que le correspondan según se establezca (HOSPITAL DE BARBASTRO, HOSPITAL DE CALATAYUD Y HOSPITAL DE TERUEL).
- Garantizar que la información relativa a estos microorganismos está disponible para que sea notificada a la Red de Vigilancia usando los métodos y los circuitos que establezca la comunidad.
- Implementar los métodos diagnósticos necesarios para dar respuesta ante los nuevos problemas asociados a los microorganismos resistentes que puedan surgir (ej. mecanismos de resistencia emergentes o mecanismos de resistencia a nuevos antibióticos) de una forma ágil y dinámica.
- Realizar la caracterización genotípica de posibles brotes estableciendo relaciones de clonalidad entre los patógenos implicados, siempre que tenga sentido en el contexto epidemiológico ayudando activamente al control de infección.
- Tener disponibilidad y capacidad de asesoría a los laboratorios de nivel 1.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Analizar los microorganismos prioritarios a vigilar: E. faecium resistente a vancomicina, Enterobacterias productoras de carbapenemasas y Pseudomonas aeruginosa XDR de los hospitales asignados

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Cristina Seral

2. Asesorías a los laboratorios de nivel 1

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Cristina Seral

3. Implementar métodos diagnósticos para detectar mecanismos de resistencia emergentes

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Cristina Seral

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#438

### 1. TÍTULO

#### VIGILANCIA DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN ARAGON MEDIANTE NUEVAS TECNOLOGIAS

4. Implementar nuevas tecnologías como herramienta para tipado molecular de bacterias multirresistentes, estudio de brotes y de mecanismos de resistencia emergentes, detectar mecanismos de patogenicidad

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Cristina Seral

5. Envío de datos y secuencias a laboratorio nivel 3 e interlocución lab nivel 3

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Cristina Seral

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de E. faecium resistente a vancomicina, EPC y Pseudomonas XDR analizadas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de E. faecium resistente a vancomicina, EPC y Pseudomonas XDR analizadas

Denominador .....: E. faecium resistente a vancomicina, EPC y Pseudomonas XDR totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Modulab

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Número de reuniones, asesorías y comunicación con los laboratorios de nivel 1

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de reuniones, asesorías realizadas al año con los centros de nivel 1

Denominador .....: Número reuniones previstas

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Ilumina, Modulab

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

3. Número de secuencias enviadas y contrastadas con lab nivel 3

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de secuencias enviadas y contrastadas

Denominador .....: Número de secuencias realizadas

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Ilumina, Modulab

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

4. Porcentaje de cepas caracterizadas por por nuevas tecnologías y contrastadas técnicas fenotípicas y genotípicas existentes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de cepas caracterizadas por WGS y contrastadas

Denominador .....: Número de cepas caracterizadas por WG totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Ilumina, Modulab

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#438

### 1. TÍTULO

#### VIGILANCIA DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN ARAGON MEDIANTE NUEVAS TECNOLOGIAS



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#543

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE SECUENCIACION WGS Y 16S

Fecha de entrada: 11/07/2022

Nº de registro: 2022#543 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BUENO SANCHO JESSICA

Título  
IMPLEMENTACION DE SECUENCIACION WGS Y 16S

Colaboradores/as:  
ALGARATE CAJO SONIA  
ALVARADO SANCHEZ ELENA  
BENITO RUESCA RAFAEL  
PABLO HERNANDO MARIA EVANGELINA  
PALACIAN RUIZ MARIA DEL PILAR  
RIESGO MAGAÑA MARIA  
SERAL GARCIA CRISTINA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La secuenciación masiva es un procedimiento de biología molecular que permite determinar la secuencia del ácido nucleico de un agente infeccioso, con el objeto de identificarlo, detectar cambios genómicos y realizar comparaciones de secuencias con otros agentes.

La secuenciación del genoma completo bacteriano (WGS) es una herramienta importante para la detección y caracterización de genes relacionados con la resistencia antibiótica en microorganismos aislados en la práctica clínica, como técnica complementaria a las actuales realizadas en el laboratorio, ya que aporta mucha información que puede quedar enmascarada con los métodos fenotípicos. La implementación de esta técnica también permitirá la investigación de clones prevalentes en nuestro entorno mediante tipificación molecular, siendo clave para evitar su propagación y controlar la infección, así como en estudios de posibles brotes, que permiten establecer relaciones de clonalidad dentro de un contexto epidemiológico.

Además, una de las principales ventajas de la secuenciación masiva es su universalidad, siendo posible obtener la secuencia de genoma completo de cualquier especie microbiana. La identificación del microorganismo o microorganismos que pueden estar causando una infección es clave para el manejo adecuado del paciente. En este sentido, los métodos convencionales de diagnóstico microbiológico pueden presentar limitaciones, o insuficientes para establecer el diagnóstico etiológico definitivo. Para solventar esas limitaciones, la secuenciación masiva puede ser la respuesta en el diagnóstico de enfermedades infecciosas de etiología desconocida, mediante análisis del gen 16S.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Caracterización de bacterias de difícil tratamiento mediante el empleo de WGS.
2. Identificación microbiana en procesos infecciosos de etiología desconocida.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. La aplicación de la secuenciación masiva es importante para la caracterización bacteriana y poder adaptar el tratamiento adecuado en infecciones difíciles de tratar.
2. La identificación del microorganismo o microorganismos que pueden estar causando una infección es clave para el manejo adecuado del paciente y su ulterior recuperación. Esto no siempre es posible con los métodos tradicionales de diagnóstico microbiológico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Implantación de una técnica de última tecnología en el Servicio de Microbiología, como complemento a las técnicas que se realizan para mejorar en dos áreas críticas: caracterización de microorganismos multirresistentes como herramienta de control de infección, así como en la identificación microbiana en procesos infecciosos de etiología desconocida.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Implantación de la secuenciación del genoma completo bacteriano  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Jessica Bueno Sancho

2. Implementación de la secuenciación mediante análisis del gen 16S

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#543

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE SECUENCIACION WGS Y 16S

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Jessica Bueno Sancho

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Caracterización de enterobacterias de difícil tratamiento

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº enterobacterias de difícil tratamiento caracterizadas mediante WGS

Denominador .....: Nº total enterobacterias de difícil tratamiento detectadas en el laboratorio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Modulab

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Caracterización de Enterococos resistentes a vancomicina

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº enterococos resistentes a vancomicina caracterizadas mediante WGS

Denominador .....: Nº enterococos resistentes a vancomicina detectados en el laboratorio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Modulab

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Identificación microbiana en procesos infecciosos de etiología desconocida

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº procesos infecciosos graves caracterizados por WGS

Denominador .....: Nº procesos infecciosos graves de etiología desconocida

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Modulab

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 45.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

4. Nº total enterobacterias de difícil tratamiento

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº enterobacterias de difícil tratamiento detectadas en el laboratorio

Denominador .....: Nº total enterobacterias aisladas en el laboratorio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Modulab

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#661

### 1. TÍTULO

#### DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#661 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALGARATE CAJO SONIA

Título  
DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

Colaboradores/as:  
ALVARADO SANCHEZ ELENA  
ARNAL LEAL SARA  
BENITO RUESCA RAFAEL  
DUCONS MARQUEZ MARIA  
PALACIAN RUIZ MARIA DEL PILAR  
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES  
SAHAGUN PAREJA JUAN

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El coste de las pruebas tiende a aumentar cada vez más, debido, entre otros factores, al aumento de pacientes asistidos y a la implantación de programas de prevención de enfermedades infecciosas o de protocolos de asistencia a inmigrantes o a pacientes complejos, inmunodeprimidos, etc.

El sistema se basa en la revisión en el SIL de los antecedentes analíticos del paciente para evaluar si procede realizar las pruebas solicitadas.

Se pretende reducir el gasto sanitario del Servicio de Microbiología mediante una adecuada gestión de la demanda, eliminando pruebas improcedentes o innecesarias o su sustitución por otras más eficientes, y emitir el informe de resultados con un comentario explicativo de nuestra decisión.

El programa se aplica a todas las peticiones de análisis que llegan al Servicio.

La experiencia acumulada desde hace más de 10 años en la gestión de la demanda y los resultados obtenidos nos animan a volver a proponer este proyecto de mejora, cuyos beneficios son evidentes, ya que permite un ahorro de 60000 € anuales aproximadamente, y mejorarlo impulsando modificaciones en el SIL.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Eficiencia en el diagnóstico microbiológico de enfermedades infecciosas.
2. Gestión de los recursos del Servicio de Microbiología.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Las solicitudes recibidas en cada una de las Secciones del Servicio de Microbiología deben ser revisadas para no realizar duplicidad de determinaciones, rechazar pruebas improcedentes o realizar otras más eficientes.
2. El coste de las pruebas es cada vez más elevado, en parte por el aumento de la demanda derivado de protocolos de atención a pacientes inmunodeprimidos o crónicos complejos, y en parte al aumento de la demanda de pruebas urgentes. Además, algunas técnicas que empleamos son de coste muy elevado. La adecuada gestión de la demanda puede reducir el gasto sanitario en el Servicio de Microbiología.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Reducir el gasto sanitario del Servicio de Microbiología adecuando la demanda a la pertinencia de las pruebas para realizar un diagnóstico microbiológico óptimo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión de solicitudes y rechazo de pruebas improcedentes de la Sección de Serología y Virología.

Coordinación general.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 30/06/2024  
Responsable.: Sonia Algarate Cajo

2. Revisión de solicitudes y rechazo de pruebas improcedentes de la Sección de Hemocultivos y Líquidos biológicos.

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 30/06/2024

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#661

### 1. TÍTULO

#### DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

Responsable.: M<sup>a</sup> Pilar Palacian Ruiz

3. Revisión de solicitudes y rechazo de pruebas impropedentes de la Sección de Respiratorio.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2024

Responsable.: M<sup>a</sup> Angeles Ruíz Andrés

4. Revisión de solicitudes y rechazo de pruebas impropedentes de la Sección de Micobacterias.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2024

Responsable.: Juan Sahagún Pareja

5. Revisión de solicitudes y rechazo de pruebas impropedentes de la Sección de Exudados y Hongos.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2024

Responsable.: María Ducons Márquez

6. Revisión de solicitudes y rechazo de pruebas impropedentes de la Sección de Coprocultivos y Parásitos.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2024

Responsable.: Sara Arnal Leal

7. Revisión de solicitudes y rechazo de pruebas impropedentes de la Sección de Genital y Orinas

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2024

Responsable.: Elena Alvarado Sánchez

8. Revisión de datos trimestral

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2024

Responsable.: Rafael Benito Ruesca

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Realizar un comentario explicativo del motivo de rechazo.

Registrar el valor de las pruebas rechazadas en cada Sección.

Registrar el valor de las pruebas rechazadas en el Servicio de Microbiología

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Revisión de solicitudes recibidas en el Servicio de Microbiología

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número total de solicitudes revisadas en el laboratorio de Microbiología

Denominador .....: Número total de solicitudes recibidas en el laboratorio de Microbiología

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Modulab

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Rechazo de pruebas impropedentes en el Servicio de Microbiología

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pruebas rechazadas en el laboratorio de Microbiología

Denominador .....: Número de pruebas solicitadas en el laboratorio de Microbiología

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Modulab

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Comentario de rechazo de pruebas en el Servicio de Microbiología

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de comentarios explicativos sobre el motivo de rechazo de pruebas

Denominador .....: Número de pruebas rechazadas en el laboratorio de Microbiología

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Modulab

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#661

### 1. TÍTULO

#### DISMINUCION DEL GASTO SANITARIO MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE RECHAZO DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS IMPROCEDENTES O INNECESARIAS

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#550

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE AFERESIS TERAPEUTICA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL H.C.U. LOZANO Blesa DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 11/07/2022

Nº de registro: 2022#550 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA

Título  
PROYECTO DE AFERESIS TERAPEUTICA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL H.C.U. LOZANO Blesa DE ZARAGOZA

Colaboradores/as:  
ALBINES FIESTAS ZOILA STANY  
ARROYO ESPALLARGAS VIRGINIA  
BERNI WENNEKERS ANA  
CRIADO MAINAR MARIA CARMEN  
IÑIGO GIL PABLO JAVIER  
MARTIN AZARA M. PILAR  
PEÑA PORTA JOSE MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: NEFROLOGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El interés por la Aféresis Terapéutica (AFT) en los últimos años se ha incrementado de forma significativa, debido en parte, a los buenos resultados publicados en el tratamiento de distintas enfermedades y a la disponibilidad de las terapias aferéticas.

La finalidad de la AFT es la extracción y eliminación del plasma de aquellos componentes considerados responsables de una enfermedad o bien de sus manifestaciones clínicas.

Son muchos los procedimientos aferéticos: destacar la plasmaféresis (PF) (bien por centrifugación o plasmaseparación), la doble filtración (DF) y técnicas de hemoadsorción como la leucocitoaféresis o granulocitoaféresis. Todas estas técnicas están indicadas para el tratamiento de diferentes enfermedades del ámbito nefrológico, neurológico, digestivo y del riesgo cardiovascular con pocos efectos adversos.

Su similitud con la terapia renal sustitutiva (hemodiálisis), la hace subsidiaria de ser incluida en los servicios de Nefrología, cuyo personal, presenta amplia experiencia en el cuidado de los circuitos extracorpóreos y en el abordaje de complicaciones que pueden surgir durante el proceso.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualmente en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB) se realiza, como procedimiento aferético, PF por centrifugación en el servicio de Hematología.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desde el servicio de Nefrología se pretende impulsar las técnicas aferéticas no realizadas en nuestro hospital, así como realizar aquellas que puedan ser llevadas a cabo de forma conjunta por ambos servicios.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Implantación de un proyecto de AFT (PF por plasmafiltro, DF y hemoadsorción) para pacientes con enfermedades Categoría I y II de la ASFA (American Society for Aferesis) de las siguientes especialidades:

-Nefrología: glomerulonefritis rápidamente progresiva (Sd Goodpasture); GN por inmunocomplejos y GN rápidamente progresiva asociada a ANCA.

-Neurología: patología neuromuscular (Sd Guillain Barré, Miastenia Gravis, CIPD), patología inflamatoria (EM, NMO) y disímune.

-Digestivo: Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII): colitis ulcerosa.

-Riesgo Cardiovascular: Hipercolesterolemia homocigota y heterocigota, Lp(a)>60 y ECV en paciente joven, Hipertrigliceridemia con pancreatitis.

De forma preliminar planteamos el tratamiento de los pacientes en el ámbito agudo, así como un inicio de programa de crónicos si las indicaciones terapéuticas así lo requieren.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de Máster en AFT por la Universidad Complutense de Madrid, avalado por la Sociedad Española de Nefrología.

Fecha inicio: 19/11/2021

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Maria Victoria Rubio Rubio

Zoila Stany Albines Fiestas

2. Formación en AFT en el Servicio de Nefrología del Hospital Gregorio Marañón de Madrid (médico y enfermería).

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#550

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE AFERESIS TERAPEUTICA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL H.C.U. LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Fecha inicio: 30/05/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Maria Victoria Rubio Rubio

Maria Carmen Criado Mainar

Virginia Arroyo Espallargas

3. Descripción y compra del material.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Pablo Javier Iñigo Gil

Carmen Criado Mainar

4. Reunión con los servicios implicados.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Maria Victoria Rubio Rubio

Jose Maria Peña Porta

5. Realización de consentimiento informado.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 15/07/2022

Responsable.: Maria Victoria Rubio Rubio

Ana Berni Wennekers

6. Reuniones periódicas de equipo. Estadística

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Maria Victoria Rubio Rubio

7. Realización de protocolo y proceso de AFT (flujograma de pacientes, solicitud tipo de técnica, plan de tratamiento, controles analíticos y clínicos, evaluación de la efectividad/respuesta clínica)

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Maria Victoria Rubio Rubio

8. Valoración-colocación de acceso vascular

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: M. Pilar Martin Azara

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración protocolo de aféresis terapéutica

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Protocolo elaborado de aféresis terapéutica

Denominador .....: Elaboración de protocolo de aféresis terapéutica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice. Journal of Clinical Apheresis 2019,34(3),171-354

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Pacientes tratados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes tratados en el periodo de proyecto

Denominador .....: Número de solicitudes de AFT

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice. Journal of Clinical Apheresis 2019,34(3),171-354

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

3. Complicaciones

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de sesiones de AFT suspendidas por complicaciones relacionadas con la técnica

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#550

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE AFERESIS TERAPEUTICA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL H.C.U. LOZANO BLESA DE ZARAGOZA

Denominador .....: Total de sesiones AFT realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice. Journal of Clinical Apheresis 2019,34(3),171-354  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

4. Efectividad terapéutica  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° pacientes que obtienen respuesta clínica  
Denominador .....: N° de pacientes en los que se realiza la técnica  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice. Journal of Clinical Apheresis 2019,34(3),171-354  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología de índole inmunológica que afecta a otros órganos (renal, cardiovascular, neurológica y digestiva)

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#618

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION Y ESTANDARIZACION EN MANEJO Y CUIDADOS DE ACCESOS VASCULARES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa Y CENTRO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#618 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
BENITO ORMEÑO ADOLFO

Título  
ACTUALIZACION Y ESTANDARIZACION EN MANEJO Y CUIDADOS DE ACCESOS VASCULARES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa Y CENTRO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ

Colaboradores/as:  
CANO GALAN KAREN  
ARROYO ESPALLARGAS VIRGINIA  
BAQUEDANO BRUNA INMACULADA  
MARTINEZ MARTINEZ IDOIA  
MUÑOZ JACOBO EVA MARIA  
PALACIO GAVIN GEMA  
PEREZ VALLE RAQUEL

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: NEFROLOGIA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*CME INOCENCIO JIMENEZ\*OTROS SERVICIOS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Es importante tener en cuenta que en el enfermo renal, un buen funcionamiento del acceso vascular(AV) es esencial, tanto por la mortalidad asociada como por la repercusión que tiene en la calidad de vida del paciente. Consideramos que es necesario una revisión de conocimientos y técnicas que sirvan para unificar criterios a la hora de manipular los AV en la unidad de hemodiálisis(HD) del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa(HCULB) y el Centro de Especialidades Inocencio Jiménez(CEIJ). La unidad de hemodiálisis es considerada un servicio especial en el que se necesita un periodo de aprendizaje y adaptación, por ello es imprescindible elaborar un manual basado en la guía Española del acceso vascular para hemodiálisis.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualizar conocimientos y estandarizar cuidados, aumentando así la calidad de la atención.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Necesidad de trabajar con conocimientos actualizados con base científica o basados en la evidencia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Estandarizar los cuidados de los AV. Catéter venoso central(CVC) y Fístula arterio-venosa interna(FAVI).
- Revisar conocimientos actuales y producción científica actualizada sobre el manejo y cuidados de AV para HD.
- Actualizar conocimientos en el equipo de enfermería de la unidad de HD.- Elaborar material sobre procedimientos en manejo y cuidados del AV.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recopilación de información de las nuevas o mejoradas técnicas y actualización de todo lo relacionado con la manipulación de los AV.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Eva María Muñoz Jacobo.

2. Difusión y divulgación de la información recabada (charlas, elaboración PowerPoint, manual explicativo, etc.).

Fecha inicio: 03/07/2023

Fecha final.: 03/07/2024

Responsable.: Gema Palacio Gavín.

3. Realización de encuestas al equipo de enfermería sobre idoneidad y pertinencia de la información distribuida.

Fecha inicio: 03/07/2023

Fecha final.: 03/07/2024

Responsable.: Karen Cano Galán.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#618

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION Y ESTANDARIZACION EN MANEJO Y CUIDADOS DE ACCESOS VASCULARES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES A Y CENTRO DE ESPECIALIDADES INOCENCIO JIMENEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % personal de enfermería del servicio de HD del HCULB y CEIJ que recibe la información.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales enfermeros/as que reciben la información en el servicio de HD del HCULB y CEIJ.

Denominador .....: Número total de Profesionales enfermeros/as de la unidad de HD del HCULB y CEIJ.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Lista de enfermeros/as asistentes de la unidad de HD del HCULB y CEIJ.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % FAVI que tienen registro de evaluaciones periódicas.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de FAVI que tienen un registro de monitorización y vigilancia de modo regular durante todo el año.

Denominador .....: Todas las FAVI prevalentes a lo largo de 1 año.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: NefroLink ( programa digital de atención y evaluación al paciente renal)

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes con tratamiento renal sustitutivo.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#327

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD DE CUIDADO RESPIRATORIO INTERMEDIO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. PROYECTO DE MEJORA

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#327 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARIN OTO MARTA

Título  
UNIDAD DE CUIDADO RESPIRATORIO INTERMEDIO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. PROYECTO DE MEJORA

Colaboradores/as:  
ANORO ABENOZA LAURA  
CIRIA TORCAL MARIA JOSEFA  
HERNANDEZ BONAGA MARIA  
HERRERO CORTINA BEATRIZ  
LOSCERTALES VACAS GUILLERMO SAMUEL  
MARTIN LANA MARTA  
RAMOS ABRIL VANESA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La atención a los pacientes con fracaso respiratorio agudo o crónico es uno de los retos más importantes a los que se han enfrentado los sanitarios en general y los neumólogos en particular a nivel asistencial y logístico, lo que ha llevado a la creación de espacios físicos (Unidades de Cuidados Intermedios Respiratorios (UCRI) donde aplicar el soporte respiratorio no invasivo (SRNI) preciso con la adecuada vigilancia y monitorización. Este hecho además se ha visto exacerbado en los últimos años debido a la pandemia COVID-19. La media de camas de UCRI ha aumentado, siendo mayor en las que ya existían antes de la pandemia que en las creadas de novo. El número de ingresos a nivel hospitalario se ha relacionado con un incidencia más elevada por comunidades. Además, cuantos más ingresos ha habido, mayor tendencia a utilizar SRNI, más se han ventilado a pacientes a través de traqueotomía y más procesos de destete se han llevado a cabo. A un mayor número de ingresos en el hospital, mayor número de pacientes han sido valorados por Neumología. En el momento actual, contamos con una unidad de monitorización respiratoria. Consideramos que tras estos 2 años y con el auge de pacientes respiratorios crónicos es necesario mejorar la Unidad para convertirla en una Unidad de Cuidado Respiratorio Intermedio Acreditada.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se pretende crear una Unidad de Cuidado Respiratorio Intermedio de hasta 10 camas de monitorización centralizada. Es necesaria la creación de un espacio físico común con 2 médicos y 3 enfermeras adscritas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Necesidad de ventiladores de uso hospitalaria (la mayor parte de los que se disponen son domiciliarios)  
Necesidad de capnógrafos (no se dispone de ninguno)  
Necesidad de un gasómetro en el propio espacio UCRI  
Necesidad de creación de una consulta de continuidad de cuidados para los pacientes crónicamente ventilados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Dedicar y adaptar camas hospitalarias a esta necesidad en su fase aguda y gestionadas por los responsables de las mismas.  
Mejorar la gestión de camas mediante la aplicación de un protocolo de adecuación médica de ingresos, estancias y traslados; y estandarizar tareas, procedimientos y cuidados de enfermería, mediante protocolos, guías y vías clínicas  
Implicar al equipo de enfermería, rehabilitación y fisioterapia.  
Afrontar las interconsultas de los pacientes en tratamiento con VMNI de forma rápida y eficaz y seguirlas en el tiempo.  
Dar continuidad a los pacientes ventilados de forma ambulatoria a través de una consulta específica de ventilación mecánica no invasiva.  
Obtención de la acreditación por parte de la sociedad española de Neumología.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesiones formativas a residentes, enfermería y facultativos de otras especialidades en cuanto a ventilación mecánica no invasiva.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/06/2023  
Responsable.: Dra. Marta Marín Oto

2. Establecer unos requisitos de estabilización de los pacientes con soporte ventilatorio, antes de derivarlos.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#327

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD DE CUIDADO RESPIRATORIO INTERMEDIO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. PROYECTO DE MEJORA

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/10/2022  
Responsable.: Dra. María Hernández Bonaga

3. Protocolizar los criterios de ingreso en la Unidad de Cuidado Respiratorio Intermedio (UCRI).  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/10/2022  
Responsable.: Dra. Marta Marín Oto

4. Sesiones conjuntas quincenales con el equipo de UCI para valorar conjuntamente a lo pacientes susceptibles de continuación de cuidados en UCRI  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/06/2023  
Responsable.: Dra. Laura Anoro Abenoza

5. Creación de protocolos estandarizados de destete del ventilador/traqueostomía  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/10/2022  
Responsable.: Dra. Marta Marín Oto

6. Creación de un espacio diáfano con 6 camas de uso individual con monitorización central y videovigilancia, cada una de ellas con su propio ventilador (habitaciones 1126 a 1129)  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/12/2022  
Responsable.: Dra. Laura Anoro Abenoza

7. Mantener 4 camas de uso individual videovigiladas con posibilidad de uso para pacientes aislados (habitaciones 1122 a 1125)  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/12/2022  
Responsable.: Dra. Laura Anoro Abenoza

8. Designación de un equipo responsable de las ventilaciones periféricas encargado de la evaluación y seguimiento de dichos pacientes.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/12/2022  
Responsable.: Dra. María Hernández Bonaga

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Actividades formativas para pacientes en cuanto a instrucción en el uso de ventilador, signos de alarma, fisioterapia respiratoria ejercicio físico. En definitiva, establecer planes de cuidados individualizados.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes a los que se realiza una 2º gasometría en relación al número de pacientes  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº pacientes a los que se realiza gasometría a las 2 horas de iniciar VMNI  
Denominador .....: Nº pacientes a los que se inicia VMNI por acidosis respiratoria hipercápnica  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de pacientes ventilados (propio servicio)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100000.00

2. % de ingresos hospitalarios que precisan Soporte Ventilatorio respecto al total de insuf. resp  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº pacientes a los que se proporciona VMNI  
Denominador .....: Nº pacientes en los que está indicada VMNI en el hospital  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Base de datos hospitalaria.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1000000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100000.00

3. Porcentaje de pacientes que mueren como consecuencia de la insuficiencia Respiratoria Hipercápnica  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Nº pacientes con VMNI que fallecen  
Denominador .....: Nº pacientes que reciben VMNI.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de pacientes ventilados (propio servicio)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#327

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD DE CUIDADO RESPIRATORIO INTERMEDIO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ. PROYECTO DE MEJORA

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100000.00

4. Porcentaje de pacientes con Soporte Ventilatorio que adquieren infección respiratoria intrahospital  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° pacientes con VMNI que adquieren infección durante el ingreso  
Denominador .....: N° pacientes que reciben VMNI.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de pacientes ventilados (propio servicio)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100000.00

5. Porcentaje de pacientes con acidosis respiratoria tras tratamiento optimizado que reciben VMNI  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° pacientes con acidosis respiratoria tras tratamiento optimizado que reciben VMNI  
Denominador .....: N° pacientes con acidosis respiratoria tras tratamiento optimizado.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de pacientes ventilados (propio servicio)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10000.00

6. Porcentaje de pacientes con Soporte Ventilatorio al ingreso que precisan traslado a la UCI  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° pacientes con VMNI al ingreso que van a UCI  
Denominador .....: N° pacientes con VMNI al ingreso  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de pacientes ventilados (propio servicio)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10000.00

7. % de pacientes que precisan Soporte Ventilatorio al ingreso y son dados de alta sin VMNI  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° pacientes con Soporte Ventilario durante el ingreso que no la precisan al alta  
Denominador .....: N° pacientes con Soporte Ventilatorio durante el ingreso  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de pacientes ventilados (propio servicio)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10000.00

8. Porcentaje de pacientes con insuficiencia respiratoria con respuesta a la misma  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° pacientes con VMNI con respuesta  
Denominador .....: N° pacientes con VMNI durante el ingreso  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de pacientes ventilados (propio servicio)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100000.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#329

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL ESPUTO INDUCIDO COMO METODO NO INVASIVO PARA EL FENOTIPADO DEL ASMA

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#329 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ANORO ABENOZA LAURA

Título  
IMPLANTACION DEL ESPUTO INDUCIDO COMO METODO NO INVASIVO PARA EL FENOTIPADO DEL ASMA

Colaboradores/as:  
AGUELO VELILLA ANA CRISTINA  
LOSCERTALES VACAS GUILLERMO SAMUEL  
MARIN OTO MARTA  
MARTIN LANA MARTA  
ORCASTEGUI CANDIAL JOSE LUIS  
PEREZ TRULLEN ALFONSO

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El esputo inducido es una muestra de secreción de origen bronquial inducida por la inhalación de soluciones salinas hipertónicas mediante un nebulizador ultrasónico.

Las guías de práctica clínica en asma (como por ejemplo la GEMA 5.2: Guía Española para el manejo del asma) recomiendan la determinación de la inflamación bronquial y el fenotipado de los pacientes con asma grave no controlada.

Esta entidad se define como aquella enfermedad asmática que persiste mal controlada a pesar de recibir tratamiento con una combinación de glucocorticoide inhalado y agonistas B2-adrenergicos de larga acción a dosis elevadas en el último año o tratamiento con glucocorticoides orales durante al menos 6 meses del mismo periodo.

Los pacientes con asma grave mal controlada constituyen entre un 5% y 8% del total de asmáticos, pero suponen un problema sanitario importante dado que consumen la mayoría de los recursos sanitarios destinados a esta patología.

Los nuevos tratamientos para el asma grave han supuesto una revolución en esta patología: disminuyen las exacerbaciones, permiten descender e incluso suspender el tratamiento con corticoides sistémicos y mejoran la calidad de vida de los pacientes. Pero estos tratamientos, para ser eficaces requieren previamente a su indicación un diagnóstico de certeza con un fenotipado preciso que establezca su correcta indicación. El análisis de células inflamatorias en el esputo inducido es una herramienta diagnóstica precisa que contribuye al fenotipado en el asma bronquial, y que junto al resto de exploraciones complementarias que se practican habitualmente en la consulta multidisciplinar de asma bronquial del Hospital Clínico Lozano Blesa, mejorará el tratamiento individualizado con fármacos biológicos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Para el manejo de este tipo de pacientes de alta complejidad, se recomiendan las unidades multidisciplinarias, como la que existe en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza (HCU). Estas unidades precisan de herramientas diagnósticas que faciliten el fenotipado de los pacientes para establecer un tratamiento dirigido eficiente.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Se precisan medidas invasivas para determinar tipo de inflamación bronquial (fibrobroncoscopia). En nuestro centro no existe la técnica diagnóstica de análisis de células inflamatorias en esputo inducido.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-El esputo inducido permitirá resolver dudas diagnósticas para fenotipar aquellos pacientes con asma grave mal controlado en nuestro centro, evitando exploraciones invasivas de riesgo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -REUNIÓN CON SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA  
-REUNIÓN CON EL SERVICIO DE ALERGOLOGÍA Y ORL  
-DISPONER DE ENFERMERA ESPECIALIZADA GESTORA DE CASOS  
-ANÁLISIS CITOLÓGÍA ESPUTO  
-FENOTIPADO DE PACIENTES  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/06/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#329

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL ESPUTO INDUCIDO COMO METODO NO INVASIVO PARA EL FENOTIPADO DEL ASMA

Responsable.: LAURA ANORO ABENOZA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. NÚMERO DE FIBROBRONCOSCOPIAS EVITADAS CON LA REALIZACIÓN DE ESPUTO INDUCIDO

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: NÚMERO DE FIBROBRONCOSCOPIAS UNIDAD ASMA GRAVE  
Denominador .....: TOTAL PACIENTES ASMA GRAVE  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1000.00

##### 2. FENOTIPADO CORRECTO ASMA GRAVE

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: NÚMERO DE PACIENTES FENOTIPADOS CORRECTAMENTE  
Denominador .....: TOTAL PACIENTES ASMA GRAVE  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1000.00

##### 3. Fenotipado y necesidad de fibrobroncoscopia

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° pacientes con fenotipado que requieren posteriormente broncoscopia  
Denominador .....: N° total de pacientes con fenotipado  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1000.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1000.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#369

### 1. TÍTULO

#### HOJAS INFORMATIVAS PARA LOS PACIENTES CITADOS PARA PRUEBAS DE FUNCION PULMONAR

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#369 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AGUELO VELILLA ANA CRISTINA

Título  
HOJAS INFORMATIVAS PARA LOS PACIENTES CITADOS PARA PRUEBAS DE FUNCION PULMONAR

Colaboradores/as:  
AGUILAR PAESA CRISTINA  
AZNAR AZNAR MARIA CRISTINA  
BENITO ROMERAL ALMUDENA  
BOROBIA IRACHE ELENA  
MILLAN GARCIA ANA CRISTINA  
MUMBIELA PONS VIRGINIA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se ha detectado que un número significativo de pacientes citados para realizar pruebas de Función Pulmonar (espirometrías, pletismografía, difusión, pruebas de marcha, pruebas de esfuerzo cardio-pulmonar, test de provocación bronquial con Metacolina), no vienen adecuadamente preparados para realizar la prueba. Ello supone que las exploraciones no se realizan en condiciones óptimas provocando resultados poco fiables o no valorables e incluso suspensión de exploraciones con necesidad de nueva citación y consiguientemente nuevos desplazamientos para los pacientes, retrasos en los resultados y aumento de la lista de espera.

#### ÁREAS DE MEJORA

Proponemos realizar una hoja informativa específica para cada tipo de prueba con la descripción de la exploración y las condiciones en las que paciente debe acudir a la cita. Esta se entregaría en el momento de citar la prueba, ya sea presencial o por correo postal.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Los pacientes desconocen las pruebas y como deben venir preparados para su realización.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo evitar anulación o repetición de exploraciones no valorables por mala preparación.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión del grupo de trabajo para concretar y distribuir las actividades: formar subgrupos de trabajo.

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Ana Cristina Aguelo Velilla

2. Elaboración de las diferentes hojas informativas.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 30/11/2022

Responsable.: Ana Cristina Aguelo Velilla

3. Nueva reunión del grupo de trabajo para confrontación, discusión y corrección de las hojas. Aprobación definitiva de las mismas.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final: 15/12/2022

Responsable.: Cristina Aguilar Paesa

4. Comienzo de la entrega de las hojas.

Fecha inicio: 19/12/2022

Fecha final: 15/12/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Cristina Aznar Aznar

5. Reunión final del grupo de trabajo para valoración de la satisfacción y plantear si es necesario algún cambio puntual.

Fecha inicio: 15/05/2023

Fecha final: 19/05/2023

Responsable.: Ana Cristina Aguelo Velilla

6. Reunión final del grupo de trabajo para valoración final de resultados y plantear cambios o nuevas actividades.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#369

### 1. TÍTULO

#### HOJAS INFORMATIVAS PARA LOS PACIENTES CITADOS PARA PRUEBAS DE FUNCION PULMONAR

Fecha inicio: 15/12/2023

Fecha final.: 22/12/2023

Responsable.: Cristina Aguilar Paesa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. Pacientes citados a los que se les entrega la hoja informativa

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de pacientes citados con hoja informativa

Denominador .....: Nº total pacientes citados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 99.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Pruebas no realizadas por mala preparación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pruebas no realizadas por mala preparación

Denominador .....: Nº total pruebas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

4. Pruebas realizadas no valorables

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pruebas realizadas no valorables

Denominador .....: Nº total pruebas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

5. Pacientes a los que hay que volver a citar para realizar la prueba

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de pacientes a los que hay que volver a citar

Denominador .....: Nº total pruebas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Propia

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#821

### 1. TÍTULO

#### TORACOCENTESIS CON MEDICION DE PRESIONES INTRAPLEURALES MEDIANTE MANOMETRÍA PLEURAL

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#821 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HERNANDEZ BONAGA MARIA

Título  
TORACOCENTESIS CON MEDICION DE PRESIONES INTRAPLEURALES MEDIANTE MANOMETRÍA PLEURAL

Colaboradores/as:  
ORCASTEGUI CANDIAL JOSE LUIS  
PEREZ TRULLEN ALFONSO

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La toracocentesis es el primer procedimiento diagnóstico y /o terapéutico en un paciente que presenta derrame pleural. Se trata de un procedimiento sencillo, bien tolerado, con escasas complicaciones y que debe realizarse siempre bajo control ecográfico.

La medición de la presión intrapleural durante la realización de una toracocentesis mediante manometría pleural permite determinar las propiedades elásticas de la cavidad pleural con el cálculo de la elastancia del espacio pleural (PEL) y aumenta la seguridad del paciente al reducir la probabilidad de la aparición de un edema por re-expansión pulmonar, que se caracteriza por el desarrollo de un edema pulmonar unilateral al reexpandirse rápidamente un pulmón previamente colapsado, sea por un derrame pleural o por un neumotórax.

La toracocentesis con manometría pleural tiene básicamente tres indicaciones: diagnosticar un pulmón no expansible (PNE), predecir el éxito de una pleurodesis en el derrame pleural maligno y prevenir el edema por reexpansión pulmonar tras una toracocentesis terapéutica.

Estudios han encontrado una relación significativa entre la presión pleural después de la extracción de líquido pleural y el desarrollo de síntomas clínicos, siendo significativamente más frecuente en pacientes con presión pleural inferior a -20 cmH2O.

Por tanto, con la manometría pleural se puede extraer una mayor cantidad de líquido del recomendado por las guías clínicas (entre 1 y 1,5 L) siempre que la presión pleural no alcance valores muy negativos (<-20 cmH2O), minimizando las complicaciones relacionadas con la presión.

Podemos establecer el diagnóstico de pulmón no expandible cuando existe una elastancia en el espacio pleural > 14,5 cm H2O/l y/o una presión pleural = -20 cm H2O.

Para ello se construye un diagrama con curvas de presión/volumen. En el caso de un pulmón expansible, se obtiene una curva monofásica en la que la presión descenderá lentamente a medida que se extrae el líquido y la PEL será <14,5 cmH2O. En el PPA la curva será bifásica o bimodal: partiendo de una PP inicial ligeramente positiva, la PP caerá lentamente y durante esta fase la PEL será normal.

#### ÁREAS DE MEJORA

Al realizar torococentesis sin medición de la presión intrapleural existe un riesgo de mortalidad que se asocia al edema por re-expansión pulmonar puede llegar al 20%. Los síntomas generalmente se desarrollan dentro de las 24 horas posteriores a la extracción de líquido pleural e incluyen tos persistente, dolor torácico, taquicardia, disnea e inestabilidad hemodinámica.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Extracción de líquido pleural sin controlar presión  
Producción de complicaciones:  
Edema ex-vacuo  
Sintomatología: disnea tos, dolor torácico, síncope

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Estandarizar el procedimiento de realización de toracocentesis terapéutica con medición de presiones intrapleurales mediante manometría pleural, que nos ayude a discriminar entre pacientes con pulmones expansibles de aquellos con pulmones atrapados (PA) o en proceso de atrapamiento (PPA), ayudando a escoger la mejor técnica terapéutica para cada paciente y prevenir la aparición de complicaciones.

Estandarización de la técnica a realizar-Preparación de todo el equipamiento-check list  
Instruir al personal de enfermería y auxiliar de enfermería de la unidad de endoscopia respiratoria para su manejo  
Medición de las presiones intrapleurales en cada toracocentesis evacuadora  
Rellenar la hoja de recogida de datos y cumplimentación de la misma en cada caso a realizar

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación en cuanto a la realización de la técnica al personal de enfermería y residentes así como a todo el staff de la unidad de endoscopia respiratoria

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#821

### 1. TÍTULO

#### TORACOCENTESIS CON MEDICION DE PRESIONES INTRAPLEURALES MEDIANTE MANOMETRÍA PLEURAL

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 01/06/2023  
Responsable.: María Hernández Bonaga

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Edema ex vacuo

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: número de casos que produzcan edemas ex-vacuuo  
Denominador .....: número total de toracocentesis evacuadoras  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Datos propios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

##### 2. Pulmón atrapado

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: número de casos con pulmón atrapado  
Denominador .....: número total de toracocentesis evacuadoras  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Datos propios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

##### 3. Pulmón en proceso de atrapamiento

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: número de casos con pulmón en proceso de atrapamiento  
Denominador .....: número total de toracocentesis evacuadoras  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Datos propios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

##### 4. Neumotórax

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: número de casos con neumotórax  
Denominador .....: número total de toracocentesis evacuadoras  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Datos propios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

##### 5. Hemotórax

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: número de casos con hemotórax  
Denominador .....: número total de toracocentesis evacuadoras  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Datos propios  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#821

### 1. TÍTULO

#### TORACOCENTESIS CON MEDICION DE PRESIONES INTRAPLEURALES MEDIANTE MANOMETRÍA PLEURAL

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#508

### 1. TÍTULO

#### INCLUSION DEL TEST DE MANTENIMIENTO DE VIGILIA PARA EL APOYO DEL DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON HIPERSOMNIAS CENTRALES PROCEDENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES CLÍNICAS

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#508 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
RODRIGUEZ MENA DIEGO

Título  
INCLUSION DEL TEST DE MANTENIMIENTO DE VIGILIA PARA EL APOYO DEL DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON HIPERSOMNIAS CENTRALES PROCEDENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES CLÍNICAS

Colaboradores/as:  
ESTEBAN ESCOLANO MARGARITA  
GUZMAN AGUILAR JESUS MIGUEL  
GUZMAN CARRERAS BEIRA  
MUÑOZ FARJAS ELENA  
RUIZ LORENTE SONIA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: NEUROFISIOLOGIA CLINICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La somnolencia diurna excesiva es un síntoma frecuente y a menudo infravalorado por el médico. Los malos hábitos de sueño, debidos a horarios irregulares o inapropiados, y la privación de sueño constituyen, la causa principal de somnolencia. Sus consecuencias son graves: fracaso escolar, rendimiento laboral escaso, conflictos familiares y sociales, accidentes de tráfico y laborales, etc. Puede definirse como un estadio precoz de trastorno de la vigilia que predispone al sueño en situaciones involuntarias o inapropiadas. La sola evaluación de la tendencia al sueño no es suficiente, y medir la resistencia al sueño en forma de capacidad de permanecer despierto, es otro aspecto importante en la evaluación objetiva de la somnolencia. El test de mantenimiento de la vigilia es una técnica polisomnográfica que valora la capacidad de resistir la somnolencia y permanecer despierto en circunstancias soporíferas. En éste se insta al paciente a que no se duerma y permanezca despierto durante sus diferentes siestas diurnas en el laboratorio. Se usa clínicamente en alteraciones que cursan con somnolencia diurna como el síndrome de narcolepsia-cataplejía y la apnea del sueño, tanto para la evaluación inicial como para documentar evolutivamente la eficacia de los tratamientos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Aportar información diagnóstica y controles sucesivos en los pacientes con diagnóstico de Hipersomnia Central con el fin de mejorar su calidad de vida

#### ANALISIS DE CAUSAS

La polisomnografía nocturna junto con el test de latencias múltiples no permiten valorar la adecuación del tratamiento así como la certeza diagnóstica en pacientes con hipersomnia central

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Apotar información diagnóstica en los pacientes con sospecha de hipersomnia central

Hacer seguimientos y controles de los pacientes que llevan tratamiento, para poder mejorar el grado de somnolencia residual que permita a su vez una mejor calidad de vida así como continuidad en su entorno laboral

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar Test de Mantenimiento de la vigilia a los pacientes con diagnóstico de hipersomnia central, tras una polisomnografía nocturna

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Dr. Rodríguez Mena, Diego

2. Realizar reuniones trimestrales para valoración de casos

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Integrante de este grupo de mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#508

### 1. TÍTULO

#### INCLUSION DEL TEST DE MANTENIMIENTO DE VIGILIA PARA EL APOYO DEL DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON HIPERSOMNIAS CENTRALES PROCEDENTES DE LAS DIFERENTES UNIDADES CLÍNICAS

1. Total de solicitudes de Test de Mantenimiento de Vigilia durante el año  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de pacientes con sospecha diagnóstica de Hipersomnia central  
Denominador .....: Total de pruebas de sueño realizadas  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Pacientes citados en el laboratorios de sueño provenientes del Sector III  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Total de pacientes con mejoría del porcentaje de la eficiencia de sueño en la polisomnografía  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes con mejoría  
Denominador .....: Número de pacientes realizados  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Pacientes diagnosticados en el laboratorios de sueño provenientes del Sector III  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#23

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE INSTAURACION DEL TRATAMIENTO CON LEVODOPA CARBIDOPA GEL INTRADUODUODENAL

Fecha de entrada: 30/05/2022

Nº de registro: 2022#23 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHEZ VALIENTE SARA ISABEL

Título  
ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE INSTAURACION DEL TRATAMIENTO CON LEVODOPA CARBIDOPA GEL INTRADUODUODENAL

Colaboradores/as:  
BACHILLER CALVO ANA CRISTINA  
LOPEZ GALINDO ANDREA ASCENSION  
MATEO POLO MARIA  
MORENO LAMANA CARLOTA  
SIMON MARCO MIGUEL ANGEL

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los pacientes con enfermedad de Parkinson avanzada en los que no se consigue controlar sus fluctuaciones motoras complejas con los tratamientos convencionales, son subsidiarios de recibir terapias avanzadas con la finalidad de controlar estas fluctuaciones y con ello mejorar su calidad de vida.

Una de estas terapias avanzadas es la administración de levodopa carbidopa en gel a través de sonda duodenal colocada por PEG (gastrostomía endoscópica percutánea) conectada a una bomba de administración.

La instauración de este tratamiento reviste una especial complejidad que se inicia en la selección del paciente idóneo, requiere hospitalización durante 1 semana y sobre todo implica la coordinación entre el Servicio de Neurología (Neurólogo prescriptor/responsable del paciente, neurólogo de guardia, personal de enfermería) y el Servicio de Digestivo en su sección de endoscopias (Realización de la PEG y colocación de la sonda, recambios de la sonda cuando se precise, revisión de las complicaciones de las gastrostomía que puedan surgir etc).

Hasta la fecha no disponemos de un procedimiento de instauración de este tratamiento que facilite y normalice todos los pasos a dar de forma coordinada entre todo el personal implicado.

Actualmente todas las actuaciones relacionadas con este procedimiento, recaen en personas concretas que en el caso de no estar disponibles por cualquier circunstancia, se imposibilitaría llevar a cabo la instauración del tratamiento o no se podría dar una respuesta adecuada en caso de surgir complicaciones.

La realización de un procedimiento de instauración del tratamiento con levodopa carbidopa en gel intraduodenal, facilitaría tanto la coordinación entre los Servicios implicados como la protocolización de actuaciones de cara a facilitar su aplicación por todo el personal de Neurología y Digestivo que en algún momento tuvieran que hacerse cargo de estos pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Al ser un tratamiento cuya responsabilidad recae sobre personas concretas, en caso de que una de estas personas no esten disponibles, y al no existir hasta la fecha en el HCU Lozano Blesa un documento que protocolice las acciones a realizar de forma consensuada entre los Servicios y personal implicados, se imposibilitaría la instauración del mismo o las adecuada respuesta a las posibles complicaciones del mismo.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Se trata un tratamiento cuya responsabilidad recae de forma muy directa sobre personas concretas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Elaboración del procedimiento de instauración del tratamiento con levodopa carbidopa en gel intraduodenal  
Remisión del procedimiento a la Unidad de calidad del HCU Lozano Blesa para su aprobación y publicación

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración del procedimiento de instauración del tratamiento con levodopa carbidopa gel intraduodenal en colaboración entre el Servicio de Neurología y Digestivo.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Dra. Sara Sánchez Valiente

2. Presentar el procedimiento a la Unidad de Calidad del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para su aprobación y publicación en la intranet

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dra. Sara Sánchez Valiente

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#23

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE INSTAURACION DEL TRATAMIENTO CON LEVODOPA CARBIDOPA GEL INTRADUODUODENAL

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Se ha realizado el procedimiento

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Indicador cualitativo (SI/NO)  
Denominador .....: Indicador cualitativo (SI/NO)  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Indicador cualitativo (SI/NO)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Se ha remitido a la Unidad de Calidad

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Indicador cualitativo (SI/NO)  
Denominador .....: Indicador cualitativo (SI/NO)  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Indicador cualitativo (SI/NO)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Número de pacientes a los que se les ha realizado el procedimiento

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes a los que se les ha realizado el procedimiento  
Denominador .....: No requiere  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Datos de historia clinica electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

4. Porcentaje de procedimientos sin complicaciones

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Numero de procedimientos sin complicaciones  
Denominador .....: Numero total de procedimientos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Datos de historia clínica electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#288

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A EN LA CONSULTA DE CEFALEAS

Fecha de entrada: 25/06/2022

Nº de registro: 2022#288 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANTOS LASAOSA SONIA

Título  
PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A EN LA CONSULTA DE CEFALEAS

Colaboradores/as:  
GARCIA GARCIA LAURA REBECA  
MARIN LABANDA RAQUEL  
NAVARRO PEREZ MARIA DEL PILAR  
RODRIGUEZ MONTOLIO JOANA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La toxina botulínica tipo A (OnabotulinumtoxinA) está indicada en el tratamiento preventivo de la migraña crónica con un nivel de evidencia I, grado de recomendación A, en pacientes con fallo al menos a dos tratamientos preventivos orales a las dosis adecuadas durante un tiempo adecuado (al menos uno de ellos debe ser topiramato o betabloqueante). Desde el año 2020, tal y como se recoge en el Manual de Práctica Clínica en Cefaleas del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, se podría administrar tras fallo a un único tratamiento preventivo oral en pacientes seleccionados.

La prevalencia de migraña crónica es del 2,5% de la población. Aquellos pacientes subsidiarios de recibir este tratamiento se valoran en la consulta monográfica de cefaleas de este hospital. Si bien el mapa de infiltración original es el utilizado en los estudios pivotaes (PREEMPT), en los años posteriores se ha modificado. Dado que este tratamiento es cada vez más frecuente en la práctica clínica habitual, es necesario que los profesionales sanitarios que lo administran tengan una referencia actualizada y contrastada de cómo se reconstituyen los viales, se preparan las inyecciones, así como las dosis y músculos de la región cráneo-cervical que se infiltran.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. variabilidad interprofesional a la hora de administrar el tratamiento con onabotulinumtoxinA
2. tiempo destinado a la preparación y administración del tratamiento
3. información al paciente acerca de cómo es el procedimiento, qué medidas debe adoptar en las horas siguientes y posibles complicaciones a corto y medio plazo

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

ausencia de un procedimiento definido actualizado

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. unificar el procedimiento de administración de onabotulinumtoxinA en pacientes con migraña crónica
2. mejorar la técnica de reconstitución de viales y preparación de las jeringuillas
3. optimizar el tiempo de administración del tratamiento

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Diseño de un tríptico informativo sobre el procedimiento, efectos adversos y posibles complicaciones  
Elaboración de un procedimiento para la administración de OnabotA

Fecha inicio: 25/06/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: sonia santos lasaosa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. entrega del tríptico informativo a todos los pacientes con migraña crónica que inician tratamiento

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 90

Denominador .....: 100

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.50

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#288

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A EN LA CONSULTA DE CEFALEAS

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.90

2. diseño de un procedimiento de administración

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: 1

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1134

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DEL MANEJO HOSPITALARIO DE LA HEMORRAGIA INTRACRANEAL ESPONTANEA

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1134 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
TEJERO JUSTE CARLOS

Título  
PROCEDIMIENTO DEL MANEJO HOSPITALARIO DE LA HEMORRAGIA INTRACRANEAL ESPONTANEA

Colaboradores/as:  
ESPINOSA RUEDA JUDITH  
FABRE PI OSCAR  
GAVIN SEBASTIAN OLGA  
LAMBEA GIL ALVARO  
MARTIN RISCO MONICA  
RIDRUEJO SAEZ MARIA RAQUEL

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: NEUROLOGÍA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Hemorragia Intra-Parenquimatosa constituye entre el 10-20% de todos los ictus, con una incidencia de 24.6 por 100.000 personas/año. Sin embargo, la mortalidad es más elevada que en los infartos isquémicos. Entre un 35% y un 52% de los pacientes fallecen en los primeros 30 días. Además, debido al uso creciente de medicación anticoagulante y al envejecimiento de la población, esta cifra está aumentando. A pesar de ello, las recomendaciones a seguir son muchas veces heterogéneas. A diferencia del ictus isquémico, hay una falta de evidencia firme en aspectos como en el manejo hiperagudo de la tensión arterial (TA) o en las indicaciones del tratamiento quirúrgico y no es infrecuente que se den situaciones que lleven a conflicto entre especialistas a la hora de tomar decisiones.

#### ÁREAS DE MEJORA

Atención al ictus hemorrágico

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Heterogeneidad en la atención

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal del proyecto es elaborar un protocolo de actuación que sistematice el manejo hospitalario de los pacientes con hemorragia cerebral intraparenquimatosa espontánea para facilitar el diagnóstico precoz, identificar de forma precoz los signos que orienten hacia patología subyacente, homogeneizar el manejo terapéutico, especificar las medidas a tomar tanto en fase aguda como subaguda, indicar las situaciones que requieren manejo quirúrgico.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Búsqueda bibliográfica y pre redacción del protocolo

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 19/09/2022

Responsable.: Judit Espinosa Rueda

2. Remisión de cada apartado a los integrantes del grupo para aportaciones específicas

Fecha inicio: 20/09/2022

Fecha final.: 25/09/2022

Responsable.: Carlos Tejero Juste

3. Integración de las aportaciones en documento único

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Judit Espinosa Rueda

4. Remisión del protocolo modificado a los integrantes del grupo para correcciones

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 09/10/2022

Responsable.: Alvaro Lambea Gil

5. Remisión del protocolo final a Calidad del Hospital

Fecha inicio: 10/10/2022

Fecha final.: 16/10/2022

Responsable.: Carlos Tejero Juste

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1134

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DEL MANEJO HOSPITALARIO DE LA HEMORRAGIA INTRACRANEAL ESPONTANEA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. ELABORACIÓN DE DOCUMENTO Y REMISIÓN A LA UNIDAD DE CALIDAD DEL HOSPITAL

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 2

Denominador .....: 2

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Unidad de calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#464

### 1. TÍTULO

#### INCORPORACION DEL PROCEDIMIENTO DE CONIZACION BAJO ANESTESIA LOCAL PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES CERVICALES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO EN CONSULTA DE GINECOLOGÍA

Fecha de entrada: 04/07/2022

Nº de registro: 2022#464 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NASSAR MELIC NADIA

Título  
INCORPORACION DEL PROCEDIMIENTO DE CONIZACION BAJO ANESTESIA LOCAL PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES CERVICALES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO EN CONSULTA DE GINECOLOGÍA

Colaboradores/as:  
AGUIRRE MEDEL OLGA  
ALOS PUEYO LUIS ANTONIO  
DIAZ VEGA MIGUEL  
HERRERO BARRIOS SILVIA  
MONREAL TRASOBARES MARIA PILAR  
PADIN FABEIRO MARTA  
PARDINA CLAVER GEMA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Según la mayor parte de las sociedades científicas el tratamiento escisional, es el tratamiento de elección en las mujeres con displasia cervical de alto grado. La conización puede realizarse en quirófano, con anestesia general o locorreional, o bien de forma ambulatoria.

La realización de la conización de forma ambulatoria con la aplicación de anestesia local intracervical es una técnica catalogada como de fácil por los profesionales y con una satisfactoria tolerancia por parte de las pacientes. Realizándola sobre casos seleccionados arroja unos resultados similares a corto y largo plazo a las realizadas en quirófano.

La paciente puede beneficiarse de un procedimiento ambulatorio y una rápida recuperación a su vida normal. Es por tanto una buena alternativa a la realización del procedimiento en quirófano con anestesia locorreional o general, disminuyendo los riesgos que esto conlleva, así como la reducción de personal implicado en el proceso y el ahorro de costes para el sistema de salud.

#### ÁREAS DE MEJORA

Realización de conizaciones bajo anestesia local de forma ambulatoria.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Evitar el ingreso hospitalario a la paciente, mejorar la comorbilidad asociada al uso de anestesia locorreional o general y ahorrar costes para el sistema de salud.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo prioritario del proyecto es la puesta en marcha en consultas externas de Ginecología de un área para poder realizar procedimientos menores ambulatorios para tratamiento de patología del cuello uterino. De este modo realizar las conizaciones que hasta el momento se realizan en el área quirúrgica hospitalaria analizando posteriormente unos indicadores para valorar que no hay diferencias significativas entre este procedimiento y el realizado bajo anestesia locorreional o general.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Acondicionamiento de una sala en consultas externas de Ginecología en la que se puedan realizar procedimientos ambulatorios quirúrgicos en el ámbito ginecológico.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Miguel Díaz Vega

2. Revisión de guías clínicas para la implantación del procedimiento de conizaciones ambulatorias bajo anestesia local en consultas externas de Ginecología.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Marta Padín Fabeiro

3. Elaboración de una guía propia de actuación clínica en el procedimiento de conización con anestesia local en consultas externas de Ginecología.

Fecha inicio: 01/07/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#464

### 1. TÍTULO

#### INCORPORACION DEL PROCEDIMIENTO DE CONIZACION BAJO ANESTESIA LOCAL PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES CERVICALES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO EN CONSULTA DE GINECOLOGÍA

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Nadia Nassar Melic

4. Elaboración de un documento que recoja los materiales necesarios y la enumeración de los pasos del procedimiento para su conocimiento por el personal médico y de enfermería.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Olga Aguirre Medel

5. Elaboración de una base de datos en excel para recogida de la información y posterior análisis de la misma.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Luis Alós Pueyo

6. Elaboración de un consentimiento informado para conización bajo anestesia local, listado de verificación quirúrgica y documento informativo para las pacientes.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Silvia Herrero Barrios

7. Elaboración de un cuestionario de satisfacción para entregar a las pacientes sometidas a esta técnica y otro cuestionario que recoja las impresiones del profesional sanitario.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.:

Responsable.: Pilar Monreal trasobares

8. Revisión de los estándares de calidad en los resultados de las piezas quirúrgicas obtenidas en conizaciones bajo anestesia local.

Fecha inicio: 01/10/2023

Fecha final.: 01/12/2023

Responsable.: Gemma Pardina Claver

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Comenzar a realizar conizaciones bajo anestesia local a partir de Septiembre de 2022 y evaluar los resultados al menos tras un año de su implantación, con la finalidad de consolidar el procedimiento como actividad habitual en consultas externas de Ginecología.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de conizaciones realizadas en régimen ambulatorio bajo anestesia local.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de conizaciones bajo anestesia local en consultas externas de Ginecología.

Denominador .....: Número total de conizaciones realizadas en el Servicio.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: BBDD elaborada por el grupo.

Partes quirúrgicos (Secretaría de Ginecología)

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de conizaciones bajo anestesia local realizadas con exoscopio.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de conizaciones bajo anestesia local y control exoscópico.

Denominador .....: Número total de conizaciones bajo anestesia local.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: BBDD elaborada por el grupo.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de conizaciones bajo anestesia local con complicación hemorrágica grave.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de conizaciones bajo anestesia local con complicación hemorrágica grave.

Denominador .....: Número total de conizaciones bajo anestesia local.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: BBDD elaborada por el grupo.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#464

### 1. TÍTULO

#### INCORPORACION DEL PROCEDIMIENTO DE CONIZACION BAJO ANESTESIA LOCAL PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES CERVICALES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO EN CONSULTA DE GINECOLOGÍA

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

4. Porcentaje de conizaciones bajo anestesia local que precisen ingreso.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de conizaciones bajo anestesia local que precisen ingreso.  
Denominador .....: Número total de conizaciones bajo anestesia local.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: BBDD elaborada por el grupo.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

5. Porcentaje de conizaciones bajo anestesia con bordes afectos de lesión en estudio anatomopatológico.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de conizaciones bajo anestesia local con bordes afectos.  
Denominador .....: Número total de conizaciones bajo anestesia local.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: BBDD elaborada por el grupo.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

6. Porcentaje de piezas de conización bajo anestesia local que confirmen lesión HSIL.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de piezas de conización bajo anestesia local que confirmen lesión HSIL  
Denominador .....: Número total de conizaciones bajo anestesia local.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: BBDD elaborada por el grupo.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. Índice de tolerancia al dolor en pacientes sometidas a conización bajo anestesia local (Escala EVA).  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Sumatorio de los valores de percepción de dolor (Escala EVA) de las pacientes sometidas a conización con anestesia local.  
Denominador .....: Número total de encuestas de satisfacción cumplimentadas por las pacientes sometidas a conización bajo anestesia local.  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

8. Porcentaje de satisfacción de las pacientes sometidas a conización bajo anestesia local.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes satisfechas con el procedimiento de conización bajo anestesia local.  
Denominador .....: Número total de encuestas de satisfacción cumplimentadas por las pacientes sometidas a conización bajo anestesia local.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#464

### 1. TÍTULO

**INCORPORACION DEL PROCEDIMIENTO DE CONIZACION BAJO ANESTESIA LOCAL PARA EL TRATAMIENTO DE LESIONES CERVICALES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO EN CONSULTA DE GINECOLOGÍA**

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#475

### 1. TÍTULO

#### "HUMANIZACION DE LA CESAREA. ACOMPAÑAMIENTO Y CONTACTO PIEL CON PIEL"

Fecha de entrada: 05/07/2022

Nº de registro: 2022#475 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MATEO ALCALA PURIFICACION

Título  
"HUMANIZACION DE LA CESAREA. ACOMPAÑAMIENTO Y CONTACTO PIEL CON PIEL"

Colaboradores/as:  
CARAZO HERNANDEZ MARIA BELEN  
GIL LOSILLA REBECA  
GOMEZ GIMENO MARIA ANGELICA  
REMACHA SIENES MARIA  
RODRIGUEZ MARTINEZ GERARDO  
ROJAS PEREZ EZQUERRA BEATRIZ MARIA  
VENTURA FACI MARIA PURIFICACION

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA \*NEONATOLOGIA\*HOSP (Hospitalización)  
ZARAGOZA 3\*HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA \*PARITORIOS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La práctica del contacto piel con piel (CPP) entre la madre y el recién nacido inmediatamente tras el nacimiento, tiene grandes beneficios para ambos ampliamente demostrados:

- Permite una adecuada transición del recién nacido favoreciendo la adaptación fisiológica a la vida extrauterina con rápida mejoría de la oxigenación, regulación de su temperatura corporal y disminución del gasto energético.
- Confiere una mayor posibilidad de éxito de la lactancia materna.
- Aumenta el nivel de oxitocina con efecto antiestrés en la madre y mejora de la contractilidad uterina y la eyección de calostro
- Mejora el vínculo afectivo madre/hijo. Facilita el desarrollo de un comportamiento de protección y un sentimiento de capacidad de la madre para cuidar de su hijo.

Organizaciones de salud nacionales e internacionales recomiendan la realización del CPP precoz tras los partos vaginales, y también en las cesáreas siempre que las condiciones de madre e hijo así lo permitan. Esta recomendación también está recogida en las Guías Práctica Clínica sobre atención del parto normal y de lactancia materna del Ministerio de sanidad.

Hay que considerar que el nacimiento es un momento único que debemos intentar "humanizar" para que sea compartido por la madre, el padre y el recién nacido tratando de minimizar los efectos de la cirugía siempre que la situación lo permita e intentando que el puerperio inmediato sea lo más parecido al de un parto vaginal.

#### ÁREAS DE MEJORA

En el momento actual en el Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza, la gestante a la que se realiza una cesárea es privada de la posibilidad de acompañamiento en el momento del nacimiento de su hijo, así como, en muchas ocasiones, del inicio precoz de la lactancia materna favorecido por el contacto piel con piel.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Existen muchas barreras en el quirófano que dificultan llevar a cabo estas acciones, la principal es la resistencia de los propios profesionales. La forma de afrontar las reticencias del personal es establecer comités multidisciplinares integrados por médicos (anestesiólogos, obstetras, pediatras), enfermeras (matronas, enfermeras de quirófano, enfermeras pediátricas, enfermeras de reanimación) para unificar criterios y consensuar un protocolo de actuación. Es imprescindible animar a los profesionales a comprender la importancia de este momento único entendiendo la necesidad de evitar la separación y de aprovechar el periodo de alerta sensitiva del recién nacido.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

En la mayoría de las cesáreas es posible realizar el contacto piel con piel (CPP) en quirófano y también en la sala de reanimación postanestésica siempre que las condiciones de la madre y el niño lo permitan y siempre que exista colaboración y formación del personal que lo realiza.

La posibilidad de la presencia de un acompañante mejora la vivencia del parto, el inicio de la lactancia y la realización de CPP, por tanto creemos firmemente que se trata de una gran oportunidad de mejora en la calidad asistencial

La población diana serían todas las pacientes que van a ser sometidas a una cesárea en el Area III del Salud,

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#475

### 1. TÍTULO

#### "HUMANIZACION DE LA CESAREA. ACOMPAÑAMIENTO Y CONTACTO PIEL CON PIEL"

en el Hospital Clínico. Ocasionalmente se excluirían aquellas en la que la indicación de la cesárea requiriera una extracción inmediata y urgente del recién nacido y que su demora pusiera en peligro la vida de la madre o el niño.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaborar un protocolo de actuación en las cesáreas consensuado por matronas, pediatras, anestesiistas, enfermería del bloque quirúrgico y obstetras, refrendado por la Dirección del Centro.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Purificación Mateo Alcalá - Purificación Ventura Faci - Gerardo Rodríguez Martínez

2. Difundir el protocolo a todo el personal implicado en quirófano con el circuito del acompañante y los cuidados básicos del Recién nacido por parte de matrona

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Rebeca Gil Losilla

3. Ofertar en consultas en el caso de cesárea programada la opción del acompañamiento y del contacto piel con piel en quirófano a las pacientes y hacerlo constar así en la Historia Clínica Electrónica

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Belén Carazo Hernández- María Remacha Sienes

4. Puesta en marcha del acompañamiento en las cesáreas y el contacto piel con piel en quirófano

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Beatriz Rojas Pérez-Ezquerro - Angélica Gómez Gimeno

5. Recogida de datos en "Epicrisis de parto de HP Doctor" disponible en el momento actual que habría que modificar añadiendo epígrafe de "Acompañamiento en caso de cesárea" o en Registro de HCE

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Facultativo del Servicio responsables de cada cesárea.

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Propuesta de habilitar en la sala de recuperación post quirúrgica un espacio donde la paciente pudiera estar con un acompañante y su recién nacido para continuar estableciendo el contacto piel con piel.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de cesáreas en las que la mujer está acompañada con respecto al total de cesáreas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de cesáreas en los que la mujer está con acompañamiento durante la misma

Denominador .....: Total de cesáreas realizadas en el mismo periodo de tiempo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Informes de Epicrisis de parto.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Porcentaje de cesáreas en las que el recién nacido permanece con la madre en el quirófano

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de cesáreas en los que la mujer puede realizar contacto piel con piel con su hijo durante la misma

Denominador .....: Total de cesáreas realizadas en el mismo periodo de tiempo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Informes de Epicrisis de parto.

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

La evaluación ideal sería a través de un formulario "Libro de partos" recogido en HCE que incluyera estos indicadores y que fuera único en todos los hospitales del SALUD de la misma forma que ocurre con la Cartilla del Embarazo.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Mujeres

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#475

### 1. TÍTULO

#### **"HUMANIZACION DE LA CESAREA. ACOMPAÑAMIENTO Y CONTACTO PIEL CON PIEL"**

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#493

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DE LA RETENCIÓN URINARIA POSTPARTO

Fecha de entrada: 06/07/2022

Nº de registro: 2022#493 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BESCOS SANTANA ELENA

Título  
PREVENCIÓN DE LA RETENCIÓN URINARIA POSTPARTO

Colaboradores/as:  
AGUILAR ALOMA ESTER  
CASTELLANOS ARTAL JENNIFER  
IBÁÑEZ BURILLO LUISA PATRICIA  
LLORENTE GONZALEZ M. CARMEN  
MONTURIOL ZAMUDIO MARIA CARMEN  
NARVION CASORRAN CAROLINA  
VALLE BLASCO EVA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La retención urinaria y la disfunción de vaciado posparto consisten en la incapacidad de vaciar la vejiga espontáneamente o de forma adecuada tras el parto. La incidencia exacta es incierta y varía considerablemente en la literatura entre un 0,2 y un 37%, dada la gran variabilidad de definiciones utilizadas en los diferentes estudios.

El retraso o ausencia del diagnóstico de la retención urinaria y, consecuentemente, una intervención tardía o inexistente, originarían una sobredistensión vesical que podría causar daños irreversibles en la contractilidad del detrusor y una disfunción de vaciado de larga duración.

Sin embargo, con el diagnóstico precoz y la intervención oportuna requerida, se espera una recuperación completa sin graves consecuencias a largo plazo, por lo que es importante identificar a las pacientes en riesgo.

La retención urinaria posparto se define como la ausencia de micción espontánea a las 4-6 horas después del parto vaginal o tras retirar la sonda vesical permanente. Se considera una retención urinaria posparto persistente la que persiste más de 3 días posparto.

Debido al uso de analgesia epidural y al edema vulvo-vaginal producido por el parto venimos observando un número considerable de puérperas que muestran incapacidad para micción espontánea en las primeras horas postparto.

Cuando se realiza el sondaje evacuatorio, la cantidad de orina emitida es muy superior a la recomendable, surgiendo posteriormente dificultades para micción con normalidad.

Por ello proponemos un proyecto en el cual se controle adecuadamente la micción postparto para evitar retenciones urinarias o problemas miccionales tras el parto

#### ÁREAS DE MEJORA

Disminuir los problemas miccionales relacionados con la retención urinaria postparto

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La anestesia epidural y el trauma que supone un parto puede provocar dificultades en la micción que se pueden resolver con un control miccional en las primeras micciones del postparto

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir el número de puérperas con alteraciones de la micción al alta tras el parto

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se va a realizar un control estricto en las primeras horas postparto de las micciones, controlando tiempo en deseo miccional, volumen miccionado y volúmenes residuales postmiccionales

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: ELENA BESCÓS SANTANA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Las acciones realizadas conllevan colaboración de personal TCAE, enfermeras, matronas y médicos responsables

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#493

### 1. TÍTULO

#### PREVENCION DE LA RETENCION URINARIA POSTPARTO

de planta de obstetricia y paritorio así como los miembros de la Unidad de Ginecología de Suelo Pélvico.

Los controles que se van a llevar a cabo son:

? Registro en la historia clínica de la primera micción tras el parto o tras la retirada de la sonda vesical, midiendo el volumen de vaciado, así como el RPM (residuo postmiccional) mediante ecografía o sondaje si es necesario (a los primeros 5 min tras la micción).

? Si la primera micción no es valorable (no se ha conseguido medir, volumen menor 200 mL o mayor 700 mL<sup>14</sup>), también se registrará la segunda micción tras el parto.

Si sigue sospechándose patología miccional se instauraran pautas de control miccional con sondajes si es preciso durante ingreso hospitalario con pautas establecidas de control al alta si no se consigue micción correcta al alta. De esta manera se tratará de evitar una gran retención urinaria que provoque problemas miccionales futuros.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de cumplimiento del control miccional postparto establecido en puérperas tras parto

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Puérperas tras parto a las que se ha realizado control miccional establecido

Denominador .....: Puérperas con parto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Alta puerperal y HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de puérperas tras parto que requieren sonda urinaria al alta

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Puérperas con parto que precisan sonda urinaria al alta

Denominador .....: Puérperas con parto

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Alta puerperal y HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#724

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ADECUACION PARA LA EXTERNALIZACION DEL SUELO QUIRURGICO

Fecha de entrada: 20/07/2022

Nº de registro: 2022#724 \*\* Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOPEZ RODRIGUEZ NURIA

Título  
PROTOCOLO DE ADECUACION PARA LA EXTERNALIZACION DEL SUELO QUIRURGICO

Colaboradores/as:  
BAKKALI EL BAKKALI ISMAEL  
BUEY SAYAS ANGELES DEL  
CASAS PASCUAL PAULA  
MARCO MONZON SARA  
MINGUEZ MURO ENRIQUE  
PEREZ RIVASES GUILLERMO

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: OFTALMOLOGÍA

Línea estratégica: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Uno de los problemas habituales en los hospitales de primer nivel es la suspensión de jornadas quirúrgicas por diversas causas, lo que supone un gran inconveniente para los pacientes, los profesionales y la institución ya que aumenta las listas de espera ya de por sí muy abultadas. Esta pérdida implica retrasos en las intervenciones y en ocasiones provoca empeoramiento de los cuadros clínicos con cirugías más complejas y por tanto con mayor riesgo de complicaciones, lo que aumenta los costes por requerir un mayor número de revisiones o reintervenciones. Además, si el retraso se produce en pacientes en edad laboral los costes se incrementan debido a las bajas laborales. La externalización del suelo quirúrgico en otros centros, tanto de la red pública como de la privada, supone una alternativa rápida y adecuada para permitir que se pueda mantener la actividad quirúrgica en aquellas unidades que, como Oftalmología, se ven frecuentemente afectadas por los cierres de sus espacios quirúrgicos habituales.

#### ÁREAS DE MEJORA

El traslado de una parte de la acción quirúrgica a otro centro, implica un cambio sustancial en la metodología de trabajo y un esfuerzo añadido para diseñar un canal adecuado de derivación de pacientes, profesionales y materiales quirúrgicos a los centros concertados. Con este proyecto se pretende definir las bases para facilitar estos cambios, prever las dificultades que puedan plantearse y analizar los métodos para superarlas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La pérdida de jornadas quirúrgicas, en la mayoría de las ocasiones, se produce por problemas derivados de la falta de personal, especialmente anestesia y enfermería quirúrgica, por diferentes causas como vacaciones, bajas por enfermedad, traslados etc. En estas condiciones, el proceder habitual es suspender la actividad quirúrgica de aquellas especialidades que soportan patologías que se consideran "no vitales", como es el caso de Oftalmología. Por otra parte, las opciones de crecimiento dentro de las zonas quirúrgicas ya establecidas son muy limitadas, ya que los grandes complejos hospitalarios se planificaron en una época en la que las intervenciones quirúrgicas eran mucho menos frecuentes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Garantizar que el traslado de la actividad quirúrgica mantiene unos estándares de calidad iguales o mejores que los que actualmente se están ofreciendo
- Precisar el tipo de patología y las características del paciente que resulten más adecuadas para poder externalizarlo
- Establecer una clasificación sencilla de los pacientes "externalizables" desde las consultas hospitalarias para agilizar la selección de los candidatos
- Definir los mínimos imprescindibles, en cuanto a equipamiento técnico y profesional, que debe tener el centro de externalización
- Implantar un procedimiento para la movilización, traslado y custodia de las historias clínicas de los pacientes que vayan a ser intervenidos
- Analizar las mejoras que pueda aportar el centro de externalización, para optimizar los índices propios de rendimiento
- Establecer los mecanismos de logística y control respecto al material quirúrgico externalizado
- Implementar los mecanismos necesarios para poder realizar la trazabilidad de los procedimientos realizados

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de documento que defina los procedimientos quirúrgicos, pacientes aptos y motivos que desaconsejen la externalización

Fecha inicio: 05/09/2022  
Fecha final.: 06/03/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#724

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ADECUACION PARA LA EXTERNALIZACION DEL SUELO QUIRURGICO

Responsable.: Paula Casa Pascual

2. Diseñar una plantilla sencilla para rellenar en la visita preoperatoria que permita seleccionar a los pacientes aptos para externalización

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 06/03/2023

Responsable.: Paula Casa Pascual

3. Elaborar un registro con las características mínimas de equipamiento técnico y profesional que deba reunir el centro al que se vaya a externalizar la actividad

Fecha inicio: 05/09/2022

Fecha final.: 06/03/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Ángeles del Buey Sayas

4. Definir la logística que se debe seguir en relación a las historias clínicas y la disponibilidad de todos los documentos que acompañan al procedimiento

Fecha inicio: 06/03/2023

Fecha final.: 11/09/2023

Responsable.: Nuria López Rodríguez

5. Verificar los canales existentes de seguimiento y control postoperatorio inmediato

Fecha inicio: 06/03/2023

Fecha final.: 11/09/2023

Responsable.: Nuria López Rodríguez

6. Crear una encuesta de satisfacción para que sea remitida a los pacientes

Fecha inicio: 11/09/2023

Fecha final.: 11/03/2024

Responsable.: Sara Marco Monzón

7. Crear una encuesta de satisfacción para que sea remitida al personal del Servicio de Oftalmología

Fecha inicio: 11/09/2023

Fecha final.: 11/03/2024

Responsable.: Sara Marco Monzón

8. Establecer un grupo de control de la actividad quirúrgica, resultados obtenidos y análisis de contratiempos

Fecha inicio: 11/03/2024

Fecha final.: 07/10/2024

Responsable.: Enrique Mínguez Muro

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes que consiente externalización

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes que consiente externalización

Denominador .....: Número de pacientes seleccionados para externalización

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes intervenidos en nuestro servicio

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de pacientes no complicados

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes externalizados no complicados

Denominador .....: Número de pacientes externalizados operados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes intervenidos en nuestro servicio

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de satisfacción de los pacientes operados

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Numero de pacientes externalizados satisfechos tras la intervención

Denominador .....: Número de pacientes externalizados intervenidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes intervenidos en nuestro servicio

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#724

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ADECUACION PARA LA EXTERNALIZACION DEL SUELO QUIRURGICO

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Porcentaje de satisfacción de los miembros del Servicio de Oftalmología

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Valoración satisfactoria de los miembros del servicio respecto a la externalización

Denominador .....: Número total de miembros del Servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plantilla del Servicio de Oftalmología

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del ojo y sus anexos

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#784

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE SOMETIDO A MICROCIRUGÍA OCULAR

Fecha de entrada: 24/07/2022

Nº de registro: 2022#784 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ESTEBAN FLORIA MARIA OLIVIA

Título  
IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE SOMETIDO A MICROCIRUGÍA OCULAR

Colaboradores/as:  
BARTOLOME SESE MARIA ISABEL  
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA  
NUÑEZ MOSCARDA EVA JOSEFINA  
OREJUDO DE RIVAS MARTA  
PARDINA CLAVER ELENA  
PEREZ RIVASES GUILLERMO  
RAMIRO MILLAN PATRICIA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: OFTALMOLOGÍA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA \*OFTALMOLOGÍA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La oftalmología tiene la particularidad de ser una especialidad focalizada en el órgano de la vista, y que se divide a su vez en subespecialidades, que se distribuyen en relación a la anatomía del ojo y sus anejos formando diferentes unidades funcionales o subespecialidades como son córnea y catarata; estrabismos y motilidad ocular; glaucoma; retina y vítreo; órbita y párpados y además neurooftalmología, suponiendo múltiples y diferentes técnicas de microcirugía ocular. Esto para el paciente, supone una complejidad evidente para entender e indentificar el procedimiento. Pero es fundamental intentar que el paciente entienda el procedimiento al que va a ser sometido, y así entienda la importancia de los cuidados que debe seguir durante su preoperatorio o postoperatorio para conseguir un resultado óptimo de la cirugía. Un ejemplo habitual en la consulta es la información que se le da al paciente respecto al posicionamiento de la cabeza durante el postoperatorio inmediato, considerándose un factor fundamental para una correcta recuperación, y esto es diferente en función de la técnica quirúrgica empleada y el tejido a reparar. Por este motivo, la información que recibe el paciente acerca del procedimiento de microcirugía ocular al que va a ser sometido debe ser un pilar fundamental en la práctica diaria. Además, consideramos que la calidad o cantidad de información que se suministra a los pacientes puede no ser homogénea y variar en relación al cirujano que indica la cirugía y el que finalmente interviene al paciente. Es frecuente que el paciente confunda términos oftalmológicos y llegue al quirófano o salga tras la intervención con dudas acerca del procedimiento y las circunstancias que la cirugía abarcan. Así pues, vemos necesaria la realización de Hojas de información quirúrgica básica para el paciente que vaya a ser sometido a una microcirugía oftalmológica, donde se especifique información acerca de la enfermedad que padecen, el procedimiento quirúrgico, el pronóstico, las posibles complicaciones, los cuidados preoperatorios y postoperatorios de manera que tanto él, como sus acompañantes/familiares puedan consultarla cuando lo precisen. Además, en la era actual de la información masificada, para aquellos que precisen mayor información, vemos fundamental recomendar lugares de evidencia científica que les ayuden a ampliar la información en internet. Cabe mencionar, que este manual no evitará o sustituirá ni la información verbal que se realizará en consulta ni el consentimiento informado que se da a los pacientes, si no que servirá de ayuda complementaria, de información veraz, científicamente contrastada y con un lenguaje sencillo así como ilustrativo al alcance de cada paciente que vaya a ser sometido a una cirugía oftalmológica en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Ausencia de un protocolo básico de información mínima en pacientes sometidos a microcirugía ocular.
- Variabilidad de la información recibida.
- Dificultad en la comprensión.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Poco tiempo por paciente, gran volumen asistencial, complejidad de las técnicas y dificultad en la comprensión.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Homogeneizar la información que reciben todos los pacientes, independientemente del cirujano que le asista en todo el proceso operatorio.
- Hacer comprender al paciente de una manera sencilla la enfermedad que padece, la pertinencia de la cirugía, así como los riesgos y complicaciones que pueden surgir de esta, complementando la información que se ha dado en la consulta.
- Ofertar al paciente hojas informativas a su alcance, de manera clara y veraz, con información acerca del

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#784

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE SOMETIDO A MICROCIRUGÍA OCULAR

proceso evolutivo y de su tratamiento. Que resuelva las dudas que puedan surgirle.

-Que los familiares y/o acompañantes puedan leer y ayudar a comprender al paciente el proceso al que va a ser sometido y que puedan consultar la información siempre que así lo requieran.

- Evitar posibles complicaciones quirúrgicas derivadas de un incumplimiento de los cuidados postoperatorios adecuados en cada caso, por falta de comprensión o de atención en el momento que se daban las indicaciones.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de sesiones clínicas de consenso en el servicio de oftalmología y divulgación del proyecto.

Fecha inicio: 20/09/2022

Fecha final: 31/03/2023

Responsable.: Olivia Esteban Floria

2. Elaboración de hojas informativas e implementación en la consulta, de cada una de las técnicas quirúrgicas realizadas en la sección de Retina y Vitreo:

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final: 31/03/2023

Responsable.: Guillermo Pérez

3. Elaboración de hojas informativas e implementación en la consulta, de cada una de las técnicas quirúrgicas realizadas en la sección de Cornea y catarata

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final: 31/03/2023

Responsable.: Eva Nuñez y Marta Orejudo

4. Implementación de las hojas informativas en la consulta.

Encuestas y marcadores de evaluación.

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final: 31/08/2024

Responsable.: Toda la plantilla del Servicio

5. Elaboración de hojas informativas e implementación en la consulta, de cada una de las técnicas quirúrgicas realizadas en la sección de Glaucoma

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final: 31/03/2023

Responsable.: Elena Pardina

6. Elaboración de hojas informativas e implementación en la consulta, de cada una de las técnicas quirúrgicas realizadas en la sección de Orbita y párpados

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final: 31/03/2023

Responsable.: Laura Jimenez

7. Realización de sesiones clínicas de consenso en el servicio de oftalmología. Elaboración de encuestas y evaluadores.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final: 31/03/2023

Responsable.: Olivia Esteban

8. Elaboración de encuestas y evaluadores.

Análisis de resultados y cambios o reajustes pertinentes

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final: 20/09/2024

Responsable.: Isabel Bartolomé

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El proyecto de implementación intenta que todos los facultativos del servicio trabajen en él, entregando a los pacientes las hojas informativas y las encuestas de satisfacción. A pesar de solo incluir como autores las personas que van a plasmar las ideas y sugerencias del servicio, todos los facultativos estarán implicados en el proyecto.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes incluidos en el proyecto

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes que se van a intervenir que reciben las hojas de información

Denominador .....: Total de pacientes que se intervienen

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plantilla del servicio de oftalmología del HCULB y pacientes intervenidos

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#784

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE INFORMACION BASICA PARA EL PACIENTE SOMETIDO A MICROCIRUGÍA OCULAR

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Personas de plantilla implicados en el proyecto  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Personal de plantilla implicado  
Denominador .....: Total personal plantilla  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Plantilla del servicio de oftalmología del HCULB  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Satisfacción con la información recibida  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Grado de satisfacción (%)  
Denominador .....: 100  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Pacientes intervenidos de microcirugía ocular  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Forma de presentación de la información y grado de dificultad de la información recibida  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Grado de dificultad (%)  
Denominador .....: 100  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Pacientes intervenidos de microcirugía ocular  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Encuestas del grado de satisfacción y mejora a personas de plantilla  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Pertinencia del proyecto (%)  
Mejora de la calidad de información recibida por el paciente (%)  
Denominador .....: 100  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Plantilla del servicio de oftalmología del HCULB  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
A pesar de que figuren solo 6 autores en el proyecto, van a verse implicados todos los miembros de la plantilla del Servicio, aportando sus ideas para las hojas de información al pacientes e implementandolas en la consulta

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del ojo y sus anexos

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#21

### 1. TÍTULO

#### PREVENCION DEL DETERIORO FUNCIONAL EN EL PACIENTE ONCOLOGICO HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 27/05/2022

Nº de registro: 2022#21 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BUESO INGLAN M. PILAR

Título  
PREVENCION DEL DETERIORO FUNCIONAL EN EL PACIENTE ONCOLOGICO HOSPITALIZADO

Colaboradores/as:  
CORRAL SUBIAS MONICA  
GREGORIO PUEYO VANESA  
PAJARES BERNAD ISABEL  
PERIBANEZ GAIRIN ANTONIA  
RIVAS ESTEPA MARIA DEL MAR  
TORCAL CUBERO MERCEDES  
VILLARREAL SALCEDO ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGÍA MEDICA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA \*REHABILITACIÓN\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La hospitalización en el paciente oncológico marca un evento de importancia trascendental, ya que por sí misma es un reconocido factor de riesgo para la pérdida de la independencia funcional. La malnutrición, la estancia prolongada en cama y la polifarmacia son factores importantes asociados a esta pérdida de la capacidad funcional que el paciente tenía previo al ingreso.

El deterioro funcional representa un reto para los sistemas de salud actuales debido a que los pacientes que son dados de alta de los hospitales en situación de dependencia, son incapaces de vivir solos y necesitan asistencia continua en su domicilio que en muchas ocasiones su entorno no puede ofrecerle. Como consecuencia el ingreso se acaba prolongando o trasladando al paciente a un hospital de cuidados mínimos.

La importancia de mantener la capacidad funcional de los pacientes y con ello mantener el más alto nivel de independencia y autonomía posible en cada momento de la enfermedad oncológica contribuirá no solo a mejorar su integración socio-familiar sino también su satisfacción personal, calidad de vida y posiblemente también su dignidad como persona.

Así pues, necesitamos herramientas que nos ayuden a mantener la actividad de los pacientes durante el ingreso y fomentar su autonomía (siempre como hemos dicho cada uno según sus posibilidades) que solo de forma conjunta e interdisciplinar (implicando a personal sanitario y familiares) se puede conseguir.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Deterioro funcional del paciente durante su Hospitalización.
- Encamamiento en pacientes previamente independientes para las ABVD.
- Falta de autonomía del paciente durante su ingreso.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta motivar al paciente y familiares de la necesidad de mantener su independencia y autonomía en lo posible a pesar del ingreso hospitalario.

Tenemos que estar concienciados que es necesario mantener la movilización del paciente desde el mismo momento del ingreso.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mantener el estado funcional del paciente oncológico hospitalizado dentro de sus capacidades y situación de su enfermedad.
- Fomentar su autonomía mejorando claramente su calidad de vida y autoestima en todas las etapas de su vida.
- Motivar a los pacientes y familiares a intentar mantener el mejor estado funcional según su situación.
- Concienciar a los familiares de la importancia de su participación en conseguir que el paciente conserve su autonomía durante el ingreso.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

- Elaboración multidisciplinar (S<sup>a</sup> de Oncología médica y S<sup>o</sup> de Rehabilitación) de un díptico informativo con recomendaciones y ejercicios para mantener la autonomía del paciente oncológico hospitaliza

Fecha inicio: 27/05/2022

Fecha final.: 27/06/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#21

### 1. TÍTULO

#### PREVENCION DEL DETERIORO FUNCIONAL EN EL PACIENTE ONCOLOGICO HOSPITALIZADO

Responsable.: Ya realizado

2. • Actividades de formación: se realizará una sesión donde se realizará la exposición y explicación del díptico al personal sanitario que atiende a los pacientes ingresados en Oncología Médica.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: A determinar entre los responsables del proyecto

3. • Actividad de participación: al ingreso del paciente le será entregado el díptico acompañado de las explicaciones pertinentes (siempre que su estado lo permita y a ser posible en compañía de un familiar

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: A determinar entre los responsables del proyecto

4. • Elaboración de una encuesta de satisfacción que será entregada al alta del paciente.

Fecha inicio: 30/09/2021

Fecha final.: 31/05/2022

Responsable.: A determinar entre los responsables del proyecto

5. - En esta encuesta se añaden las siguientes preguntas: "¿Recibió usted el díptico y se le explicó adecuadamente?. ¿Realizó los ejercicios?. ¿Con qué frecuencia?.

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: A determinar por los responsables del proyecto

6. - Como indicador objetivo del estado funcional se realizará Índice de Barthel al ingreso y al alta del paciente.

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: A determinar por los responsables del proyecto

7. - Previstas dos sesiones formativas a cargo del Servicio de Rehabilitación para el personal sanitario de la planta 9º de Oncología Médica

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 07/10/2022

Responsable.: A determinar por los responsables del proyecto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

• Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. • (Pacientes ingresados que han recibido díptico/nº de pacientes ingresados) x 100 =mayor del 80%.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes ingresados que han recibido díptico

Denominador .....: nº de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hospitalización

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. • (Encuestas de satisfacción entregadas al alta / pacientes dados de alta) x100= mayor del 80%.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Encuestas de satisfacción entregadas al alta

Denominador .....: pacientes dados de alta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hospitalización

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % DE PACIENTES QUE SIGUEN LAS RECOMENDACIONES

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: PACIENTES QUE SIGUEN LAS RECOMENDACIONES

Denominador .....: PACIENTES QUE SE LES HA ENTREGADO EL DIPTICO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hospitalización

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#21

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DEL DETERIORO FUNCIONAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO HOSPITALIZADO

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#626

### 1. TÍTULO

#### SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CANCER DE MAMA

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#626 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA

Título  
SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CANCER DE MAMA

Colaboradores/as:  
ANDRES CONEJERO RAQUEL  
GIL ROMEA ISMAEL  
MADARIAGA RUIZ BLANCA  
MARTINEZ MEDEL JORGE  
MURILO JASO MANUELA LAURA  
PARDO SUS ALIDA ELENA  
TARDIN CARDOSO ANA LETICIA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGÍA MEDICA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA \*OTROS SERVICIOS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El cáncer de mama es la neoplasia más prevalente y la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres. Gracias a los programas de screening y a la mejora en los tratamientos administrados, las pacientes con cáncer de mama cada vez viven más. Es por ello crucial establecer una estrategia común entre todos los servicios implicados en el seguimiento de estas pacientes para optimizar los recursos y limitar visitas innecesarias al hospital. Los principales objetivos del seguimiento de las pacientes intervenidas de un cáncer de mama son:

- Detectar recurrencias locales tempranas o cáncer de mama contralateral.
- Evaluar y tratar complicaciones relacionadas con la terapia como: síntomas menopáusicos, osteoporosis y segundos cánceres.
- Motivar a los pacientes a continuar con el tratamiento endocrino adyuvante.
- Proporcionar apoyo psicológico e información para permitir un retorno a la vida normal después del cáncer de mama.

#### ÁREAS DE MEJORA

Unificar las revisiones realizadas en todo paciente intervenido de un cáncer de mama de manera que no se dupliquen consultas de los servicios implicados en el proceso ni las pruebas realizadas.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En el proceso del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama intervienen distintos servicios y, en muchas ocasiones, cada uno de ellos sigue al paciente de forma independiente, aumentando las visitas al hospital y/o realizando pruebas innecesarias.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El principal objetivo es establecer una estrategia común multidisciplinar de seguimiento de pacientes diagnosticados de cáncer de mama.

Como objetivos secundarios se pretende:

- Homogeneizar las actuaciones realizadas en cuanto al seguimiento en la Unidad de Mama.
- Establecer una estrategia diferencial en función del riesgo de recaída.
- Determinar las pruebas complementarias y/o exploraciones a realizar y su periodicidad.
- Optimizar recursos disminuyendo el número de visitas y/o exploraciones innecesarias.
- Establecer recomendaciones de seguimiento tras el alta en Unidad de Mama.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Recordar el protocolo y animar a llevarlo a cabo a los Servicios implicados.

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 01/04/2022

Responsable.: María Álvarez Alejandro

2. Análisis de resultados de indicadores.

Fecha inicio: 04/04/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: María Álvarez Alejandro

3. Revisión y resolución de los posibles problemas surgidos.

Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#626

### 1. TÍTULO

#### SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CANCER DE MAMA

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Todos los integrantes

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Elaboración del protocolo

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: No procede  
Denominador .....: No procede  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sí/No  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

##### 2. Implementación del protocolo

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: No procede  
Denominador .....: No procede  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sí/No  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

##### 3. Evaluación del protocolo

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes en los que se está llevando a cabo el protocolo de seguimiento multidisciplinar de la UMA  
Denominador .....: Número total de pacientes evaluados en 3 meses al azar (10 pacientes/mes=30 pacientes en total)  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Listados de pacientes citados en la Unidad de Mama  
Est.Mín.1ª Mem ..: 18.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 18.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#693

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE TOXICIDAD POR INMUNOTERAPIA

Fecha de entrada: 18/07/2022

Nº de registro: 2022#693 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
QUÍLEZ BIELSA ELISA

Título  
ELABORACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE TOXICIDAD POR INMUNOTERAPIA

Colaboradores/as:  
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA  
ALVAREZ RUIZ MARIA TERESA  
CRUELLAS LAPEÑA MARA  
FERNANDEZ GONZALEZ ANA ISABEL  
LASTRA DEL PRADO RODRIGO  
PAJARES BERNAD ISABEL  
TORRES RAMON MARIA IRENE

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGÍA MEDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El uso de inhibidores de puntos de control del sistema inmunitario (ICIs) se ha convertido en una opción de tratamiento más en los pacientes con cáncer; pudiendo utilizarse solos o en combinación; asociados también a la quimioterapia y/o terapias diana.

Prácticamente todos los tratamientos utilizados en Oncología tienen potencial de generar reacciones adversas durante o tras la administración de los mismos.

El uso de inmunoterapia provoca una mayor actividad del sistema inmune, lo que puede inducir un aumento de la actividad inflamatoria como efecto secundario, denominados así efectos inmunorrelacionados. Estos fármacos se caracterizan por tener un perfil de toxicidad diferente a los tratamientos de quimioterapia. Estos efectos secundarios pueden llegar a ser graves, potencialmente mortales; pudiendo afectar a uno o varios órganos diana o sistemas.

El diagnóstico y tratamiento precoz de los mismos es fundamental para evitar la progresión a manifestaciones graves.

Se requieren nuevas habilidades y herramientas para poder detectar, gestionar y tratar estos eventos secundarios.

#### ÁREAS DE MEJORA

Toxicidad por inmunoterapia: diagnóstico y tratamiento de los efectos secundarios producidos

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desconocimiento y desinformación de los pacientes y familiares para poder detectar y consultar precozmente sobre los efectos inmunorrelacionados

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Facilitar el reconocimiento, la identificación temprana y las medidas a tomar de posibles efectos tóxicos por inmunoterapia a los pacientes y familiares.
- Diagnosticar de forma precoz las reacciones adversas relacionadas con inmunoterapia para disminuir su duración y gravedad, evitando el desarrollo de complicaciones que obliguen a interrumpir o demorar el tratamiento.
- Suministrar pautas e indicaciones de actuación a los pacientes y familiares en caso de eventos adversos relacionados con inmunoterapia.
- Mejorar la atención integral del paciente con cáncer sometido a tratamiento oncológico activo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar y suministrar un folleto informativo para pacientes y familiares sobre toxicidad por inmunoterapia, en el cual se indique: agente, posibles órganos afectados, presentación clínica y grados.

Fecha inicio: 01/05/2020

Fecha final.: 01/07/2020

Responsable.: Elisa Quílez Bielsa

2. Realizar un circuito para verificar y comprobar a través de los diferentes profesionales que atienden pacientes en tratamiento con inmunoterapia la disposición del folleto así como su interpretación.

Fecha inicio: 02/07/2020

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#693

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE TOXICIDAD POR INMUNOTERAPIA

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Ana Isabel Fernandez Gonzalez

3. Tras la fase de implementación y aplicación en la práctica clínica se procederá a verificar el proceso así como a aplicar mejoras sobre las dificultades o errores detectados en el proyecto.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Elisa Quílez Bielsa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicador de resultados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes que reciben inmunoterapia y disponen del folleto informativo sobre toxicidad por inmunoterapia

Denominador .....: Número total de pacientes que reciben inmunoterapia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#610

### 1. TÍTULO

#### "GUÍA DE CUIDADOS AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO"

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#610 \*\* Continuidad asistencial: consulta no presencial \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ESCRIBANO PEÑALVA ANDREA

Título  
"GUÍA DE CUIDADOS AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO"

Colaboradores/as:  
ALFONSO COLLADO JOSE IGNACIO  
GASOS LAFUENTE ANA MARIA  
GUALLAR LARPA MARIA  
LAVILLA MARTIN DE VALMASEDA MARIA JOSE  
LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES  
ROYO LOPEZ JUAN  
SEBASTIAN CORTES JOSE MIGUEL

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: OTORRINOLARINGOLOGÍA

Línea estratégica: Continuidad asistencial: consulta no presencial

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Cuando el alta esta próxima, en los pacientes portadores de cánula, el personal sanitario comienza el proceso de educación en relación a los autocuidados. Por lo que esta guía tiene el fin de servir como apoyo a la información servida durante el ingreso.

El objetivo de este documento es el de enseñar al paciente traqueostomizado y a sus familiares a cuidar de la traqueotomía en el ambiente extrahospitalario. De esta forma se pretende mejorar, en la medida de los posible, la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores

#### ÁREAS DE MEJORA

Hasta el momento no existe una guía que ayude a responder las dudas presentadas por los pacientes y sus cuidadores al tener que enfrentarse a una nueva forma de vida, una vez son dados de alta.

El objetivo principal de este documento es la elaboración de una guía que sirva de ayuda, al paciente y a las familias de este, para realizar un correcto mantenimiento de la traqueotomía en el ambiente extrahospitalario

#### ANALISIS DE CAUSAS

La realización de una traqueotomía es un procedimiento quirúrgico frecuente. en el servicio de Otorrinolaringología. En algunos casos este procedimiento es reversible pero en otros muchos se trata de procedimiento permanente. Es por ello, que con esta guía se pretende que tanto paciente como los cuidadores aprendan a gestionar las principales dudas que puedan surgir del manejo de la traqueotomía.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Los resultados que se buscan son mejorar la tranquilidad y seguridad con la que el paciente y los cuidadores manejen la cánula de traqueostomía en el ambiente extrahospitalario, sin la ayuda del personal de enfermería de la planta.

La población diana son tanto los pacientes a los que realizamos traqueotomía como sus familias/cuidadores.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. En Septiembre de 2021 se conformó el equipo y se realizó una primera reunión con el objetivo de realizar una búsqueda bibliográfica y puesta en común de un primer borrador.

Fecha inicio: 01/09/2021

Fecha final.: 01/10/2021

Responsable.: Andrea Escribano Peñalva

2. Posteriormente desde Octubre a Diciembre se procedió a la elaboración de la guía y diseño de las animaciones.

Fecha inicio: 01/10/2021

Fecha final.: 31/12/2021

Responsable.: Jose Miguel Sebastián

3. En Enero se realizó una segunda reunión y en sesión del servicio se presentó la guía definitiva con el fin de que todos los integrantes del servicio pudieran dar su opinión y mejorar el documento.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 01/02/2022

Responsable.: Andrés López Vázquez

4. Desde Marzo a Junio, revisaremos las historias para ver en cuántos pacientes se les ha entregado las

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#610

### 1. TÍTULO

#### "GUÍA DE CUIDADOS AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO"

recomendaciones y cómo se han manejado en su domicilio.

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 01/06/2022

Responsable.: Ignacio Alfonso Collado

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Indicador 1

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes traqueostomizados de Febrero a Junio a los que se les ha entregado la guía

Denominador .....: Número de pacientes traqueostomizados de Febrero a Junio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.01

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.01

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.01

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.01

#### 2. Indicador 2

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Grado de satisfacción de los pacientes intervenidos de traqueotomía a los que se les ha

entregado la guía

Denominador .....: Grado de satisfacción de los pacientes intervenidos de traqueotomía

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: -36.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#627

### 1. TÍTULO

#### "CREACION E IMPLANTACION DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS EN LAS INTERVENCIONES DE ORL INFANTIL"

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#627 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GUALLAR LARPA MARIA

Título  
"CREACION E IMPLANTACION DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS EN LAS INTERVENCIONES DE ORL INFANTIL"

Colaboradores/as:  
ARTAL SANCHEZ RAQUEL  
GARCIA FERNANDEZ ROCIO  
GASCON RUBIO MARIA CRISTINA  
LASIERRA CONCELLON MARTA  
LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES  
MUNUERA JURADO MARIA DEL MAR  
TEJERO CAVERO MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: OTORRINOLARINGOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las indicaciones postoperatorias son importantes después de todas las intervenciones quirúrgicas, especialmente cuando se trata de pacientes pediátricos. En el caso de las cirugías de ORL, sobretodo las adenoidectomías y amigdalectomías, cobran especial importancia porque se les da indicaciones sobre cómo realizar lavados nasales, la dieta y la medicación oral, así como qué situaciones pueden considerar normales y cuáles no. Habitualmente se da de Alta a los pacientes al día siguiente de ser operados. Los padres reciben toda la información cuando se les da de Alta pero en ocasiones no se acuerda de todo al llegar a casa o les surgen dudas. Una hoja con las recomendaciones habituales serviría para dar tranquilidad a los padres y favorecería el manejo de estos pacientes en el postoperatorio.

#### ÁREAS DE MEJORA

Los pacientes pediátricos que se operan en nuestro servicio tienen características de manejo especiales, tanto por el tipo de intervención realizada (gnte adenoamigdalectomías, que les condiciona la alimentación y las causa dolor) como por sus propias características (muchas veces son niños pequeños de entre 2-5 años que no saben expresar bien lo que les ocurre). Las instrucciones postoperatorias tienen que ser claras y exhaustivas para que los padres sepan qué es normal y no en los días siguientes al Alta. Estas instrucciones hacen referencia a las recomendaciones de alimentación, de actividad física, analgesia pautada y riesgos postoperatorios, sobre todo el sangrado.

El problema que se pretende mejorar es que en ocasiones no se les explica con el detenimiento suficiente o los padres no se acuerdan de los detalles, lo que hace que tengan que acudir al pediatra, llamen al hospital o incluso acudan a Urgencias con dudas.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El pase de Planta se realiza de forma alterna entre los distintos facultativos del Servicio y no existen unas recomendaciones al Alta homogéneas para todos. Además, el informe de Alta lo realiza el Servicio de Pediatría que no se encuentra familiarizado con estos detalles.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Los resultados que se buscan son mejorar la tranquilidad y seguridad con la que los padres se van a casa con el niño operado tras el Alta, con pleno conocimiento de cómo actuar las horas siguientes y cómo detectar posibles complicaciones que requieran valoración médica. Esto reduciría también las consultas que después hacen tanto a su pediatra como a través de Urgencias.

La población diana son tanto los pacientes pediátricos a los que operamos como sus familias.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. En primer lugar en Septiembre realizaremos una reunión con todos los miembros del equipo para realizar una búsqueda bibliográfica, ponerlo en común y hacer un borrador para las distintas intervenciones

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: GUALLAR LARPA, MARÍA

2. Después se comentará con los padres de los pacientes que operemos a lo largo de Octubre y Noviembre para valorar sus sugerencias.

Fecha inicio: 01/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#627

### 1. TÍTULO

#### "CREACION E IMPLANTACION DE RECOMENDACIONES POSTQUIRURGICAS EN LAS INTERVENCIONES DE ORL INFANTIL"

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: GUALLAR LARPA, MARÍA

3. En Enero realizaremos otra reunión para concretar las propuestas y lo pondremos en conocimiento con los miembros del Servicio y empezaremos a añadirlas a los informes de Alta.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: GUALLAR LARPA, MARÍA

4. A lo largo de Febrero a Junio, revisaremos las historias para ver en cuántos pacientes se les ha entregado las recomendaciones y cómo ha sido el postoperatorio de estos pacientes.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: GUALLAR LARPA, MARÍA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicador 1

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes pediátricos intervenidos de Febrero a Junio de ORL infantil a los que se les ha entregado las recomendaciones

Denominador .....: Número de pacientes pediátricos intervenidos de Febrero a Junio de ORL infantil

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Se obtendrá revisando las historias clínicas de los pacientes intervenidos de Febrero a Mayo de 2023 de adenoidectomía, amigdalectomía y drenajes transtimpánicos.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> ENFERMEDADES DEL ÁREA OTORRINOLARINGOLÓGICA

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#789

### 1. TÍTULO

#### INFORMACION PARA EL PACIENTE EN RELACION A LA REHABILITACION POSTIMPLANTACION COCLEAR EN LA HIPOACUSIA UNILATERAL SEVERO PROFUNDA (HUSP)

Fecha de entrada: 24/07/2022

Nº de registro: 2022#789 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAVILLA MARTIN DE VALMASEDA MARIA JOSE

Título  
INFORMACION PARA EL PACIENTE EN RELACION A LA REHABILITACION POSTIMPLANTACION COCLEAR EN LA HIPOACUSIA UNILATERAL SEVERO PROFUNDA (HUSP)

Colaboradores/as:  
ARTAL SANCHEZ RAQUEL  
ESCRIBANO PEÑALVA ANDREA  
GARCIA FERNANDEZ ROCIO  
GASCON RUBIO MARIA CRISTINA  
GASOS LAFUENTE ANA MARIA  
LASIERRA CONCELLON MARTA  
MUNUERA JURADO MARIA DEL MAR

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: OTORRINOLARINGOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La indicación tradicional del implante coclear es la hipoacusia profunda bilateral. Las indicaciones de los implantes cocleares se han ampliado en los últimos años a las hipoacusias asimétricas, y más recientemente a las hipoacusias unilaterales severo profundas (HUSP), tanto en adultos como en niños. Este grupo de pacientes implantados con HUSP (es decir, un oído tiene los umbrales auditivos en el rango de la normalidad, y el otro tiene una hipoacusia severo profunda) tienen necesidades diferentes y requieren cuidados diferentes a los pacientes con indicación tradicional de implante coclear en hipoacusia profunda bilateral. El objetivo en la implantación de los pacientes con Hipoacusia bilateral es la percepción del habla, sin embargo, el objetivo de la implantación en HUSP, va más allá de la simple percepción del habla, persiguiendo proporcionar una información bilateral en los dos oídos para promover el desarrollo de la audición binaural, es decir, que el cerebro pueda integrar la información que recibe de los dos oídos procesándola a nivel central. Esto supone un desafío considerable.

Una de las características diferenciales, clave en este tipo de hipoacusia, es el entrenamiento auditivo postimplantación. El principal reto que nos encontramos en el entrenamiento auditivo de la HUSP paliada con un implante coclear es la necesidad de combinar la estimulación acústica del oído sano (audición natural), con la estimulación eléctrica del oído con implante coclear. Para ello, es necesario rehabilitar, desde el inicio, de manera especial y adecuada el oído implantado si queremos lograr el objetivo de promover la audición binaural. Como control de calidad, estimamos que debemos de considerar incluir herramientas de valoración de los candidatos y del cumplimiento de estos objetivos en este tipo particular de implantación coclear para poder detectar y subsanar posibles deficiencias y/o errores. El protocolo que aquí presentamos es una de estas herramientas de control de calidad

#### ÁREAS DE MEJORA

Desde la puesta en marcha de este tipo de implantación en nuestro servicio, venimos observando un cumplimiento inconstante del entrenamiento posterior a la implantación, motivo por el que hemos estimado la necesidad, no solo de informar verbalmente a los pacientes, sino de entregarles un protocolo por escrito en el que se les explica las particularidades de este tipo de implantación y la importancia de realizar la rehabilitación del oído implantado de la manera adecuada para la consecución de los objetivos.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El incumplimiento de la rehabilitación adecuada e independiente del oído implantado a través del uso adecuado de la tecnología pertinente impide obtener los resultados de discriminación de la palabra hablada con el implante coclear, puesto que el cerebro priorizará la información del oído oyente.

El incumplimiento es consecuencia de lo emergente de esta indicación y del desconocimiento de que es totalmente diferente a la rehabilitación de la implantación coclear en la Hipoacusia profunda bilateral

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Conseguir el cumplimiento de la rehabilitación adecuada en la implantación coclear en la Hipoacusia unilateral severo profunda con el objetivo de conseguir resultados óptimos mediante la extensión de un protocolo informático escrito no solo al paciente y sus familiares sino también a los profesionales que intervengan en su proceso educativo posterior

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1. Elaboración del protocolo informativo..  
Fecha inicio: 01/07/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#789

### 1. TÍTULO

#### INFORMACION PARA EL PACIENTE EN RELACION A LA REHABILITACION POSTIMPLANTACION COCLEAR EN LA HIPOACUSIA UNILATERAL SEVERO PROFUNDA (HUSP)

Fecha final.: 08/07/2022

Responsable.: María José Lavilla Martín de Valmaseda

2. 2. Entrega del protocolo a los pacientes tributarios y/o a sus familiares (en el caso de pacientes menores o mayores no familiarizados con la tecnología), en el proceso de selección del candidato.

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: María José Lavilla Martín de Valmaseda

3. 3. Entregamos las copias necesarias para que las familias las deriven a los rehabilitadores, logopedas y profesionales responsables del proceso educativo posterior

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: María José Lavilla Martín de Valmaseda

4. 4. Elaboración de encuesta de satisfacción que se pasará al paciente o familiares en caso de menores, una vez repartido el protocolo.

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: María José Lavilla Martín de Valmaseda

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicador I: Pacientes pediátricos con HUSP intervenidos de IC que reciben el protocolo informativo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes pediátricos intervenidos de Implante coclear (IC) en hipoacusia unilateral severo profunda (HUSP) a los que se les ha entregado el protocolo informativo durante el periodo de estudio

Denominador .....: Número de pacientes pediátricos intervenidos de IC en HUSP en el mismo periodo de estudio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes pediátricos con HUSP de Aragón intervenidos de Implante coclear

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 6.00

2. Indicador II: Pacientes pediátricos con HUSP intervenidos de IC que reciben el protocolo informativo

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes adultos intervenidos de Implante coclear en hipoacusia unilateral severo profunda a los que se les ha entregado el protocolo informativo durante e periodo de estudio.

Denominador .....: Número de pacientes adultos intervenidos de IC en HUSP en el mismo periodo.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes adultos con HUSP de Aragón intervenidos de Implante coclear

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Indicador III: Pacientes pediátricos con HUSP intervenidos de IC que realizan rehabilitación a los 3m

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes pediátricos intervenidos de Implante coclear (IC) por hipoacusia unilateral severo profunda (HUSP) a los que se entrega el protocolo informativo durante el periodo de estudio

Denominador .....: Número de pacientes pediátricos implantados (IC) por HUSP que han comenzado la rehabilitación adecuada a los tres meses postactivación del implante coclear

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes pediátricos con HUSP de Aragón intervenidos de Implante coclear

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 6.00

4. Indicador IV: Pacientes adultos con HUSP intervenidos de IC que realizan rehabilitación a los 3m

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes adultos intervenidos de Implante coclear (IC) por hipoacusia unilateral severo profunda (HUSP) a los que se entrega el protocolo informativo durante el periodo de estudio

Denominador .....: Número de pacientes adultos implantados (IC) por HUSP que han comenzado la



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#789

### 1. TÍTULO

#### INFORMACION PARA EL PACIENTE EN RELACION A LA REHABILITACION POSTIMPLANTACION COCLEAR EN LA HIPOACUSIA UNILATERAL SEVERO PROFUNDA (HUSP)

rehabilitación adecuada a los tres meses postactivación del implante coclear

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes adultos con HUSP de Aragón intervenidos de Implante coclear

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

5. Indicador V: Número global de pacientes que cumplimentan la encuesta de satisfacción

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes globales o familiar responsables a los que se les ha entregado el protocolo de informativo y que han rellenado la encuesta de satisfacción

Denominador .....: Número de pacientes globales o familiar responsables que contestaron la encuesta de satisfacción y que consideran que han recibido "mucho" información, de "mucho utilidad y están "muy satisfecho"

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes niños y adultos con HUSP de Aragón intervenidos de Implante coclear

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 7.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 16.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#565

### 1. TÍTULO

#### CONSEJOS DE NUTRICION PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIALISIS. (ELABORACION DE UN TRÍPTICO CON CONSEJOS BASICOS NUTRICIONALES)

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#565 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MERIDA DONOSO ANCHEL

Título  
CONSEJOS DE NUTRICION PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIALISIS. (ELABORACION DE UN TRÍPTICO CON CONSEJOS BASICOS NUTRICIONALES)

Colaboradores/as:  
ALDA CIRIANO PAULA MARINA  
ANDRES BALSA ISABEL  
BENITO RODRIGALVAREZ MARTA  
BLASCO PARIS SANDRA  
PEDRAGOSA GONZALEZ VIOLETA  
PEREZ HERRER LAURA  
REIG ARTES CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: OTROS SERVICIOS

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*CME INOCENCIO JIMENEZ\*OTROS SERVICIOS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En los ENFERMOS RENALES CRÓNICOS con tratamiento en hemodiálisis las restricciones alimentarias conllevan frecuentemente a un incorrecto aporte de nutrientes, que no solo afecta a su función renal, sino a su propio estado nutricional, lo que repercutirá en su estado de salud. Aunque los pacientes reciben recomendaciones nutricionales en consulta, muchas veces requieren más información y acuden al personal sanitario en las sesiones de diálisis para resolver sus dudas.

El proceso de Educación en salud es continuo y requiere de la implicación de todos los profesionales de la salud pero el trabajo de enfermería en un centro de hemodiálisis es muy específico y además el personal es muy variable. Con el fin de facilitar una herramienta con la información básica en nutrición para los sanitarios y que además aporte los recomendaciones fundamentales para el paciente, se ha pensado en realizar un tríptico que sirva de base para cualquier consulta de este índole.

#### ÁREAS DE MEJORA

Área de Educación en la Salud

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de herramientas y conocimientos en nutrición para pacientes en hemodiálisis.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Crear medidas que mejoren la eficacia del proceso de educación sanitaria sobre temas nutricionales y sobre el control de la restricción de la ingesta de líquidos en los pacientes de diálisis.
- Diseñar un tríptico con las recomendaciones básicas en nutrición y que sirva de herramienta para el personal sanitario y guía para los pacientes
- Fomentar la motivación e implicación de los profesionales en la consecución de los objetivos de la unidad en educación sanitaria.
- Facilitar el aprendizaje en pacientes nuevos de diálisis.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se realizará un tríptico que sirva de base para cualquier consulta de índole nutricional en pacientes con tratamiento en diálisis.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Anchel Mérida Donoso

2. Se ofrecerá formación complementaria sobre nutrición al personal sanitario del servicio para poder aconsejar adecuadamente a los pacientes de diálisis.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Anchel Mérida Donoso

3. Se realizarán sesiones formativas sobre nutrición a los pacientes de dialisis que reciban el tríptico.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/01/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#565

### 1. TÍTULO

#### CONSEJOS DE NUTRICION PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIALISIS. (ELABORACION DE UN TRÍPTICO CON CONSEJOS BASICOS NUTRICIONALES)

Responsable.: Anchel Mérida Donoso

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Satisfacción en los pacientes de la unidad tras actividad de ES.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador ..... Pacientes satisfechos por la educación complementaria recibida y el tríptico.  
Denominador ..... Total de pacientes que reciben la educación y el tríptico.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta autoadministrada de satisfacción.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Satisfacción en el personal de la unidad tras actividad de ES.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador ..... Sanitarios satisfechos por la educación recibida.  
Denominador ..... Total de sanitarios que reciben la educación.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta autoadministrada de satisfacción.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % pacientes que reciben educación sanitaria

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador ..... N.º de pacientes de Diálisis que recibe el tríptico y la educación Sanitaria a demanda.  
Denominador ..... N.º de pacientes totales en Diálisis que pide información sobre nutrición complementaria a la recibida en la consulta.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Nefrolinc, anotaciones de enfermería, listados de pacientes de la unidad.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % personal que recibe educación sanitaria

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador ..... N.º de sanitarios que reciben educación para entregar los trípticos y responder dudas de los pacientes.  
Denominador ..... N.º de sanitarios de la unidad.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Lista de sanitarios de la Unidad de Diálisis  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Mejora en la nutrición de los pacientes que reciben la formación.

Tipo de indicador: impacto  
Numerador ..... Pacientes que mejoran sus costumbres alimentarias tras la educación complementaria recibida y el tríptico.  
Denominador ..... Total de pacientes que reciben la educación y el tríptico.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta autoadministrada pre-post intervención para valorar la mejora en los hábitos alimentarios de los pacientes.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#565

### 1. TÍTULO

#### CONSEJOS DE NUTRICION PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIALISIS. (ELABORACION DE UN TRÍPTICO CON CONSEJOS BASICOS NUTRICIONALES)

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes en tratamiento de diálisis.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#480

### 1. TÍTULO

#### **HABILITAR UNA SALA DE DILATACION COMO UTPR (UNIDAD DE TRABAJO DE PARTO Y RECUPERACION), MEDIANTE EL USO DE LAS CAMAS DE PARTO ARTICULADAS (HILL-ROM)**

Fecha de entrada: 05/07/2022

Nº de registro: 2022#480 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GOMEZ DAVILA PATRICIA LIZA

Título  
HABILITAR UNA SALA DE DILATACION COMO UTPR (UNIDAD DE TRABAJO DE PARTO Y RECUPERACION), MEDIANTE EL USO DE LAS CAMAS DE PARTO ARTICULADAS (HILL-ROM)

Colaboradores/as:  
ARANDA LAVILLA LUCIA  
CARRERAS CASANOVA VICTORIA ISABEL  
GIL LOSILLA REBECA  
PINA FUERTES NIEVES  
SAMPIETRO PALOMARES MARIA  
SANCHEZ SERRANO LARA  
SANCHEZ MATEOS MORENO JAIME

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: PARITORIOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Actualmente, en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa el proceso de dilatación durante el trabajo de parto se realiza en las 4 salas de dilatación disponibles, donde cada mujer permanece con la cama de hospitalización asignada en la planta de obstetricia. Tras este proceso, en el momento final del expulsivo, es necesario trasladar a la gestante a la sala de paritorio y una vez allí cambiarla a la cama de parto Hill-Rom para el nacimiento. Después de esto, la mujer es trasladada de nuevo a la sala de dilatación para realizar el puerperio inmediato en la cama de hospitalización.

Lo ideal sería convertir las salas de dilatación en salas de dilatación/paritorio (UTPR), unidad de trabajo de parto y recuperación, de esta forma todo el proceso de parto sucede en la misma habitación, evitando el traslado de la gestante, preservando su intimidad.

Si surgiera alguna complicación o existiera motivo médico, la gestante podría ser trasladada ágilmente al paritorio o quirófano tal y como se realiza hasta ahora.

Las camas Hill-Rom son camas articuladas de partos que permiten a las mujeres adoptar posiciones más naturales para el proceso de dilatación y expulsivo, permaneciendo en la misma cama durante todo el trabajo de parto y el postparto.

Pensamos que este proyecto de mejora es importante para las mujeres que acuden a nuestro servicio dadas las prestaciones que ofrecen este tipo de camas. Además se asegura la intimidad de la paciente, ya que no es necesario cambiar de ubicación a la mujer, puesto que la dilatación, el expulsivo y el puerperio inmediato se realizarían en la misma habitación.

#### ÁREAS DE MEJORA

Se pretende reducir el número de estancias por las que pasa una gestante en su proceso de parto, optimizando el uso de las camas Hill-Rom de las que disponemos y así creamos un espacio más íntimo.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No disponibilidad de un espacio único en el que se desarrolle todo el proceso de parto.  
Falta de conocimiento acerca de la optimización del uso de la Hill-rom.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Crear una sala de dilatación-paritorio en la sala de dilatación número 3, con la cama de parto Hill-Rom ya existente en los paritorios.
2. Evaluar el nivel de satisfacción de la gestante en el uso de UTPR.
3. Optimizar el uso de las camas Hill-Rom disponibles, ya que permiten adoptar múltiples posturas que facilitan la dinámica y evolución del parto en las gestantes con/sin epidural.
4. Favorecer el bienestar de la mujer, mediante un espacio único y más íntimo.

Población diana: Gestantes a término, con un embarazo de bajo riesgo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Adecuar la sala de dilatación número 3, dotándola del material necesario para todo el proceso del parto.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: Lucía Aranda Lavilla

2. Realizar una sesión informativa al personal de paritorio sobre el uso de la cama Hill-Rom (funcionamiento, posiciones, accesorios...)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#480

### 1. TÍTULO

#### HABILITAR UNA SALA DE DILATACION COMO UTPR (UNIDAD DE TRABAJO DE PARTO Y RECUPERACION), MEDIANTE EL USO DE LAS CAMAS DE PARTO ARTICULADAS (HILL-ROM)

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: Nieves Pina Fuertes. Rebeca Gil Losilla

3. Información a las gestantes de la posibilidad del uso de esta sala de dilatación-paritorio.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: Patricia Liza Gómez Davila. Lara Sánchez Serrano

4. Crear un documento informatizado de recogida de datos.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: Jaime Sanchez Mateos Moreno

5. Crear una encuesta del grado de satisfaccion de la usuaria.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/08/2023

Responsable.: Victoria Isabel Carreras Casanova. Maria Sampietro Palomares

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de partos atendidos en la UTPR.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de partos atendidos en la UTPR.

Denominador .....: Número de partos totales de mujeres de bajo riesgo.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documento informatizado de recogida de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. Porcentaje de partos atendidos en posiciones alternativas a la litotomía en el expulsivo activo.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de partos atendidos en posiciones alternativas a la litotomía en el expulsivo activo.

Denominador .....: Número de partos totales atendidos en la cama Hill-Rom (dilatación número 3).

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documento informatizado de recogida de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Porcentaje gestantes atendidas en posiciones alternativas al DS en la dilatación y expulsivo pasivo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de gestantes atendidas en posiciones alternativas al decúbito supino en la dilatación y expulsivo pasivo

Denominador .....: Número de gestantes totales atendidas en la cama Hill-Rom (dilatación número 3)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documento informatizado de recogida de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Grado de satisfacción materna durante el proceso de parto.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Grado de satisfacción de las gestantes cuyo proceso de parto se da en una UTPR.

Denominador .....: Grado de satisfacción de las gestantes cuyo proceso de parto se da en una UTPR.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#480

### 1. TÍTULO

**HABILITAR UNA SALA DE DILATACION COMO UTPR (UNIDAD DE TRABAJO DE PARTO Y RECUPERACION),  
MEDIANTE EL USO DE LAS CAMAS DE PARTO ARTICULADAS (HILL-ROM)**

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Mujeres

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#25

### 1. TÍTULO

#### DERIVACION PREFERENTE DESDE URGENCIAS DE PEDIATRIA A CONSULTA DE ALERGIA INFANTIL ANTE LA SOSPECHA DE ALERGIA A LAS PROTEINAS DE LA LECHE Y EL HUEVO

Fecha de entrada: 31/05/2022

Nº de registro: 2022#25 \*\* Atención a tiempo: interconsulta \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GONZALEZ GARCIA GONZALO

Título  
DERIVACION PREFERENTE DESDE URGENCIAS DE PEDIATRIA A CONSULTA DE ALERGIA INFANTIL ANTE LA SOSPECHA DE ALERGIA A LAS PROTEINAS DE LA LECHE Y EL HUEVO

Colaboradores/as:  
AMIGUET BIAIN MIREIA DEL ROSER  
CONGOST MARIN SOFIA  
CUADRON ANDRES LORENA  
HUERTA BLAS PALOMA  
LANUZA ARCOS REBECA  
MUÑOZ JALLE MARIA ELENA  
SOBREVIA ELFAU MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Atención a tiempo: interconsulta

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los alimentos son la causa más frecuente de patología alérgica en la primera infancia y considerando los dos primeros años prácticamente el único desencadenante. Los alimentos más frecuentemente implicados son lógicamente los de mayor consumo y, en nuestro medio y en menores de 5 años, la máxima frecuencia corresponde a la leche de vaca y el huevo de gallina seguidos de los pescados y las frutas. Debido a la introducción cronológicamente pautada de los alimentos en la dieta del niño, la alergia a la leche de vaca aparece durante el primer año de vida, generalmente el primer semestre y la alergia a huevo a lo largo del segundo año. Estamos hablando además de dos alimentos que se encuentran incluidos en múltiples productos alimentarios manufacturados, por lo que su evitación supone una preocupación y ansiedad familiar importante. Dado que la diversificación alimentaria se hace paulatinamente a lo largo de los 12 primeros meses de vida, la evitación de 2 alimentos fundamentales como el huevo y la leche es un problema importante. Desde hace más de 5 años y 3 años respectivamente se realiza desensibilización a proteínas de leche y huevo en el servicio de alergia infantil con un éxito importante. Es imprescindible un diagnóstico y manejo precoz de estos pacientes para introducir en su dieta dichos 2 alimentos lo antes posible y mejorar su calidad social y vital.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Desde la sospecha del diagnóstico en urgencias de pediatría, hasta su visita en consultas de alergología infantil se produce una demora de tiempo importante.
2. Desde la sospecha del diagnóstico en urgencias de pediatría se restringe la alimentación con proteínas de leche y proteínas de huevo, de ahí la importancia de un diagnóstico precoz

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. El paciente es derivado por vía ordinaria y/o a través de atención primaria retrasándose su primera visita en consulta de alergología infantil.
2. Evitación de alimentos en ocasiones innecesarias, con aumento de coste en calidad de vida y para el sistema de salud mediante la receta de leches especiales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. VALORACIÓN INICIAL por parte de Servicio de urgencias pediátricas y derivación preferente a consulta de alergología infantil para diagnóstico precoz si procede de alergia a proteínas del huevo (APHU) y leche (APLV). (se guardará informe de urgencias y se hará llegar a los doctores Gonzalo Gonzalez y/o María Teresa Sobrevia vía digital, telefónica o manual).
2. Dar en mano y explicar por parte del servicio de Urgencias pediátricas una hoja de recomendaciones ante sospecha de APLV y APHU (clínica y tratamiento)
3. Realización de pruebas cutáneas en consulta de alergología infantil. de los pacientes con sospecha de APLV Y APHU con un margen de tiempo posterior a 3 semanas y no superior a 5 semanas para evitar periodo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#25

### 1. TÍTULO

#### DERIVACION PREFERENTE DESDE URGENCIAS DE PEDIATRIA A CONSULTA DE ALERGIA INFANTIL ANTE LA SOSPECHA DE ALERGIA A LAS PROTEINAS DE LA LECHE Y EL HUEVO

refractario y que se puedan beneficiar de un tratamiento de desensibilización si procede

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. SESION INFORMATIVA DE PROYECTO DE MEJORA (ADJUNTOS Y RESIDENTES CON ASISTENCIA EN URGENCIAS PEDIATRICAS)

Fecha inicio: 04/07/2022  
Fecha final.: 04/07/2022  
Responsable.: Dr. Gonzalo González

2. ELABORACION DE HOJA DE RECOMENDACIONES HASTA EL DIAGNOSTICO DEFINITIVO ANTE LA SOSPECHA DE APLV Y APHU EN NIÑOS que

será repartida en el servicio de alergia infantil y de urgencias pediaticas

Fecha inicio: 11/07/2022

Fecha final.: 11/07/2022

Responsable.: Dr. Maria Teresa Sobrevia

3. Elaboracion de listado de alimentos manufacturados que pueden contener proteinas de huevo y leche

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final.: 18/07/2022

Responsable.: Dra. Lorena Cuadron y Elena Muñoz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % Pacientes derivados desde Urg. Ped. hasta CCEE de Alergología infantil y visto entre 3-5 semanas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Num. Pacientes derivados desde Urg. Ped. hasta CCEE de Alergología infantil y visto entre 3-5 semanas

Denominador .....: Total de pacientes vistos en Urg. Ped. con sospecha de APLV y APHU

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH y Base de datos recogida

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. %Pacientes se entrega hoja informativa sobre enfermedad y alimentos que contienen huevo y leche

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Num. Pacientes se entrega hoja informativa sobre enfermedad y alimentos que contienen huevo y leche

Denominador .....: Total de pacientes vistos en Urg. Ped. con sospecha de APLV y APHU

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: PCH y Base de datos recogida

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Lactantes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#218

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE TALLERES GRUPALES PARA LA MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES TIPO 1 EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#218 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LLORENTE CEREZA MARIA TERESA

Título  
ELABORACION DE TALLERES GRUPALES PARA LA MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES TIPO 1 EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Colaboradores/as:  
BELENGUER POLA LAURA  
BUENO LOZANO GLORIA  
GALINDO LALANA ELENA  
GALLEGO GONZALEZ BEGOÑA  
MACHIN MACHIN MARIA ASUNCION  
MALLEN ALASTUEY VICTORIA  
REVILLA PEIRO BELEN

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*CME INOCENCIO JIMENEZ\*USMIJ INOCENCIO JIMÉNEZ\*SM (Salud Mental)

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Diabetes Mellitus tipo 1 es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la infancia y la adolescencia. El mal control metabólico es el principal responsable de las complicaciones tanto a corto como a largo plazo. La pubertad y adolescencia es una etapa de la vida que se caracteriza por cambios psicológicos y fisiológicos, con especial riesgo para el inicio de complicaciones, principalmente por el mal control metabólico que suele asociarse a estas edades. Los adolescentes con diabetes tipo 1 presentan además una mayor incidencia de alteraciones psiquiátricas como ansiedad, estrés, trastornos de conducta alimentaria, que se acompañan de un peor control de su enfermedad. Numerosos estudios concluyen que el riesgo de complicaciones vasculares es mayor cuando la diabetes se inicia antes de la pubertad que cuando ocurre en jóvenes después de la pubertad. El buen control de la diabetes requiere una educación diabetológica avanzada y un autocontrol que hasta estas edades recae fundamentalmente sobre los padres. La adolescencia es una etapa complicada, con necesidades propias de la edad, es una época de cambios, en la que es necesario favorecer la autonomía y adoptar estrategias de afrontamiento. En la consulta de Diabetes pediátrica se objetiva que pacientes que han estado bien controlados durante la infancia, llegan a la etapa de la adolescencia y empeora su control metabólico con rechazo de su enfermedad, omisión de dosis de insulina, transgresiones dietéticas, lo que conlleva a un aumento de sus hemoglobinas glicosiladas. La atención en la consulta individual junto con los padres tiene resultados limitados a pesar del tiempo invertido, el aumento del número de citas, el intento de comunicación o recomendaciones dadas. Por todo ello se propone la incorporación de talleres grupales de Diabetes en las consultas de pediatría, introduciendo la figura de una enfermera especialista en Salud Mental Infanto-Juvenil como parte del equipo de atención al paciente pediátrico con Diabetes Mellitus tipo 1. Se realizarán grupos tanto de niños en edades prepuberales para prepararles para la autonomía que deberán adquirir, como de adolescentes en edades similares, en un espacio donde puedan expresar sus preocupaciones e inquietudes, se refuercen conocimientos y adquieran pautas para la aceptación y mejor control de su enfermedad.

#### ÁREAS DE MEJORA

Educación diabetológica de los pacientes  
Control metabólico de los pacientes  
Aceptación de la enfermedad en la pubertad y adolescencia

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Control por parte de los padres durante la infancia  
Manejo inadecuado de la enfermedad  
Etapa de cambios físicos y psicológicos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Creación e implantación de talleres grupales de educación diabetológica, en las consultas de Endocrinología pediátrica.
- Conseguir con estos talleres una mejora en el autocontrol de los niños y adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 1.
- Incorporación de un especialista en Salud Mental Infanto-Juvenil como parte del equipo de atención al paciente pediátrico con Diabetes Mellitus tipo 1.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#218

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE TALLERES GRUPALES PARA LA MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES TIPO 1 EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

1. Reuniones entre los colaboradores para la creación de los talleres grupales, programando el número adecuado de sesiones, su duración y fijando el contenido de cada sesión.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Teresa Llorente Cereza

2. Elaboración del material educativo y de cuestionarios de evaluación de conocimientos y habilidades psicosociales en diabetes.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Teresa Llorente Cereza

3. Implantación de los talleres grupales, ofreciéndolos a los pacientes que se pueden beneficiar, y organización de los participantes según edad y requerimientos.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Asunción Machín Machín

4. Según necesidades detectadas, se solicitará la valoración por la unidad de salud mental Infanto-Juvenil para los pacientes que lo precisen.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Belén Revilla Peiró

5. Valoración en los controles en consulta, tras la realización del taller, las mejoras en el autocontrol de su enfermedad y en su perfil metabólico.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Teresa Llorente Cereza

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicador de aceptación de los talleres

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de niños y adolescentes que participan en el taller

Denominador .....: Número de niños y adolescentes que se les proponen

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Tablas de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.60

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.90

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.70

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.95

2. Indicador de mejora en la puntuación del cuestionario sobre conocimientos y habilidades

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de niños y adolescentes que mejoran la puntuación del cuestionario

Denominador .....: Número de niños y adolescentes que realizan el cuestionario

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Tablas de datos

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

3. Indicador de mejora en el control metabólico

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de niños y adolescentes con mejoría de la hemoglobina glicosilada o el tiempo en rango después de la realización del taller.

Denominador .....: Número de niños y adolescentes que realizan el taller.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Datos de la Historia Clínica Electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#218

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE TALLERES GRUPALES PARA LA MEJORA DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES TIPO 1 EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#232

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE TRANSICION DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 DESDE LA CONSULTA PEDIATRICA DE DIABETES A LA CONSULTA DE ADULTOS

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#232 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BUENO LOZANO GLORIA

Título  
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE TRANSICION DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 DESDE LA CONSULTA PEDIATRICA DE DIABETES A LA CONSULTA DE ADULTOS

Colaboradores/as:  
ALMERIA FERNANDEZ EUGENIA  
BANDRES NIVELA OROSIA  
GARCIA GARCIA MARIA BLANCA  
LLORENTE CEREZA MARIA TERESA  
MACHIN MACHIN MARIA ASUNCION  
MALLEN ALASTUEY VICTORIA  
SANCHEZ PEREZ ESTER

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La adolescencia es una fase compleja, de una gran vulnerabilidad, que dificulta el control de la diabetes. La transición del adolescente con Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) desde las Unidades de Diabetes pediátricas a las de adultos debe realizarse de un modo progresivo y planificado, centrandolo la atención sobre el paciente mediante estrategias compartidas y contando con la colaboración de los familiares. La coordinación entre los profesionales de pediatría y de adultos, la educación grupal, el uso de tecnologías y el abordaje psicosocial favorecen la adherencia y el seguimiento en esta fase de transición.

#### ÁREAS DE MEJORA

Coincidiendo con el cambio de equipo médico, se pueden dar pérdidas en el seguimiento del paciente que algunos autores cifran en hasta un 60% de los casos, y empeoramiento del control metabólico y falta de adherencia al tratamiento. Con el desarrollo del programa de transición se pretende evitar estos efectos adversos.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La Diabetes Mellitus tipo 1 (DM) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la infancia y la adolescencia. La evidencia científica ha demostrado que, el mal control metabólico es el principal responsable de las complicaciones tanto a corto como a largo plazo. El periodo de transición de la atención pediátrica a la adulta puede generar una fragmentación en la atención médica, lo que puede afectar de forma adversa la calidad, deteriorando la estabilidad glucémica, mayor incidencia de complicaciones agudas, problemas psicosociales, emocionales y de conducta, y el resurgimiento de las complicaciones crónicas, aumentando el coste y los resultados de la atención. El momento óptimo para hacer el cambio de equipo sanitario es cuando el paciente tenga madurez para ser casi autónomo en el tratamiento de la DM1. En la mayoría de las personas esta situación no se alcanza antes de los 16-18 años.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

- Facilitar la transición adecuada de adolescentes con DM1 desde Endocrinología Pediátrica a Endocrinología de adultos, reduciendo las pérdidas de seguimiento y el empeoramiento del control glucémico.

Objetivos específicos:

- Revisión y adaptación de conocimientos sobre educación diabetológica dirigidos al paciente reforzando su autonomía.
- Establecer una adecuada comunicación entre los equipos médicos (pediátrico y de adultos) para consensuar objetivos terapéuticos.
- Asegurar la adaptación del paciente al cambio de equipo sanitario.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Selección de los pacientes a transferir mediante criterios individualizados y objetivos.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2024

Responsable.: Mª Gloria Bueno Lozano

2. - Información detallada y progresiva, a lo largo de 1 año a la familia/paciente de la futura transición y de cómo se va a realizar.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Mª Asunción Machín Machín/Mª Victoria Mallén Alastuey

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#232

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE TRANSICION DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 DESDE LA CONSULTA PEDIATRICA DE DIABETES A LA CONSULTA DE ADULTOS

3. -Se realizará un informe clínico individualizado de la evolución clínica del paciente que se debatirá entre los profesionales sanitarios del Servicio de Pediatría y el Servicio de Endocrinología de a

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Gloria Bueno Lozano/ M<sup>a</sup> Teresa Llorente Cereza

4. -Implantación de una visita conjunta para atender a los pacientes transferidos .Tras la revisión clínica , se presentarán los nuevos profesionales y se planificará el tratamiento de forma conjunta

Fecha inicio: 01/07/2023

Fecha final.: 01/10/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Gloria Bueno Lozano/M<sup>a</sup> Teresa Llorente Cereza/M<sup>a</sup> Orosia Bandrés Niviela/Blanca García García

5. -Instauración de un programa de reeducación de los pacientes. Se realizará un cuestionario sobre conocimientos y se revisarán materiales didácticos adaptados para la edad.

Fecha inicio: 01/07/2023

Fecha final.: 01/11/2023

Responsable.: Ester Sánchez Pérez/Eugenia Almería Fernández

6. - Creación de la figura de una persona de enlace (Enfermera Educadora de Diabetes) durante el proceso de transición, que se ocupe de contactar con los pacientes hasta 1 año después de la misma, para a

Fecha inicio: 01/11/2023

Fecha final.: 30/06/2024

Responsable.: Ester Sánchez Pérez/Eugenia Almería Fernández

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Tras la orientación inicial en la consulta conjunta, el paciente será derivado a las consultas generales de la especialidad. -En la consulta de endocrinología se hará un seguimiento adaptado a la situación, necesidades del paciente y grado de control. Se recogerá un cuestionario de satisfacción DTSQ-s y escala de conocimientos de diabetes al inicio y al año, así como parámetros metabólicos (HbA1c y datos glucométricos) al inicio, a los 6 y 12 meses del paso a consulta de adultos.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de pacientes con DM1 derivados de Pediatría a Endocrinología que han pasado por la consulta

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 8

Denominador .....: 10

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: 80%

Est.Mín.1ª Mem ..: 6.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. Número de pacientes con DM1 atendidos en consulta general de Endocrinología durante el primer año

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: 7

Denominador .....: 10

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: 70%

Est.Mín.1ª Mem ..: 7.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Numero de ingresos hospitalarios por descompensaciones durante el primer año tras la transición

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: 2

Denominador .....: 10

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: inferior a 20%

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 4.00

4. Puntuación del cuestionario de satisfacción DTSQ-s al año de la consulta de transición >4

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: 7

Denominador .....: 10

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#232

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE TRANSICION DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 DESDE LA CONSULTA PEDIATRICA DE DIABETES A LA CONSULTA DE ADULTOS

x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: 70%  
Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 8.00  
Est.Máx.2ª Mem ...: 10.00

5. Número de pacientes con empeoramiento de HbA1c > 0,5% o una disminución del tiempo en rango > 20%  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: 5  
Denominador .....: 10  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: inferior a 50%  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

6. % de pacientes que pesentan mejoría del control glucémico con una reducción de la HbA1c y mejora d  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: 4  
Denominador .....: 10  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: superior a 40%  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Sector 3

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#399

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DEL SERVICIO DE PEDIATRIA AL INCREMENTO DE CAMAS DE HOSPITALIZACION POR TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (UTCA) Y EN HOSPITALIZACION DE CORTA ESTANCIA (UCE) DE PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#399 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ESCARTIN MADURGA LAURA

Título  
ADECUACION DEL SERVICIO DE PEDIATRIA AL INCREMENTO DE CAMAS DE HOSPITALIZACION POR TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (UTCA) Y EN HOSPITALIZACION DE CORTA ESTANCIA (UCE) DE PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL

Colaboradores/as:  
BAQUEDANO LOBERA IRENE  
CUADRON ANDRES LORENA  
ENCINAS GABARRUS JENIFER  
HUERTA BLAS PALOMA  
LANUZA ARCOS REBECA  
RADA RAMIRO JAVIER  
ZAPATA USABEL MAITE ARANZAZU

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Comunidad Autónoma de Aragón cuenta con una única Unidad de hospitalización de corta estancia (UCE) de Psiquiatría Infanto-Juvenil, en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, que da cobertura a la totalidad de la población autonómica menor de 18 años (225.000 personas aproximadamente) que requiera ingreso por motivos psiquiátricos tanto agudos como programados. Dicha Unidad cuenta en la actualidad con 10 camas: 6 camas en Psiquiatría Infanto-Juvenil (8ª Planta) en régimen cerrado y 4 camas en el Servicio de Pediatría (5ª Planta) en régimen abierto para pacientes con trastornos de conducta alimentaria sin comorbilidad psiquiátrica. A lo largo de la última década, se ha producido un incremento progresivo de la incidencia de patología psiquiátrica en la población pediátrica, con debut a edades cada vez más tempranas, y que ha sido especialmente acusado en el caso de los trastornos de conducta alimentaria (TCA). Este incremento tanto en número como en complejidad de pacientes por la mayor comorbilidad que presentan, ha supuesto que el índice de ocupación de la Unidad se mantenga habitualmente al 100%, generando una lista de espera cada vez más numerosa y prolongada. Adicionalmente, la pandemia producida por la COVID-19, ha acentuado todavía más, la ya previamente insostenible saturación de la Unidad, debido al incremento exponencial de trastornos de conducta alimentarios complejos, en peor situación nutricional y con mayor prevalencia de autolesiones y tentativas autolíticas. Los pacientes pasan más tiempo en lista de espera por la falta de camas disponibles y como consecuencia ingresan en una situación más desfavorable, que prolonga la estancia media de los ingresos, lo que hace que se continúe agravando el problema. La dotación actual tanto de infraestructura como de personal resulta absolutamente insuficiente lo que justifica este proyecto de mejora que busca permitir adecuar el número de camas a las necesidades asistenciales actuales, siguiendo los estándares internacionales.

#### ÁREAS DE MEJORA

Adecuar la capacidad asistencial para disminuir el tiempo en lista de espera de los pacientes pediátricos con TCA que precisan ingreso hospitalario tanto en el Servicio de Pediatría como en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Número insuficiente de camas de hospitalización de Psiquiatría Infanto-juvenil.  
Necesidad de adecuar recursos de personal para atender las necesidades de alta demanda de los pacientes menores ingresados por TCA, tanto en Psiquiatría Infanto-Juvenil como en Servicio de Pediatría.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Poder atender las necesidades del menor con patología psiquiátrica que precisa hospitalización.  
Realizar un tratamiento intensivo en un medio hospitalario de la patología mental de 0 a 17 años, que no pueda ser realizado en otro dispositivo terapéutico.  
Lograr la reintegración del niño y/o adolescente lo más rápidamente posible a su medio habitual.  
Restablecer las condiciones necesarias para continuar el tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial.  
Disponer de los recursos para realizar aquellas actividades de observación, diagnóstico, tratamiento, manejo y cuidados relacionadas con la práctica de la Pediatría, Psiquiatría y la Psicología Clínica que por su especificidad, complejidad o nivel de riesgo deban llevarse a cabo en un medio hospitalario.  
Ser un eslabón en la cadena de continuidad de cuidados en la asistencia a la salud mental infanto-juvenil de la Comunidad de Aragón.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#399

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DEL SERVICIO DE PEDIATRIA AL INCREMENTO DE CAMAS DE HOSPITALIZACION POR TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (UTCA) Y EN HOSPITALIZACION DE CORTA ESTANCIA (UCE) DE PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL

Coordinación con instituciones sociales, educativas y sanitarias extra-hospitalarias.  
Aportar información y apoyo a familiares y representantes legales de los menores con trastornos mentales.  
Mantener la realización de actividades de formación continuada y docencia.  
Poder llevar a cabo investigación (clínica, epidemiológica...) en los problemas relacionados

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Adecuar la oferta asistencial de camas de hospitalización de Psiquiatría infanto-Juvenil a la demanda asistencial.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/10/2023

Responsable.: Laura Escartín Madurga

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Para ello, se aumenta el número de camas de hospitalización, proponiéndose un incremento de 6 a 10-12 camas, en la UCE de psiquiatría Infanto-Juvenil de la planta 8ª del HCU y de 4 a 6-8 camas en el Servicio de Pediatría (5ª Planta) del HCU. Las camas de Pediatría continuarán estando en régimen abierto y por tanto destinadas fundamentalmente a ingresos de pacientes con diagnóstico de TCA.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Tiempo medio en lista de espera para ingreso en pacientes con TCA

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Suma de tiempo (días) desde indicación de ingreso hospitalario por TCA hasta fecha de ingreso hospitalario de todos los pacientes ingresados

Denominador .....: N° pacientes ingresados por TCA

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

2. Porcentaje de pacientes que precisan reingreso por la misma patología (TCA) en 1 año

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° pacientes que han precisado reingreso por TCA durante 1 año

Denominador .....: N° pacientes ingresados por TCA durante 1 año

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

3. Porcentaje de pacientes que ingresan con IMC < de 14.5

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° ingresos por TCA con IMC<14.5

Denominador .....: N° total de ingresos por TCA

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

4. Estancia media de pacientes ingresados por TCA

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° días de hospitalización por TCA en 1 año

Denominador .....: N° altas con diagnóstico de TCA en 1 año

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. % de incremento de cama

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de camas nuevas

Denominador .....: N° de camas previo al proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#399

### 1. TÍTULO

**ADECUACION DEL SERVICIO DE PEDIATRIA AL INCREMENTO DE CAMAS DE HOSPITALIZACION POR TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (UTCA) Y EN HOSPITALIZACION DE CORTA ESTANCIA (UCE) DE PSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL**

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#412

### 1. TÍTULO

#### GUÍA RAPIDA DE ACTUACION PARA ESTUDIOS DE CONTACTO POR AGENTES BIOLÓGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#412 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SERRANO BARCOS LAURA

Título  
GUÍA RAPIDA DE ACTUACION PARA ESTUDIOS DE CONTACTO POR AGENTES BIOLÓGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Colaboradores/as:  
GONZALEZ PEREZ BEGOÑA DEL PILAR  
RODRIGUEZ JAIME CARLOS ALEJANDRO  
COMPAIRED TURLAN PABLO  
FERRANDEZ MARTINEZ CLARA ISABEL  
PEREZ CADENAS MARIA DEL MAR  
PUENTE COLINA ALBERTO ANDRES  
REDONDO LAVIRGEN MARTA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
Actualmente nuestros trabajadores están expuestos a patógenos de forma constante. Necesitamos mejorar el conocimiento en los mismos, al menos de los patógenos más habituales, para tratar y mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes y evitar a su vez el riesgo de accidente o enfermedad profesional trabajando en la prevención primaria

**ÁREAS DE MEJORA**  
Conocimiento de los patógenos habituales de los paciente ingresados u ambulatorios

**ANÁLISIS DE CAUSAS**  
Desconocimiento de formas de transmisión, contagio y periodos de incubación de los patógenos.  
Desconocimiento de vías de transmisión  
Equipo de protección individual a utilizar  
Definición de lo que es un contacto con cada patógeno  
Normas generales de actuación  
Dónde acudir en caso de no haber realizado correctamente las tareas por fallo en algún elemento del proceso

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
Mi objetivo es conseguir que nuestros trabajadores conozcan los principales agentes patógenos de riesgos biológico y como trabajar adecuadamente con ellos y en caso de no haberlo podido hacer así, saber dónde acudir para iniciar un estudio de contacto con ellos.

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar una guía de los principales agentes patógenos de nuestro medio en el que conlleva riesgo de transmisión a trabajadores.

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Laura Serrano Barcos y resto de miembros del equipo

2. Validar con calidad la guía realizada

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 16/01/2023

Responsable.: Julián Mozota Duarte

3. Difusión de la guía en la intranet

Fecha inicio: 06/02/2023

Fecha final.: 02/01/2025

Responsable.: Maria del Mar Pérez Colinas

4. Crear en la intranet un contador de visitas

Fecha inicio: 06/06/2023

Fecha final.: 06/06/2024

Responsable.: Alberto Puente Colina

5. Realizar encuesta de conocimiento de la guía a los trabajadores que inicien estudio de contactos

Fecha inicio: 06/03/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#412

### 1. TÍTULO

#### GUÍA RAPIDA DE ACTUACION PARA ESTUDIOS DE CONTACTO POR AGENTES BIOLÓGICOS EN EL SECTOR ZARAGOZA III DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Fecha final.: 06/06/2024

Responsable.: Clara Isabel Ferrández y Marta Redondo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Registrar tanto por estudios de contacto como por accidentes biológicos, las incidencias que tienen usando el formato de incidencias del hospital

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Contador de visitas de la guía tras su difusión

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de visualizaciones de la guía

Denominador .....: por meses

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Contador de la intranet

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 500.00

2. Cuestionario en el estudio de contactos: Conocías la guía Si/No

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de trabajadores que la conocen 06/06/2023 - 06/06/2024

Denominador .....: Número de trabajadores estudiados del 6/6/2023 al 06/06/2024

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta en los estudios de contacto de mi servicio

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Registro de estudio de contacto por agente patógeno

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de estudios de contacto agrupados por agentes patógenos

Denominador .....: Número de trabajadores estudiados en los contactos biológicos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Estudios registrados en el servicio de PRL con MEDTRA (programa del servicio)

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#419

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA PARA LA IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION SOBRE HIGIENE Y SALUD POSTURAL ENTRE LOS TRABAJADORES DE LAVANDERÍA DEL HCU

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#419 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
YUSTE GRAN CRISTINA

Título  
PROGRAMA PARA LA IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION SOBRE HIGIENE Y SALUD POSTURAL ENTRE LOS TRABAJADORES DE LAVANDERÍA DEL HCU

Colaboradores/as:  
SIERRA VILLARREAL PAULA  
ACHA AIBAR BEATRIZ  
CORZAN LOPEZ DAVID  
GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA  
LITE ARCOS NURIA  
MARTA LAZO MIGUEL ANGEL  
TABOADA TABUENCA ANA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Línea estratégica: --Otras--

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
En Salud Laboral, uno de los problemas más frecuentes y limitantes, son las lesiones OSTEOMUSCULARES. En el Sector III, en el año 2018 se hizo un estudio ergonómico, donde se puso de manifiesto que el 30% de los AT del Sector III eran causados por SOBRESFUERZOS de los cuáles, el 33% cursaban con baja laboral. Durante el año 2021, el 21% de los AT fueron causados por sobreesfuerzo.

ÁREAS DE MEJORA  
Predisposición del trabajador expuesto a riesgo osteomuscular, de desarrollar patología musculoesquelética.  
Cuidado de cuidadores.

ANÁLISIS DE CAUSAS  
Prevención de lesiones osteomusculares

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
- Aumentar el conocimiento que la población tiene sobre el funcionamiento de la espalda y su higiene Postural.  
- Mejorar la predisposición del trabajador hacia su trabajo, mediante la práctica de ejercicio para tonificar musculatura y relajación muscular.  
- Implicar al trabajador en su propio AUTOCUIDADO personal  
- Ampliar este proyecto al resto de trabajadores del Sector, priorizando aquellas zonas que más riesgo osteomuscular tienen, como es hospitalización.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Charlas formativas ( 1 hora ) presenciales de concienciación en grupos de 20 personas aproximadamente y captación de personal para una atención más individualizada

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 01/07/2023  
Responsable.: Cristina Yuste

2. - 1ª Consulta individualizada al personal interesado.  
o 1ª valoración mediante la Escala de Oswestry + HCE  
o Medidas antropométricas, impedancia, pliegues cutáneos..  
o Consejo sanitario de higiene

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Mayte Gonzalez

3. - 2ª Consulta  
o Grado de cumplimiento de tareas propuestas.  
o Segunda medición de valores antropométricos.  
o Mejoras a implementar.

Fecha inicio: 01/02/2023  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Ana Taboada

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#419

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA PARA LA IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION SOBRE HIGIENE Y SALUD POSTURAL ENTRE LOS TRABAJADORES DE LAVANDERÍA DEL HCU

4. - 3ª Consulta.  
o 2º valoración mediante Escala de Oswestry.  
o Tercera medición de valores antropométricos.  
o Alta o propuesta a consulta especializada médica.  
o Encuesta final sobre calidad de vida.  
Fecha inicio: 01/05/2023  
Fecha final.: 31/05/2023  
Responsable.: Nuria Lite

**\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto**

Aunque los datos de pertinencia están referidos a todo el Sector III, hemos elegido para comenzar con un proyecto piloto en Lavandería porque han manifestado la necesidad de intervención del Servicio de Prevención, pero la idea es ampliar esta consulta al resto de trabajadores del Sector, priorizando aquellos que más riesgo osteomuscular tienen en su puesto.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicador de inicio antes de la intervención

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Numero de trabajadores Oswestry ente 20% y 40%  
Denominador .....: Numero de trabajadores que acuden a la consulta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Test de Oswestry  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. Indicador de inicio tras de la intervención

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Numero de trabajadores Oswestry ente 0% y 20%  
Denominador .....: Numero de trabajadores que acuden a la consulta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Test de Oswestry  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Encuesta de percepción de mejora

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Numero de trabajadores que dicen SI  
Denominador .....: Numero de trabajadores encuestados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta final sobre percepción de calidad de vida.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Índice de formados

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de trabajadores que reciben la charla  
Denominador .....: Total de trabajadores de lavandería.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: hojas de firmas y plantilla de trabajadores a fecha julio de 2022.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

5. Índice de captación

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de trabajadores que acuden a consulta  
Denominador .....: Número de trabajadores que reciben la charla  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de consulta y hojas de firmas.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#419

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA PARA LA IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION SOBRE HIGIENE Y SALUD POSTURAL ENTRE LOS TRABAJADORES DE LAVANDERÍA DEL HCU

6. Indicador indirecto de mejora en la tonificación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de trabajadores que han disminuido % grasa corporal

Denominador .....: Número de trabajadores que vienen a la consulta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de datos de consulta.

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Estos índices están limitados a la población de Lavandería, en esta primera parte del proyecto.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#476

### 1. TÍTULO

#### REVISION DEL PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLÓGICO. CICLO DE MEJORA CONTINUA

Fecha de entrada: 05/07/2022

Nº de registro: 2022#476 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
INGLES GARCIA DE LA CALERA CONCEPCION

Título  
REVISION DEL PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLÓGICO. CICLO DE MEJORA CONTINUA

Colaboradores/as:  
ACHA AIBAR BEATRIZ  
DENISOVA . KRISTINA  
GONZALEZ BARRIGA MARIA TERESA  
LITE ARCOS NURIA  
TABOADA TABUENCA ANA  
VEAMONTE MARIN ANA BEATRIZ  
ZUECO GARCIA MARIA ELENA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los accidentes biológicos constituyen un elevado porcentaje del total de los accidentes del sector que han ido disminuyendo con la mejora de los equipos de trabajo, pasando de ser el 45,1% de la accidentalidad en 2019, a el 35.5% en 2020 y el 22% en 2021.

La actuación en estos casos constituye una urgencia, dada la necesidad de profilaxis postexposición para minimizar la posibilidad de adquirir enfermedades infectocontagiosas como VIH, hepatitis B, etc.

Dado que nuestro servicio no está disponible las 24 horas del día los 365 días del año, es necesaria la actuación de los servicios de urgencia tanto de Primaria como del HCU, CRP, Hospital de Ejea, etc.

Es necesaria la coordinación de las actuaciones de todos los servicios y estamentos implicados, actualizar los tratamientos, difundir la información necesaria para la asistencia al trabajador accidentado, detectar los fallos del procedimiento, emitir propuestas de mejora y evaluar la eficacia de dichas propuestas estableciendo un ciclo de mejora continua.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actuación urgente a los trabajadores en caso de accidente biológico.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Necesidad de participación de varios servicios y muchos sanitarios diferentes en la asistencia al accidentado.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la coordinación de las actuaciones asistenciales del accidente biológico del personal del Sector III.
- Difundir las informaciones necesarias para llevar a cabo la correcta asistencia.
- Detectar los fallos del Procedimiento.
- Emitir propuestas de mejora de las actuaciones y evaluar su eficacia.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar una nueva revisión del procedimiento PO\_19\_Z3, Procedimiento de actuación en el accidente ocupacional con material biológico y remitirlo a la Comisión de Calidad para su aprobación

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 15/09/2022

Responsable.: Concepción Inglés García de la Calera

2. Difundir la información necesaria para la actualización del procedimiento en Atención Primaria

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 30/11/2022

Responsable.: Ana Taboada Tabuenca

3. Difundir la información necesaria para la actualización del procedimiento en Atención Especializada

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Beatriz Acha Aibar y Mª Teresa González Barriga

4. Crear un formulario en el programa MEDTRA para registrar los fallos del procedimiento y las medidas de mejora propuestas.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#476

### 1. TÍTULO

#### REVISION DEL PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLÓGICO. CICLO DE MEJORA CONTINUA

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Concepción Inglés García de la Calera

5. Recoger el registro de fallos del procedimiento y las medidas de mejora propuestas.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Todo el equipo

6. Crear una base de datos de registro de actividades informativas

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Concepción Inglés García de la Calera

7. Recoger el registro de la base de datos de actividades informativas

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Todo el equipo

8. Informe de resultados obtenidos

Fecha inicio: 01/01/2024

Fecha final.: 15/02/2024

Responsable.: Concepción Inglés García de la Calera

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El programa MEDTRA de gestión de la PRL es común a todos los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de la DGA y a el acceden todos los integrantes del equipo. El accidente biológico se registra en esta base de datos desde el 2018. En esta base se pueden crear formularios para registrar cuestiones específicas como los registros expuestos en este proyecto de mejora. Posteriormente se pueden exportar a una base Excel de la que se pueden extraer los datos y realizar cálculos.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Gestión del accidente biológico

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de fallos detectados en la gestión del Accidente biológico

Denominador .....: Nº de accidentes biológicos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de registro de los fallos del procedimiento y las medidas de mejora propuestas

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Centros informados de la gestión del accidente biológicos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de centros informados

Denominador .....: Total de centros del Sector 3

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de registro de actividades informativas

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Servicios informados en el HCU Lozano Blesa

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de servicios informados

Denominador .....: Total de servicios del HCU

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de registro de actividades informativas

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Propuestas de mejora

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de propuestas de mejora cumplidas

Denominador .....: Total de propuestas de mejora propuestas

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#476

### 1. TÍTULO

#### REVISION DEL PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL ACCIDENTE OCUPACIONAL CON MATERIAL BIOLOGICO. CICLO DE MEJORA CONTINUA

Fuentes de datos.: Base de datos de registro de los fallos del procedimiento y las medidas de mejora propuestas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Accidente biológico

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#231

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMACION DE CITAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA REALIZACION DE TC Y DE RM DE FORMA AMBULATORIA E INGRESADOS

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#231 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GIMENO PERIBANEZ MARIA JOSE

Título  
PROGRAMACION DE CITAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA REALIZACION DE TC Y DE RM DE FORMA AMBULATORIA E INGRESADOS

Colaboradores/as:  
ARIÑO GALVE IGNACIO  
CARRO ALONSO BEATRIZ  
DOMENE MOROS RUTH  
FERNANDEZ GOMEZ JOSE ANTONIO  
GRACIA NAVARRO ENCARNACION ADRIA  
NAVARRO JULVEZ OLGA PILAR  
RAMON Y CAJAL CALVO JUAN

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El gran volumen de trabajo del Servicio de Radiodiagnóstico para realizar pruebas radiológicas y especialmente las de RM y TC hace difícil que puedan realizarse con la diligencia deseable.

Todas las peticiones de exploraciones de TC y RM se realizan por GIPE.

En el ámbito hospitalario, numerosos pacientes precisan de pruebas de imagen, como la RM y la TC, para el estudio de sus patologías. Estas exploraciones, deberían realizarse con la mayor brevedad posible con el fin de agilizar la planificación de tratamientos o evitar complicaciones, pero el gran volumen de trabajo del Servicio de Radiodiagnóstico unido a la limitada dotación tecnológica y al gran volumen de urgencias que surgen a lo largo del turno de trabajo, dificultan esta previsión.

Los facultativos responsables de los pacientes al desconocer la fecha de la realización de las RMs y TCs no pueden planificar tratamientos y otras estrategias de manejo de los pacientes. Tanto los facultativos responsables como los pacientes y sus familiares "demandan" poder saber cuándo se tiene previsto la realización de la exploración.

Es recomendable tener un ayuno aproximado de 4h antes de administrar medios de contraste, en aquellos pacientes en los que no hay cita previa, resulta imposible realizar el ayuno. Para una correcta atención, sería conveniente notificar a las correspondientes plantas, con al menos 24 horas de antelación, la jornada y turno de trabajo en el que se tiene previsto realizar el estudio. De este modo, la exploración se podría realizar en condiciones óptimas (ayuno previo de 4-6 horas, premedicación para pacientes que necesiten nefroprotección o pacientes alérgicos..) y los médicos peticionarios podrían planificar sus estrategias de tratamiento.

A su vez, con cierta frecuencia, los pacientes hospitalizados permanecen ingresados pendientes solamente de la realización de esos estudios radiológicos. Para mejorar esta situación, reducir la estancia media, el gasto y la comorbilidad asociados a la hospitalización prolongada se propone desarrollar un proceso de cita programada de modo ambulatorio para estos pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

\* Dar citas a los paciente ingresados con una antelación de al menos 24 horas

\* Ningún paciente debe de permanecer ingresado solo para la realización de una prueba de imagen, se debe dar cita ambulatoria con la mayor brevedad posible

#### ANALISIS DE CAUSAS

\*Elevada demanda de exploraciones (tanto de pacientes ingresados como ambulatorios) con escasa dotación tecnológica.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Planificación por parte del Servicio de Radiodiagnóstico, con al menos 24 horas de antelación, la citación de pacientes ingresados a los que se les va a realizar TC o RM, para poder realizar los estudios en condiciones óptimas.

- Comunicación a los servicios peticionarios de la jornada y turno de trabajo previstos para la realización de la exploración.

- Desarrollar un proceso de cita programada de los estudios de RM y TC de pacientes que están hospitalizados a la espera únicamente de la realización de estos estudios radiológicos.

- Reducir la estancia media de estos pacientes.

- Mejorar la satisfacción y reducir la comorbilidad derivada de la hospitalización prolongada.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Establecer reuniones periódicas de los componentes del grupo de mejora.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#231

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMACION DE CITAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA REALIZACION DE TC Y DE RM DE FORMA AMBULATORIA E INGRESADOS

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: MARIA JOSE GIMENO PERIBAÑEZ

2. -Describir procedimiento de gestión de citas para pacientes ingresados , así como establecer la preparación necesaria para los pacientes según el tipo de TC o RM que se va a realizar

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: MARIA JOSE GIMENO PERIBAÑEZ

3. -Diseñar un circuito que permita dar cita ambulatoria (TC y/o RM) a pacientes ingresados, para que puedan ser dados de alta

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: MARIA JOSE GIMENO PERIBAÑEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes ingresados con cita previa a la realización de su TC

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: numero de pacientes ingresados a los que se les realiza TC con cita previa  
Denominador .....: total de pacientes ingresados a los que se les realiza TC (exceptuando urgencias)  
x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Tablas en sala de TC para que el personal de enfermería de cada turno deje reflejado si los pacientes ingresados han sido citados previamente y si se cumple preparación por parte de la planta

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. Porcentaje de pacientes ingresados con cita previa a la realización de su RM

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: numero de pacientes ingresados a los que se les realiza RM con cita previa  
Denominador .....: total de pacientes ingresados a los que se les realiza RM (exceptuando urgencias)  
x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Tablas en sala de RM para que el personal de enfermería de cada turno deje reflejado si los pacientes ingresados han sido citados previamente y si se cumple preparación por parte de la planta

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Cumplimiento de cita de pacientes ingresados (TC)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: numero de pacientes ingresados a los que se les realiza TC con cita previa  
Denominador .....: numero de pacientes ingresados a los que ha citado previamente para realizar TC  
x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Tablas en sala de TC para que el personal de enfermería de cada turno deje reflejado si los pacientes ingresados han sido citados previamente y si se cumple preparación por parte de la planta

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Cumplimiento de cita de pacientes ingresados (RM)

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: numero de pacientes ingresados a los que se les realiza RM con cita previa  
Denominador .....: numero de pacientes ingresados a los que ha citado previamente para realizar RM  
x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Tablas en sala de RM para que el personal de enfermería de cada turno deje reflejado si los pacientes ingresados han sido citados previamente y si se cumple preparación por parte de la planta

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#231

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMACION DE CITAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA REALIZACION DE TC Y DE RM DE FORMA AMBULATORIA E INGRESADOS

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. Porcentaje de pacientes ingresados citados para TC con la preparación adecuada  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: numero de pacientes ingresados a los que se les realiza TC con cita previa con la preaparación adecuada  
Denominador .....: numero de pacientes ingresados a los que se les realiza TC con cita previa  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: ablas en sala de TC para que el personal de enfermería de cada turno deje reflejado si los pacientes ingresados han sido citados previamente y si se cumple preparación por parte de la planta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Paciente con sospecha de cualquier patología al que se solicita TC y/o RM

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#444

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLANTACION DE LA GUIA DE ADQUISICION DE UN ESTUDIO BASICO DE RESONANCIA CARDIACA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS EN RADIODIAGNOSTICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Fecha de entrada: 01/07/2022

Nº de registro: 2022#444 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DIAZ GÜEMES OLIMPIA

Título  
ELABORACION E IMPLANTACION DE LA GUIA DE ADQUISICION DE UN ESTUDIO BASICO DE RESONANCIA CARDIACA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS EN RADIODIAGNOSTICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

Colaboradores/as:  
COSTA LORENTE MIGUEL  
CUEVA RECALDE JUAN FRANCISCO  
IBÁÑEZ MUÑOZ DAVID  
MAZAS ZORZANO VICTOR  
NAVARRO JULVEZ OLGA PILAR  
VICENTE ANTON M. VILLAR  
YANGUAS BAREA NEREA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Hasta el momento actual, el estudio de la patología cardiaca tenía, como gold standard, la ecografía cardiaca. El avance tecnológico en el diagnóstico de las distintas enfermedades y la mejora de los equipos radiológicos han posicionado a la resonancia magnética como una alternativa y una mejora en el manejo de diversas entidades. Éste es el caso de la patología cardiaca, donde su sensibilidad y especificidad resulta superior al de la ecografía cardiaca, especialmente en el estudio del ventrículo derecho, trombos, neoplasias o infarto de miocardio, entre otros.

#### ÁREAS DE MEJORA

El equipo de resonancia magnética que estuvo disponible en el Hospital Universitario Lozano Blesa hasta 2018 no permitía dicha exploración. Con la adquisición del nuevo equipo de resonancia, se ha procedido a la instauración de dicha técnica de diagnóstico en nuestro hospital. Como toda nueva técnica aplicada, requiere un programa de formación tanto de los técnicos especialistas de radiodiagnóstico como de los radiólogos responsables de la misma.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La gran complejidad de esta nueva técnica, sobre todo por la peculiar anatomía cardiaca, implica una gran especialización por la difícil comprensión de la misma. De igual modo, al tratarse de una técnica de larga duración (una hora de media, aproximadamente) también precisa gran tecnificación, cualificación y formación en la programación y adquisición de las distintas secuencias de las que consta dicho estudio. La existencia de turnos rotatorios en el personal técnico de nuestro hospital dificulta su especialización y la complejidad del aprendizaje de la técnica.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Crear la guía de adquisición de un estudio de resonancia cardiaca básica. El objetivo de dicha guía es unificar la realización de dicho estudio y reducir los tiempos de adquisición al utilizarla como manual de consulta durante el estudio. En dicha guía se debe detallar:

- Recepción de paciente: Entrevista y valoración de riesgos
- Preparación del paciente: Rasuración si necesario, acceso venoso y colocación de electrodos de cardiacos compatibles con
- Explicación del protocolo de adquisición de un estudio básico de resonancia cardiaca, detallando: Secuencias de resonancia y su orden, esquemas / dibujos de ejemplos de adquisición anatómica, localización de dichas secuencias en el equipo de resonancia
- Localización de secuencias adicionales que podrían completar el estudio

-Estandarizar el uso de dicha guía entre el personal técnico del Servicio de Radiodiagnóstico, presentándola y entregándola a dicho personal una vez finalizada, como guía de consulta, con el fin de facilitar, homogeneizar y disminuir errores en la adquisición de dichos estudios, así como reducir el tiempo de adquisición de los mismos

-Encuesta de satisfacción de los técnicos de radiología con dicha guía y valoración de la utilidad de la misma tras su aplicación

-Cuantificar la mejora en los tiempos de adquisición de las exploraciones una vez instaurada la guía.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#444

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLANTACION DE LA GUIA DE ADQUISICION DE UN ESTUDIO BASICO DE RESONANCIA CARDIACA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS EN RADIODIAGNOSTICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA

1. Realizar la guía de adquisición de un estudio básico de resonancia cardiaca, por un técnico responsable con supervisión del médico radiólogo.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: OLIMPIA DÍAZ GÜEMES

2. Dar a conocer el protocolo a todo el personal técnico mediante una sesión en la sala de reuniones del Servicio de Radiodiagnóstico, junto con una presentación de las posibilidades y utilidad de la RM

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: OLIMPIA DÍAZ GÜEMES

3. Evaluar la utilidad de dicha guía mediante encuesta de satisfacción.

Fecha inicio: 19/12/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: OLIMPIA DÍAZ GÜEMES

4. Evaluar la mejora en los tiempos de adquisición de la resonancia cardiaca.

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: DAVID IBÁÑEZ MUÑOZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Valorar la utilidad de la guía mediante escala de evaluación numérica, entre el 0 y 10 puntos, del

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de síes favorables a la guía

Denominador .....: Número total de valoraciones de la guía

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta realizada al personal que utilice la guía

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Valorar la comprensibilidad de la misma cuantificado entre el total de técnicos que realizan RM y TC

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de personas que han comprendido la guía

Denominador .....: Número total de personas a las que se le ha presentado la guía

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta realizada al personal que utilice la guía

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Cuantificar el tiempo de duración de las exploraciones básicas previo y tras la instauración de la g

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Duración de la exploración RM tras la instauración de la guía

Denominador .....: Duración de la exploración RM previa a la instauración de la guía

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta al personal que realiza las RM cardiacas antes y después de la guía

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#444

### 1. TÍTULO

**ELABORACION E IMPLANTACION DE LA GUIA DE ADQUISICION DE UN ESTUDIO BASICO DE RESONANCIA CARDIACA PARA TECNICOS ESPECIALISTAS EN RADIODIAGNOSTICO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA**



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#28

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION Y ENTREGA DE UN TRIPTICO DE EJERCICIOS RECOMENDADOS TRAS CIRUGÍA DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA

Fecha de entrada: 31/05/2022

Nº de registro: 2022#28 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ CASTELLAR M. DOLORES

Título  
ELABORACION Y ENTREGA DE UN TRIPTICO DE EJERCICIOS RECOMENDADOS TRAS CIRUGÍA DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA

Colaboradores/as:  
CARNEIRO LAZARO RAQUEL  
GREGORIO PUEYO VANESA  
LOSADA ESTELLA NATIVIDAD  
PUEYO RUIZ CRISTINA MARIA  
RIVAS ESTEPA MARIA DEL MAR  
RUIZ PEREZ PABLO

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

ACTUALIZACIÓN DEL PROYECTO.- En el año 2015 se implementó en este hospital el "Protocolo de rehabilitación tras artroplastia primaria de rodilla", vigente en la actualidad; desde entonces, se han atendido a más de 1100 pacientes que durante el ingreso RECIBEN UN TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA Y SON INSTRUIDOS EN LA REALIZACIÓN DE EJERCICIOS TERAPÉUTICOS PAUTADOS COMO INDICA EL PROTOCOLO DE PRÓTESIS DE RODILLA (DISPONIBLE EN LA INTRANET DEL HCU), con buenos resultados. AL ALTA HOSPITALARIA, EL PROTOCOLO ABRE DOS POSIBILIDADES Y DOS GRUPOS DE PACIENTES:

1. AQUELLOS PACIENTES QUE NO CUMPLEN LOS CRITERIOS CLÍNICOS DESCRITOS CONTINUARÁN TRATAMIENTO AMBULATORIO EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN CON LA REVISIÓN CORRESPONDIENTE EN LA CONSULTA DE SU FEA DE REHABILITACIÓN.
2. AQUELLOS PACIENTES QUE ALCAZAN LOS CRITERIOS CLÍNICOS REALIZARÁN LOS EJERCICIOS TERAPÉUTICOS DESCRITOS EN EL PROTOCOLO. POR LO TANTO ES IMPORTANTE QUE EL GRUPO DE PACIENTES QUE NO REALIZA TRATAMIENTO AMBULATORIO DISPONGA DE UN APOYO GRÁFICO a modo de tríptico, que sirva de guía domiciliaria, ya que se trata de una necesidad expresada por los propios pacientes y sus cuidadores.

#### ÁREAS DE MEJORA

Aprendizaje y práctica domiciliaria de los ejercicios indicados en la rehabilitación de este tipo de cirugía. Sensación de pérdida de control, miedo y ansiedad que conlleva tanto el ingreso como el alta hospitalaria. Mejora de la información recibida por escrito relacionada con la intervención.

LA ENTREGA DEL TRÍPTICO NO IMPLICA MODIFICACIONES EN EL PROTOCOLO VIGENTE, SINO QUE REFUERZA LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO Y SATISFACE LAS DEMANDAS EXPRESADAS POR PARTE DEL PACIENTE Y FAMILIARES.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Existe dificultad para este aprendizaje debido al momento en el que se desarrolla la intervención (postoperatorio), así como por las características personales de muchos de los pacientes intervenidos (edad avanzada, disminución auditiva y de la capacidad de memorización, intensidad del dolor) y de sus acompañantes (muchos de ellos en similares circunstancias).

Falta de información sobre la rehabilitación posterior a la cirugía.

Alta demanda por parte del paciente y de sus familiares de información relacionada con la rehabilitación, que esté reflejada en formato físico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

OBJETIVO PRINCIPAL : QUE EL PACIENTE SEA CAPAZ DE COMPRENDER Y EJECUTAR CORRECTAMENTE LOS EJERCICIOS QUE DEBE CONTINUAR REALIZANDO EN SU DOMICILIO PARA COMPLETAR SU RECUPERACIÓN .

Mejorar la adhesión al tratamiento fisioterápico de los pacientes intervenidos de artroplastia primaria de rodilla.

Elaborar un tríptico que contenga recomendaciones generales y ejercicios de rehabilitación para dichos pacientes.

Resolver dudas o inquietudes que pueden surgir tras el alta hospitalaria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Búsqueda bibliográfica actualizada sobre el tratamiento rehabilitador precoz en pacientes intervenidos

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: M Dolores Martínez.

2. Discusión sobre selección y priorización de evidencias adaptadas a nuestro medio para la elaboración del documento

Fecha inicio: 01/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#28

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION Y ENTREGA DE UN TRIPTICO DE EJERCICIOS RECOMENDADOS TRAS CIRUGÍA DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA

Fecha final.: 01/11/2022

Responsable.: M Dolores Martínez.

#### 3. Realización del documento gráfico -tríptico

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: M Dolores Martínez.

#### 4. Entrega del tríptico a los pacientes intervenidos por artroplastia primaria de rodilla

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Vanesa Gregorio Pueyo.

#### 5. REALIZAR UNA CHARLA INFORMATIVA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA DAR A CONOCER EL TRÍPTICO A FEAS Y FISIOTERAPEUTAS DE MANERA PRESENCIAL Y DISTRIBUCIÓN DEL MISMO POR VÍA TELEMÁTICA.

Fecha inicio: 30/11/2022

Fecha final.: 14/12/2022

Responsable.: VANESA GREGORIO PUEYO.

#### 6. COMPROBAR DURANTE EL INGRESO QUE EL PACIENTE HA APRENDIDO LOS EJERCICIOS Y QUE EL TRÍPTICO CONTRIBUIRÁ A RECORDARLOS Y PRACTICARLOS

Fecha inicio: 03/01/2023

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: VANESA GREGORIO PUEYO.

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. % de pacientes que reciben el tríptico de ejercicios y recomendaciones para la prótesis de rodilla.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes incluidos en protocolo de rehabilitación de PTR que reciben la información (tríptico)

Denominador .....: Número total de pacientes incluidos en el protocolo de rehabilitación de PTR

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro propio del servicio de rehabilitación.

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. PORCENTAJE DE FEAS Y FISIOTERAPEUTAS QUE CONOCEN EL TRÍPTICO

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: NÚMERO DE FEAS Y FISIOTERAPEUTAS QUE CONOCEN EL TRÍPTICO

Denominador .....: NÚMERO TOTAL DE FEAS Y FISIOTERAPEUTAS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: REGISTRO PROPIO REHABILITACIÓN

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. % DE PACIENTES QUE TRAS SER INSTRUIDOS, SABEN REALIZAR LOS EJERCICIOS CON AYUDA DEL TRÍPTICO

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: PACIENTES QUE COMPRENDEN Y EJECUTAN CORRECTAMENTE LOS EJERCICIOS AL ALTA HOSPITALARIA

Denominador .....: NÚMERO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES ENTREGA EL TRÍPTICO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: REGISTRO PROPIO REHABILITACIÓN

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#28

### 1. TÍTULO

#### **ELABORACION Y ENTREGA DE UN TRIPTICO DE EJERCICIOS RECOMENDADOS TRAS CIRUGÍA DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA**

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#699

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE CONSULTA ESPECÍFICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION PARA PACIENTES AFECTOS DE PARALISIS FACIAL PERIFERICA

Fecha de entrada: 19/07/2022

Nº de registro: 2022#699 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GOMEZ OPIC CONCEPCION

Título  
CREACION DE CONSULTA ESPECÍFICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION PARA PACIENTES AFECTOS DE PARALISIS FACIAL PERIFERICA

Colaboradores/as:  
IZQUIERDO MAZA JORGE  
JIMENO BIELSA MARIA CARMEN  
LABORDA RUIZ MARIA DEL PILAR  
RUBER MARTIN MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La parálisis facial es un cuadro relativamente frecuente que consiste en una pérdida total o parcial del movimiento voluntario en un lado de la cara secundario a una afectación del nervio facial. La forma más habitual es la parálisis de Bell o idiopática. Generalmente se caracteriza por ser una patología de carácter benigno que se recupera espontáneamente en un alto porcentaje de casos, pero en aproximadamente un 20 % la recuperación no es completa siendo las secuelas muy importantes desde el punto de vista físico, psíquico y social. En la consulta de Rehabilitación en PFP se realizará la valoración y programación del tratamiento en su fase aguda y el tratamiento en su fase de secuelas buscando su minimización. La propuesta es añadir a los tratamientos convencionales fisioterapéuticos y/o logopédicos el tratamiento mediante toxina botulínica. Mediante este tratamiento mejoraremos las asimetrías faciales, disminuirémos las hipertonías y controlaremos las sincinesias. Todo ello derivará en una mejora de la calidad de vida de los pacientes y en una mejora de su bienestar psíquico y social y de esta forma completaremos la atención al proceso de la PFP en su totalidad y no solo en la fase aguda

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora de la eficiencia en el tratamiento crónico Rehabilitador de la Parálisis Facial Periférica (PFP)  
Liberación de los recursos electroterapicos y fisioterapicos empleados actualmente en PFP  
Oferta de tratamiento hasta ahora no existente en PFP  
Mejora de la calidad de vida del paciente a nivel físico y psíquico

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Hasta ahora no se ha planteado la posibilidad de ofrecer un tratamiento médico especializado desde la misma consulta del médico Rehabilitador.  
No se esta utilizando la toxina botulinica en el tratamiento de las secuelas de la PFP  
No se esta atendiendo a este colectivo en su fase crónica aun siendo candidato a un tratamiento Rehabilitador especializado

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Los pacientes a los que va dirigido el proyecto es la poblacion adulta con Parálisis Facial Periférica. Desde el inicio de su afección hasta su fase de cronicidad con las secuelas que se vayan estableciendo. Se pretende mejorar las consecuencias funcionales de la afectacion facial así como las consecuencias emocionales que le causen al paciente muy relacionadas con las relaciones sociales y con su entorno. Ampliamos así las opciones terapeuticas a ofertar a este colectivo de pacientes y aumentamos la eficacia de las que ya se realizan.  
Creamos una unidad especializada

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Coordinación con el Servicio de ORL la derivación a Reahabilitación de los pacientes con PFP en sus distintas etapas de evolución.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Dra. Gómez Opic

2. Creación de una agenda de consulta de PFP para 5 casos al mes

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 13/01/2023  
Responsable.: Dra. Villarreal Salcedo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#699

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE CONSULTA ESPECÍFICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION PARA PACIENTES AFECTOS DE PARALISIS FACIAL PERIFERICA

3. Crear agenda de consulta para realizacion del tratamiento de 5 pacientes al mes

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Dra. Gómez Opic

4. Acordar el tratamiento a realizar, post infiltracion de la toxina, con logopedia

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 18/02/2023

Responsable.: Dra. Gómez Opic

5. Elaboración de las encuestas

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dra. Gómez Opic

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Disponemos de todos los recursos para su realización.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes remitidos a la consulta de nueva creación

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: pacientes citados con PFP

Denominador .....: Total de pacientes citados en consulta general de Rehabilitación

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: agendas

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

2. Pacientes que reciben tratamiento

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: pacientes tratados con toxina

Denominador .....: Pacientes totales con PFP vistos en consulta

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: agendas

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

3. Encuesta de mejora funcional de la parálisis

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: pacientes con mejoría funcional tras ser tratados con toxina

Denominador .....: Pacientes totales que han sido tratados con toxina

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

4. Encuesta de satisfacción del paciente

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes satisfechos con la consulta de Rehabilitación

Denominador .....: Total de pacientes atendidos en la consulta de Rehabilitación

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: encuesta

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

5. .

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: .

Denominador .....: ..

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: .

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#699

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE CONSULTA ESPECÍFICA EN EL SERVICIO DE REHABILITACION PARA PACIENTES AFECTOS DE PARALISIS FACIAL PERIFERICA

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

6. .  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: .  
Denominador .....: ..  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

7. .  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: .  
Denominador .....: ...  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

8. .  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: .  
Denominador .....: ..  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: .  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema nervioso

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#631

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UNA UNIDAD FLS (FRACTURE LIAISON SERVICE) EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#631 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AZNAR VILLACAMPA MARIA EMILIA

Título  
CREACION DE UNA UNIDAD FLS (FRACTURE LIAISON SERVICE) EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA

Colaboradores/as:  
ALVAREZ SANTAFE BEATRIZ  
CAÑADILLAS SANCHEZ ELENA  
GIL BERDUQUE ANA BELEN  
PALERO DIAZ EVANGELINA ESTREL  
PERALTA GINES CILIA AMPARO  
RIO MARTINEZ PILAR SUSANA DEL

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: REUMATOLOGÍA

Ubicación/es secundaria/s  
ZARAGOZA 3\*CME INOCENCIO JIMENEZ\*CONSULTAS EXTERNAS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En España, en 2017 se produjeron 330.000 fracturas por fragilidad, con un importante coste para el SNS, estimado en 4.200 millones de €. Además, en el caso de las fracturas de cadera, 1 de cada 6 pacientes fallece en el primer año tras la fractura. Por otra parte, los pacientes con una fractura osteoporótica tienen un 86% más de probabilidad de experimentar una segunda fractura: una fractura vertebral predice la presentación en cascada de nuevas fracturas vertebrales, e incrementa significativamente el riesgo de fractura no vertebral, y una fractura de muñeca incrementa por dos el riesgo de una nueva fractura. El 50% de todas las fracturas de cadera se producen en el 16% de la población que ha presentado fractura previa. Por todo ello, el identificar al paciente que ha presentado una fractura por fragilidad es importante puesto que la siguiente fractura suele producirse en el año posterior a la primera. La prevención secundaria de fractura por fragilidad ósea mediante tratamiento farmacológico para la osteoporosis ha demostrado:

- Ser altamente coste-efectiva al reducir el riesgo de nuevas fracturas
- Reducir la mortalidad en estos pacientes
- Reducir significativamente los costes sociosanitarios directos e indirectos.

#### ÁREAS DE MEJORA

A pesar de los beneficios expuestos, los datos de prevención secundaria revelan que, en ausencia de un manejo protocolizado, sólo alrededor del 20-25% de los pacientes que ya han presentado una fractura reciben un tratamiento apropiado para la osteoporosis, asociando bajas tasas de adherencia, lo que conlleva que una muy baja proporción de la población con alto riesgo de fractura esté realmente protegida.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La actuación de las FLS se fundamenta en un programa estandarizado de atención multidisciplinar (reumatología, enfermería de reumatología) al paciente basado en los siguientes puntos:

- Identificación de pacientes con fractura reciente.
- Identificación del facultativo especialista adecuado, dentro del circuito propio del hospital, para cada paciente según la fase asistencial y momento del proceso de fractura en que se encuentre.
- Evaluación del riesgo de nueva fractura
- Intervención, indicando tratamiento y recomendaciones dietéticas, de estilos de vida saludables, y de prevención de caídas
- Seguimiento de los pacientes para asegurar una correcta adherencia
- Recogida de datos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Ante esta situación, en los últimos años se ha ido implementando un modelo asistencial en Unidades de Coordinación de Fractura o Fracture Liaison Services (FLS), con el objetivo de realizar una correcta prevención secundaria de nuevas fracturas.

El objetivo es la prevención secundaria de fracturas por fragilidad mediante:

- Disminución el porcentaje de pacientes que sufren una nueva fractura y la mortalidad asociada.
- Reducción costes directos e indirectos a la fractura (servicio coste-eficiente).

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Con la creación FLS, se unificara la forma de actuar con los pacientes que han tenido fracturas y así

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#631

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UNA UNIDAD FLS (FRACTURE LIAISON SERVICE) EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGIA DEL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

disminuir el porcentaje de pacientes que sufran una nueva fractura, la mortalidad y los costes.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Maria Emilia Aznar Villacampa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. En la consulta FLS, pacientes que precisan tratamiento respecto al total de pacientes citados.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes que tras la consulta se les prescribe tratamiento osteoformador o antirresortivo

Denominador .....: Total de pacientes que son citados en consulta de FLS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. En FLS, consultas realizadas por enfermería respecto al total de consultas realizadas durante un año

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Consultas de FSL realizadas por parte de enfermería durante un año

Denominador .....: Total de consultas de la consulta de FLS que se van a realizar a lo largo de un año (tanto por parte de enfermería como por el medico)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#534

### 1. TÍTULO

#### PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABIS MEDIANTE CROMATOGRAFÍA DE GASES/ESPECTROMETRÍA DE MASAS

Fecha de entrada: 09/07/2022

Nº de registro: 2022#534 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FOUNAUD PLACER BELEN

Título  
PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABIS MEDIANTE CROMATOGRAFÍA DE GASES/ESPECTROMETRÍA DE MASAS

Colaboradores/as:  
FERRER DUFOL ANA MARIA ALICIA  
MENA GUILLEN SEBASTIAN

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: TOXICOLOGÍA CLÍNICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La determinación de cannabis (THC) mediante técnicas inmunoenzimáticas es una técnica muy habitual en el laboratorio de Toxicología. Anualmente realizamos más de 18000 determinaciones de dicho parámetro. Es una técnica muy específica, pero como todas las técnicas pueden tener falsos positivos debidos a sustancias que interfieren con el anticuerpo y dan resultados positivos cuando en realidad son negativos. Son pocas, y bien conocidas, las sustancias que producen falsos positivo, pero en situaciones legales es importante tener la confirmación por técnicas de referencia. En nuestro laboratorio disponemos de un cromatógrafo de gases con detector pos espectrometría de masas (CG/MS) con el que realizamos la confirmación de otras drogas de abuso y la detección de fármacos para los que no disponemos de técnicas inmunoenzimáticas.

Para la confirmación de THC, a parte de este equipo es necesario disponer de un dispositivo formado por un bloque magnético termostatzado y una entrada de nitrógeno, cosa que tenemos desde hace unos años; y un equipo de extracción en vacío para columnas cromatográficas "Oasis" que se ha cedido al hospital hace unos meses. De esta manera, ya se puede realizar la confirmación por CG/MS en nuestro laboratorio.

#### ÁREAS DE MEJORA

Confirmación de muestras positivas a cannabis mediante la técnica de referencia.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Es necesario ajustar el procedimiento de extracción del cannabis y posteriormente ajustar el método de detección por cromatografía de gases con detector de masas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Confirmar los resultados positivos a cannabis en muestras con fines legales.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Dicha acción de mejora afecta a la determinación de THC, mejorando la calidad de dicho análisis al confirmarse mediante su técnica de referencia en los casos precisos.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Belén Founaud Placer

2. Puesta a punto del procedimiento de extracción y posterior detección.

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Belén Founaud Placer

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de análisis de THC confirmados mediante CG/MS.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de análisis de THC confirmados por CG/MS

Denominador .....: Determinaciones totales de THC

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Bases de datos de los programas empleados en la Unidad de Toxicología.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#534

### 1. TÍTULO

#### PUESTA A PUNTO DE LA TECNICA DE CONFIRMACION DE CANNABIS MEDIANTE CROMATOGRAFÍA DE GASES/ESPECTROMETRÍA DE MASAS

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

#### 2. Falsos positivos de THC

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de muestras de THC con resultados falsos positivos

Denominador .....: Determinaciones positivas de THC

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Bases de datos de los programas empleados en la Unidad de Toxicología

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Consumo de sustancias tóxicas

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#262

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DEL USO DE HEMODERIVADOS EN LA CIRUGÍA PROTESICA PROGRAMADA DEL APARATO LOCOMOTOR

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#262 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinador:

GARCIA ALVAREZ GARCIA FELICITO ENRIQUE

Título

EVALUACION DEL USO DE HEMODERIVADOS EN LA CIRUGÍA PROTESICA PROGRAMADA DEL APARATO LOCOMOTOR

Colaboradores/as:

ALBAREDA ALBAREDA JORGE CRUZ  
ANGULO CASTAÑO MARIA DEL CARMEN  
BURILLO FUERTES MARIA PILAR  
CHUECA MARCO ALVARO  
EMBARBA GASCON MARIA  
ESTELLA NONAY RUBEN  
SARASA ROCA MARTA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Eficiencia

PERTINENCIA DEL PROYECTO

Evaluar el uso de hemoderivados en la cirugía protésica programada del aparato locomotor. En la programación de la cirugía protésica articular del aparato locomotor se realiza una solicitud sistemática de pruebas cruzadas de concentrados de hematíes en previsión de posibles necesidades de transfusión. La transfusión de hemoderivados supone un riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas, minimizado por los controles del donante y de los hemoderivados, una alteración de la respuesta inmunológica del receptor que predispone a complicaciones infecciosas, y un gasto de recursos materiales, de personal y económicos. Los cambios en las técnicas quirúrgicas, el acondicionamiento previo de los pacientes y el uso del ácido tranexámico en la cirugía han disminuido la necesidad de la transfusión postquirúrgica. Se pretende evaluar el uso actual de los concentrados de hematíes y así ajustar la petición preoperatoria de pruebas cruzadas de hemoderivados a las necesidades actuales, evitando un consumo innecesario de recursos.

ÁREAS DE MEJORA

Evaluar el uso de hemoderivados tras la cirugía protésica articular del aparato locomotor en nuestro servicio para ajustar la solicitud preoperatoria de reserva de los hemoderivados a las necesidades actuales.

ANÁLISIS DE CAUSAS

Los cambios en las técnicas quirúrgicas, el acondicionamiento previo de los pacientes y el uso del ácido tranexámico en la cirugía han disminuido la necesidad de la transfusión postquirúrgica. Esto podría hacer innecesaria la solicitud de reserva de hemoderivados en algunas técnicas quirúrgicas

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivar las necesidades actuales de hemoderivados en la cirugía protésica articular programada de cadera, rodilla y hombro en el servicio de Cirugía Ortopédica y traumatología del Hospital Clínico de Zaragoza.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Estudio prospectivo de las necesidades de transfusión de hemoderivados en la cirugía protésica articular programada de cadera, rodilla y hombro. Análisis por edad, comorbilidades y tipo de cirugía.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Felícito García-Alvarez García

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Actualmente se siguen las guías de transfusión reflejadas en el Documento de Sevilla de Consenso sobre Alternativas a la transfusión de sangre alogénica. (Leal et al. Med Clin 2006; 127 (Extrr. 1): 1-18.) y en García-Alvarez F. "Manejo preoperatorio en cirugía ortopédica y traumatología" (En: Gómez Barrena E. Traumatología y ortopedia, generalidades. Barcelona, Editorial Elsevier-SECOT; 2019: 378-389. ISBN: 978-84-9113-157-1).

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de transfusiones de concentrados de hematíes por paciente

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de transfusiones empleadas de concentrados de hematíes

Denominador .....: por paciente

x(1-100-1000) ...: 1

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#262

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DEL USO DE HEMODERIVADOS EN LA CIRUGÍA PROTESICA PROGRAMADA DEL APARATO LOCOMOTOR

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Número de transfusiones de concentrados de hematies por tipo de cirugía

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de transfusiones empleadas de concentrados de hematies

Denominador .....: tipo de cirugía

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. solicitudes innecesarias de reserva de concentrados de hematies

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de pacientes NO transfundidos con concentrados de hematies

Denominador .....: solicitudes de reserva preoperatoria de concentrados de hematies

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica electrónica

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

El estudio es observacional para valorar el uso con los protocolos terapéuticos actuales del servicio y en función de los resultados, modificar la reserva de hemoderivados.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#581

### 1. TÍTULO

#### VÍA RAPIDA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#581 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ZAMORA RODRIGUEZ JOSE MARIA

Título  
VÍA RAPIDA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Colaboradores/as:  
ANGULO CASTAÑO MARIA DEL CARMEN  
BLANCO RUBIO NIEVES  
CASTAN BELLIDO LIDIA  
GARCIA GUTIERREZ CESAR  
GARCIA ALVAREZ GARCIA FELICITO ENRIQUE  
SARASA ROCA MARTA  
VELAZQUEZ ACON CARLOS

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los procesos degenerativos de la rodilla (artrosis primaria o postraumática, enfermedades inflamatorias, necrosis...) que llevan al implante de una artroplastia total de rodilla suponen el diagnóstico quirúrgico más numeroso de la lista de espera de nuestro servicio en la actualidad.

No hace muchos años los ingresos postoperatorios tras esta cirugía se situaban en torno a 6-7 días, con lo que esto suponía en gasto sanitario y ocupación de recursos del sistema. En los últimos años se ha ido reduciendo paulatinamente el ingreso postoperatorio en estos pacientes, pero creemos que existe todavía margen de mejora.

#### ÁREAS DE MEJORA

Estancia hospitalaria postoperatoria de los pacientes sometidos a implante de ATR.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Los dos factores que condicionan fundamentalmente el ingreso son el control de la anemia postoperatoria y el control del dolor postquirúrgico, porque son los que condicionan fundamentalmente el inicio de la cinesiterapia y deambulación del paciente. Es por ello que ahí deben encaminarse las medidas que queremos implantar para conseguir altas más rápidas tras esta cirugía.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo es conseguir que el 75% de las artroplastias totales de rodilla primarias puedan ser dadas de alta en las primeras 72 h. tras la cirugía, con buen control de la anemia postoperatoria y control del dolor postquirúrgico. Se excluirán los pacientes que tras la cirugía sufran alguna complicación médica o social que obligue a prolongar el ingreso para su tratamiento o resolución.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Control del dolor postoperatorio mediante infiltraciones de la cápsula posterior al final del acto quirúrgico, bloqueos nerviosos, así como el tratamiento farmacológico postoperatorio que proceda.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: MARTA SARASA ROCA

2. Control del sangrado postoperatorio mediante infiltración de ácido tranexámico intraarticular al finalizar cirugía.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: MARTA SARASA ROCA

3. Retirada del drenaje articular en las primeras 24 horas postoperatorias.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: MARTA SARASA ROCA

4. Inicio de la cinesiterapia y la marcha con bastones a las 24 horas de la cirugía.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: MARTA SARASA ROCA

5. Registro de complicaciones médicas que prolongan el ingreso más allá de 72 h.

Fecha inicio: 01/01/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#581

### 1. TÍTULO

#### VÍA RAPIDA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: CARMEN ANGULO CASTAÑO

6. Información y puesta en común del proyecto con todos los componentes del servicio que implantan ATR, así como con un responsable del Servicio de Anestesia para el manejo peroperatorio de las mismas.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: CARMEN ANGULO CASTAÑO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Periodo de ingreso postoperatorio en pacientes a los que se implanta una ATR primaria.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes dados de alta en las primeras 72 h tras implante de ATR primaria

Denominador .....: Número de pacientes total a los que se implanta una ATR primaria.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de altas del Servicio de COT.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#624

### 1. TÍTULO

#### TECNICA WALANT EN CIRUGÍA DE MIEMBRO SUPERIOR

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#624 \*\* Sustitución por CMA u otras \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
SANCHEZ GIMENO MARIANO

Título  
TECNICA WALANT EN CIRUGÍA DE MIEMBRO SUPERIOR

Colaboradores/as:  
ALVAREZ SOLER BORJA  
BALLESTEROS BETANCOURT JOSE ROBERTO  
ESTELLA NONAY RUBEN  
LATORRE SAHUN ALBERTO JULIAN  
PLAZA CARDENETE MARTA  
REDONDO TRASOBARES BEATRIZ

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Sustitución por CMA u otras

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Hoy en día se realizan múltiples procesos quirúrgicos en la mano de forma ambulatoria. El término WALANT se refiere a las siglas de "wide awake local anesthesia with no tourniquet". Las principales ventajas de esta técnica anestésica incluyen la creación de un campo exangüe sin necesidad de utilizar un torniquete, lo que a su vez evita muchas veces la necesidad de sedación. Infinidad de estudios clínicos defienden el empleo de adrenalina de forma segura en la cirugía de la mano, sin complicaciones. Hoy en día se realizan múltiples procesos quirúrgicos en la mano de forma ambulatoria. El término WALANT se refiere a las siglas de "wide awake local anesthesia with no tourniquet". Las principales ventajas de esta técnica anestésica incluyen la creación de un campo exangüe sin necesidad de utilizar un torniquete, lo que a su vez evita muchas veces la necesidad de sedación. Por otra parte, el uso de esta anestesia local permite la movilidad activa intraoperatoria, particularmente interesante en intervenciones relacionadas con los tendones de la mano. Por último, la técnica WALANT implica un ahorro económico ya que se prescinde de las pruebas preoperatorias y, al no precisar sedación, el paciente puede ser dado de alta hospitalaria inmediatamente tras la cirugía. Infinidad de estudios clínicos defienden el empleo de adrenalina de forma segura en la cirugía de la mano, sin que aparezcan complicaciones derivadas de la vasoconstricción. Podríamos realizar intervenciones de extremidad superior como STC, Dupuytren, gangliones, liberaciones tendinosas ....sin necesidad de anestesiista con lo que generaríamos un importante ahorro económico al disminuir el número de pruebas preparatorias, consultas de anestesia y disminución de utilización de camas de hospitalización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Realizar cirugías de extremidad superior sin necesidad de preoperatorio ni consulta preanestesia

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Permite un ahorro en los costes al prescindir de preparatorio y de consulta de anestesia, disminuyendo asimismo las listas de espera

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal de este estudio es disminuir el dolor del paciente durante la técnica anestésica, durante la cirugía y evitar las complicaciones relacionadas con el manguito de isquemia.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Medicion del dolor mediante escala EVA

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/10/2023

Responsable.: Dr Mariano Sanchez Gimeno

2. Tiempo de cirugía necesidad de manguito de isquemia , necesidad de sedación y complicaciones en las diversas patologías

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/10/2023

Responsable.: Dr Mariano Sanchez Gimeno

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#624

### 1. TÍTULO

#### TECNICA WALANT EN CIRUGÍA DE MIEMBRO SUPERIOR

1. Numero de cirugías de STC realizadas con Walant

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: numero de pacientes con STC operados con WALANT

Denominador .....: número total de pacientes operados de STC

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Pacientes HCU

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

2. Número de cirugías de Dupuytren operados con WALANT

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de cirugías de Dupuytren operados con WALANT

Denominador .....: Número total de pacientes operados de Dupuytren

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Pacientes HCU

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#625

### 1. TÍTULO

#### VIA RAPIDA PARA ARTROPLASTIA PRIMARIA DE CADERA

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#625 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GOMEZ VALLEJO JESUS

Título  
VIA RAPIDA PARA ARTROPLASTIA PRIMARIA DE CADERA

Colaboradores/as:  
CALVO TAPIES JORGE RAFAEL  
CHUECA MARCO ALVARO  
EMBARBA GASCON MARIA  
LASIERRA SANROMAN JOSE M.  
TORRES CAMPOS ANTONIO

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Artroplastia de Cadera es una técnica que ha adquirido una gran importancia en nuestra especialidad y que continuará en aumento debido a la mayor esperanza de vida de la población, con mayor nivel de actividad física cada vez a edades más avanzadas y que por lo tanto los fenómenos degenerativos articulares adquieren más prevalencia. En esta circunstancia una artroplastia de cadera aporta una notable mejoría en la calidad de vida del paciente.

La estancia postquirúrgica de un paciente al que se le ha realizado una artroplastia de cadera hace unos pocos años estaba en torno a la semana. La tendencia ha sido a su reducción progresiva, de forma que en la actualidad está en torno a los 4-5 días de estancia en el hospital. Creemos que tenemos aún margen de mejora y para ello queremos desarrollar este proyecto de mejora de calidad poniendo en marcha un vía-guía clínica para este procedimiento.

#### ÁREAS DE MEJORA

El objetivo es conseguir que el 75 % de las artroplastias primarias totales de cadera puedan ser dadas de alta en las primeras 72 horas tras la cirugía, con buen control de la anemia postoperatoria y control del dolor postquirúrgico. Se excluirán los pacientes que tras la cirugía sufran alguna complicación médica o social que obligue a prolongar el ingreso para su tratamiento o resolución.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La demora en la realización de los estudios complementarios postoperatorios y el concepto anticuado que puede poseer el médico y paciente de "curación completa" antes del alta, ha causado que se puedan demorar hasta 5 días en estos tipos de paciente, con el aumento de la morbilidad e incremento innecesario del gasto hospitalario que ello conlleva. Tras un periodo de observación postquirúrgica, un paciente confortable, autónomo, con el dolor controlado y sus constantes estables, donde mejor puede estar es en su domicilio, y eso se puede conseguir en 72 horas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Se pretende que los pacientes programados intervenidos mediante artroplastia total de cadera (se utilizarán criterios de inclusión y exclusión), puedan ser dados de alta antes de 72 horas antes de la cirugía.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Informar al paciente y la familia de la idoneidad del alta en 72 horas cuando es introducido en lista de espera.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 09/10/2023

Responsable.: Todos

2. Realización de estudios complementarios postoperatorios en las primeras 48 h postquirúrgicas.

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 09/10/2023

Responsable.: Todos

3. Preparar el mismo día de la familia el alta próxima en 72 horas, incluyendo la información al paciente y familia

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 09/10/2023

Responsable.: Todos

4. Realizar el alta del paciente el día propuesto, festivos incluidos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#625

### 1. TÍTULO

#### VIA RAPIDA PARA ARTROPLASTIA PRIMARIA DE CADERA

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 09/10/2023

Responsable.: Todos

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

##### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Cumplir criterios de indicación para PTC
- PTC primaria
- Diagnóstico de Coxartrosis ó Necrosis
- Sin patología previa ó con patología secundaria asociada que no contraindique la cirugía
- Con evaluación anestésica de apto

##### INGRESO PARA LA CIRUGÍA

- Ingreso en Hospital 12 horas antes de la cirugía
- Revisión de la Historia Clínica
- Consentimientos informados firmados
- Pauta de Profilaxis con Heparina de Bajo Peso Molecular 12 horas antes de la cirugía
- Ducha del paciente dos horas antes de la cirugía con Jabón de Clorhexidina
- Pauta de Quimioprofilaxis Antibiótica según protocolo

##### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Diagnóstico primario de artritis reumatoide
- Pacientes inmunocomprometidos
- Enfermedad concomitante activa que precise tratamiento coadyuvante
- Alteraciones morfológicas del aparato locomotor
- Necesidad de injerto óseo o suplementos de soporte acetabular

##### CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA EN LAS PRIMERAS 72 HORAS

- Estado general adecuado: no necesidad de transfusión, sin fiebre en las últimas 24 h, con compensación de patologías crónicas y ausencia de cuadros agudos.
- Dolor controlado con analgesia oral.
- Buen estado de la herida, sin signos de infección o necrosis cutánea.
- Estudio radiológico de cadera sin complicaciones
- No signos de TVP, no complicaciones generales.
- Pauta de HBPM durante un mes
- Entorno familiar adecuado, con ayuda familiar y adecuadas condiciones de derivación a domicilio.

##### CONTROL POSTOPERATORIO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

- Dos-tres semanas: revisión de herida y retirada de puntos.
- Revisiones posteriores a los 3, 6 y 12 meses para controles clínicos y radiológicos aplicando las escalas de MERLE-DAUBIGNÉ y HARRIS

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Numero de altas dadas en 72 horas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Artroplastias dadas de alta en 72 horas

Denominador .....: Artroplastias realizadas durante ese periodo que cumplen criterios de inclusión

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica del paciente

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Reingresos en el primer mes por patología derivada de la artroplastia

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de re-ingresos el primer mes

Denominador .....: Artroplastias dadas de alta en 72 horas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historial de ingresos

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 3.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#625

### 1. TÍTULO

#### VIA RAPIDA PARA ARTROPLASTIA PRIMARIA DE CADERA

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#590

### 1. TÍTULO

#### LA HISTORÍA CLÍNICA ELECTRONICA, HERRAMIENTA PARA LA IMPLANTACION DE LA MEJOR EVIDENCIA EN CUIDADOS

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#590 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HERNANDEZ GUTIERREZ M. LUISA

Título  
LA HISTORÍA CLÍNICA ELECTRONICA, HERRAMIENTA PARA LA IMPLANTACION DE LA MEJOR EVIDENCIA EN CUIDADOS

Colaboradores/as:  
ALTARRIBAS BOLSA ELENA  
CHARLO BERNARDOS MARTA  
IZQUIERDO JUDEZ MIGUEL JESUS  
LAITA ZARCA MARIA CARMEN  
MONTERO MARCO JESICA  
RICOL MARTIN MIGUEL  
SAEZ DE GUINOVA SENTRE MYRIAM

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CALIDAD

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La importancia y utilidad del proyecto sería:

- Alcanzar la excelencia en cuidados implantando, evaluando y manteniendo prácticas basadas en la evidencia, en base a recomendaciones de Guías de Buenas Prácticas (GBP).
- Disminuir la variabilidad en la prestación de cuidados y la brecha entre la investigación y la práctica asistencial.
- Potenciar el mantenimiento de la metodología de implantación de recomendaciones basadas en GBP, con el fin de conseguir una mejora continua de los cuidados y la toma de decisiones.
- Evaluar los indicadores de recomendaciones de GBP para identificar áreas de mejora.
- Formar a los profesionales en la importancia de desarrollar práctica de enfermería basada en la evidencia.
- Difundir los resultados conseguidos con la aplicación de GBP.

Con esta iniciativa, se busca conseguir un impacto a tres niveles:

1. Institución: Estandarización de los cuidados de calidad, teniendo siempre presente el objetivo final de alcanzar la excelencia por el camino de la ciencia.
2. Profesionales: potenciar el cuidado en base a recomendaciones de GBP permite estar actualizado y crecer profesionalmente.
3. Social: Disminuir la variabilidad, supondrá seguridad en los usuarios y la posible disminución de aparición de efectos secundarios, complicaciones, ingresos y por tanto calidad de vida.

Como contribución a la mejora de la situación de partida sería:

#### 1.Guía Comportamiento suicida:

La reciente pandemia por COVID-19 ha generado un profundo impacto en todos los aspectos de la sociedad, sin excluir los de salud mental. Los efectos psicológicos y psiquiátricos y el suicidio pueden convertirse en una preocupación más apremiante a medida que se propaga la pandemia y aparecen sus efectos a largo plazo en la población general, en la economía y en los grupos vulnerables.  
El Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón cuenta con una Estrategia de prevención de suicidio en Aragón.

#### 2.Guía Ostomías:

En la consulta de Enfermera de Práctica Avanzada en Estomaterapia se realizan actividades de: consulta pre-quirúrgica, marcado pre-operatorio del sitio del estoma, educación y asesoramiento pre y postoperatorio, consulta continuada de seguimiento y manejo de la estoma, apoyo emocional, prevención de complicaciones y tratamiento, atención a la familia e implicación de las personas de su entorno, educación sanitaria individual y grupal, además de seguimiento telemático/telefónico.  
Con la implantación de esta GBP queremos conseguir la excelencia en cuidados, a través del registro sistemático de la evaluación continuada, detectando áreas de mejora en nuestra práctica clínica asistencial.  
El SALUD cuenta para la implantación de esta GBP con Línea Estratégica de Cáncer y Línea Estratégica de abordaje a la cronicidad.

#### 3.Guía Lactancia Materna:

Existe una gran variabilidad en las recomendaciones que los diferentes profesionales transmiten sobre lactancia materna a las madres.  
Actualmente, en el HCULB no existen unos criterios uniformes y, aunque el objetivo común ha sido fomentar la lactancia materna, al no existir unas directrices universales, no se ha conseguido.  
Para la implantación de la GBP Lactancia materna se cuenta en el Gobierno de Aragón con la Línea Estratégica Atención al parto y la Línea Estratégica Salud sexual y reproductiva.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#590

### 1. TÍTULO

#### LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA, HERRAMIENTA PARA LA IMPLANTACION DE LA MEJOR EVIDENCIA EN CUIDADOS

##### ÁREAS DE MEJORA

Unificar los registros de los cuidados aplicados a los pacientes con comportamiento suicida, lactancia materna y cuidados de ostomías para su posterior evaluación a través de la plataforma Carevid dentro del Proyecto Excelencia en Cuidados.

##### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Falta de accesibilidad a los indicadores de los cuidados prestados que se registran en Historia Clínica Electrónica (HCE). Explotación única en Departamento.
2. Inadecuada correspondencia entre los formularios presentes en HCE sobre cuidados en lactancia, comportamiento suicida y ostomías y la solicitud de datos de evaluación para ser un Centro Excelente en Cuidados.

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Registrar los cuidados proporcionados en las áreas de las GBP seleccionadas de la manera más eficiente posible.
2. Evaluar los resultados de la implantación de las GBP con el menor coste posible.
3. Automatizar al máximo posible la explotación de datos de los registros enfermeros.
4. Unificar los criterios de evaluación de las GBP
5. Detectar áreas de mejora en el registro de los cuidados.
6. Implantar las mejoras correspondientes en los registros.
7. Asegurar que los cuidados proporcionados al paciente se registran en HCE para favorecer su continuidad.

##### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. • Crear grupo de profesionales encargados de realizar la evaluación de la implantación de cada una de las GBP en el sector III.  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Mamen Laita Zarca/ María Hernández Gutiérrez

2. • Elaborar procedimientos para unificar los criterios de evaluación en cada guía.  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Elena Altarribas Bolsa/Myriam Saez de Guinoa Sentre

3. • Realizar reuniones de los evaluadores para la detección de necesidades en los registros y planificación de acciones de mejora.  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Miguel Jesús Izquierdo Júdez/ Miguel Ricol Martin/ Mamen Laita Zarca/ María Hernández Gutiérrez/

4. • Formar y comunicar a los profesionales de las unidades cómo y dónde registrar los cuidados proporcionados relacionados con las GBP de Lactancia, Prevención del comportamiento suicida y Cuidado de la  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Marta Charlo Bernardos/ Jesica Montero Marco

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

##### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Profesionales formados en el registro de los cuidados de la guía de lactancia materna  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de profesionales formados en el registro de los cuidados de la guía lactancia materna  
Denominador .....: Número de profesionales en la unidad de obstetricia  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Unidad de formación continuada  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Profesionales formados en el registro de los cuidados de la guía de ostomías  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de profesionales formados en el registro de los cuidados de la guía de ostomías  
Denominador .....: Número de profesionales en la unidad de estomaterapia  
x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#590

### 1. TÍTULO

#### LA HISTORÍA CLÍNICA ELECTRONICA, HERRAMIENTA PARA LA IMPLANTACION DE LA MEJOR EVIDENCIA EN CUIDADOS

Fuentes de datos.: Unidad de formación continuada

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Profesionales formados en el registro de los cuidados de la guía de comportamiento suicida

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de profesionales de las unidades formados en el registro de la guía de comportamiento suicida

Denominador .....: Número de profesionales en las unidades con implantación de las Guía de comportamiento suicida

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Unidad de formación continuada

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Procedimientos de evaluación elaborados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de procedimientos de evaluación elaborados

Denominador .....: N° de GBP a evaluar

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Tabla excel. Unidad de calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 33.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 66.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 66.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Pacientes con cuidados registrados en HCE referentes a GBP de lactancia materna

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con cuidados registrados en HCE referentes a GBP de lactancia materna

Denominador .....: Número total de pacientes incluidos en el programa de BPC de lactancia materna

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. Pacientes con cuidados registrados en HCE referentes a GBP de ostomías

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con cuidados registrados en HCE referentes a GBP de ostomías

Denominador .....: Número total de pacientes incluidos en el programa de BPC de ostomías

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. Pacientes con cuidados registrados en HCE referentes a GBP de pacientes en riesgo de compo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes con cuidados registrados en HCE referentes a GBP de pacientes en riesgo de comportamiento suicida

Denominador .....: Número total de pacientes incluidos en el programa de GBP de pacientes en riesgo de comportamiento suicida

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#590

### 1. TÍTULO

#### LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA, HERRAMIENTA PARA LA IMPLANTACION DE LA MEJOR EVIDENCIA EN CUIDADOS

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#407

### 1. TÍTULO

#### SABER NO HACER

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#407 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
OBON AZUARA MARIA BLANCA

Título  
SABER NO HACER

Colaboradores/as:  
JIMENEZ BARTOLOME BELEN  
LOPEZ NUÑEZ CARLOS  
MILLAN TARATIEL PAULA  
PASCUAL BIELSA ANA  
SANCHEZ MONTORI LAURA  
VELILLA SORIANO MARIA CARMEN  
VILLANUEVA ANADON BEATRIZ

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las Recomendaciones de «No Hacer», basadas en la evidencia científica, son todas aquellas que no han demostrado eficacia, tienen escasa o dudosa efectividad, o no son coste-efectivas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Bajo la premisa de evitar la iatrogenia, disminuir la variabilidad de la práctica clínica y contribuir a la difusión de la Calidad entre los/las profesionales sanitarios/as, se pone implementa este Proyecto de gran importancia porque supone, además de lo mencionado, la participación de la totalidad del Servicio de Medicina Intensiva.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Existe variabilidad de la práctica clínica  
Existe escasa/nula cultura de Seguridad  
Existe nulo interés por la Calidad Asistencial

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La totalidad del Servicio de Medicina Intensiva se ha adherido a las "RECOMENDACIONES DE NO HACER" desarrolladas por la SEMICYUC y avaladas por el Ministerio de Sanidad (1,2) como propuesta de Mejora de la Calidad y apuesta por ello para su inclusión el AGC.  
Para ello se han creado distintos grupos de trabajo (GT) que han seleccionado un amplio abanico de propuestas de "no hacer":

1. No utilizar drogas v-activas para normalizar parámetros hemodinámicos aislados sin tener en cuenta la situación clínica y signos de bajo gasto e hipoperfusión tisular.
2. No administrar soluciones hipotónicas en el paciente neurocrítico.
3. No considerar la opción de la donación en asistolia controlada, si previamente no se ha tomado la decisión de limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV).
4. No mantener saturaciones arteriales de oxígeno mayores de 95% en el paciente crítico ni PO2 superiores a 100 mmHg, excepto en situaciones clínicas especiales.
5. No practicar limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) sin una valoración completa de la situación clínica, pronóstico y valores del paciente.
6. No usar antibióticos de amplio espectro o de uso restringido cuando es posible desescalar.
7. No utilizar los datos obtenidos a partir de los sistemas de información clínica para su uso secundario (investigación o gestión clínica) sin asegurar su calidad.
8. No adquirir tecnología sanitaria sin haber consultado informes independientes que evalúen su efectividad, seguridad y coste/beneficio.

Estas propuestas competen tanto a la práctica clínica de los pacientes críticos, como a la seguridad del paciente, como a la autonomía del paciente en situaciones difíciles (LTSV, donación...) muy frecuentes en nuestro ámbito de actuación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#407

### 1. TÍTULO

#### SABER NO HACER

##### 1. Creación GT

(admisión de todos componentes)

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/08/2022

Responsable.: Obón, Villanueva, Velilla,Jimenez, Sanchez, Pascual, Lopez

##### 2. Elaboración documento

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/11/2022

Responsable.: Obón, Villanueva, Velilla,Jimenez, Sanchez, Pascual, Lopez

##### 3. Elaboración infografía

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 01/01/2023

Responsable.: Blanca Obón Azuara

##### 4. Sesiones del Servicio

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Obón, Villanueva, Velilla,Jimenez, Sanchez, Pascual, Lopez

##### 5. Sesiones intragrupo de trabajo

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Obón, Villanueva, Velilla,Jimenez, Sanchez, Pascual, Lopez

##### 6. Medición resultados

Fecha inicio: 01/07/2023

Fecha final.: 01/07/2023

Responsable.: Obón, Villanueva, Velilla,Jimenez, Sanchez, Pascual, Lopez

##### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Creación de los GT

Creación de un documento de recomendaciones de no hacer, explicando la utilidad de las medidas a tomar.

Difusión del documento a todo el Servicio de Medicina Intensiva con la inclusión de todos los estamentos.

Elaboración de infografías donde se resuman todas las medidas a implementar. Estas infografías se localizarán en cada una de las secciones en las que los/las profesionales sanitarios/as realizan su labor asistencial (total 4 secciones).

Impartir sesiones clínicas:

cada GT impartirá al menos 2 sesiones clínicas en las que explicarán

- la importancia de la medida a tomar
- las acciones implementadas para ello a las que deberá adherirse todo el staff del Servicio de Medicina Intensiva.

La evaluación se realizará mediante la cumplimentación de los indicadores, que monitorizan principalmente la difusión de los mismos.

Para reforzar estas acciones se monitorizará que las infografías se coloquen en lugares visibles dentro de cada una de las unidades.

Cada GT (integrado por facultativos/as y por personal de Enfermería (DUE, TCAE)) desarrollará distintas acciones que comporten la adherencia a las mismas que se discutirán en cada una de las sesiones diarias que habitualmente tienen lugar en el Servicio al inicio de la mañana

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Difundir el contenido del documento elaborado en diversas sesiones del Servicio (I)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de sesiones impartidas

Denominador .....: número total de sesiones del Servicio u hospital. > 60%

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de asistencia a sesiones del Servicio

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

##### 2. Difundir el contenido del documento elaborado en diversas sesiones del Servicio (II)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de asistentes a las sesiones

Denominador .....: número total de facultativos del servicio. > 90%

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#407

### 1. TÍTULO

#### SABER NO HACER

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de asistencia a sesiones del Servicio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Realizar diversas sesiones prácticas (I)

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de sesiones impartidas  
Denominador .....: número total de sesiones del Servicio. > 60%  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de asistencia a sesiones del Servicio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 4. Realizar diversas sesiones prácticas (II)

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de asistentes a las sesiones  
Denominador .....: número total de personas del servicio. > 90%  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de asistencia a sesiones del Servicio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

\* las sesiones además se remitirán al correo institucional, con comprobación posterior de la conexión (mediante respuesta a un breve cuestionario que aborde los contenidos de la sesión). Las sesiones se encontrarán abiertas también para Enfermería.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> TODA LA PATOLOGIA A LA Q SE PRESTA ATENCIÓN SANITARIA EN UCI

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#635

### 1. TÍTULO

#### VALIDEZ DEL TRIPLE HISOPO, Y FILMARRAY DEL BAS PARA LA DESESCALADA ANTIBIOTICA EN GRAM (+)

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#635 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
JIMENEZ BARTOLOME BELEN

Título  
VALIDEZ DEL TRIPLE HISOPO, Y FILMARRAY DEL BAS PARA LA DESESCALADA ANTIBIOTICA EN GRAM (+)

Colaboradores/as:  
LOPEZ NUÑEZ CARLOS  
LUQUE GOMEZ MARIA PILAR  
MARIN CASAJUS OLGA  
PASCUAL BIELSA ANA  
RIDRUEJO SAEZ MARIA RAQUEL  
SANCHEZ POLO CARLOS MIGUEL

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

##### 3.2.- Oportunidades de Mejora para 2022

Intentar la "desescalada terapéutica" del tratamiento con linezolid o vancomicina, en los casos de pacientes con infección respiratoria y riesgo de gérmenes multirresistentes, cuya RZ, hisopo nasal o filmArray de broncoaspirado sea negativo.

#### ÁREAS DE MEJORA

##### 3.2.- Oportunidades de Mejora para 2022

Disminuir el consumo de antibiótico de amplio espectro no necesario

#### ANALISIS DE CAUSAS

Saber a cuantos pacientes se desescala antibiótico de amplio espectro para GRAM positivo en base a test microbiológicos con alto poder predictivo negativo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Cuantos tratamientos empíricos con Vancomicina y Linezolid se prescriben en pacientes con sospecha de infección respiratoria y factores de riesgo de multirresistencia  
Saber si se realizan los test indicados ( hisopo nasal, RZ o film array en paciente intubado) a esta población  
En que porcentaje de pacientes se realiza desescalada antibiótica de Vancomicina y Linezolid con el resultado de los tests y si se realiza de forma precoz.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Se realizará sesión informativa en cada unidad del proyecto de mejora  
Reeditar cartel informativo con las características del paciente con riesgo de multirresistencia  
Fecha inicio: 22/09/2022  
Fecha final.: 17/10/2022  
Responsable.: Carmen Velilla Soriano

2. Se promoverá la participación del resto de los integrantes de las unidades, dejando constar el ingreso del paciente con diagnóstico de infección respiratoria  
Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: todos los integrantes médicos, adjuntos y residentes de las unidades

3. Realizar hisopo nasal o triple frotis y/o filmarray a paciente ingresado en UCI infección respiratoria, riesgo de multirresistencia.  
Se dejara constancia del resultado de los mismos,  
Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Personal de enfermería

4. Valorar tiempo de retirada del antibiótico de amplio espectro cuando el resultado del frotis y filmArray sea negativo.  
Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 30/04/2023  
Responsable.: Equipo de mejora

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#635

### 1. TÍTULO

#### VALIDEZ DEL TRIPLE HISOPO, Y FILMARRAY DEL BAS PARA LA DESESCALADA ANTIBIOTICA EN GRAM (+)

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. pacientes con antibiótico empírico por riesgo de SAMR  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nº pacientes con linezolid o Vanco empírico por infección respiratoria y riesgo de SAMR  
Denominador .....: total de pacientes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: historia clínica, farmacia hospitalaria  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. pacientes con atb empírico por riesgo de SAMR que se le hace test  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nº pacientes con hisopo nasal, RZ o film array por sospecha de infección respiratoria/  
Denominador .....: Nº de pacientes en tratamiento empírico con Vancomicina o Linezolid  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: historial clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Pacientes que se desescala antibiótico según resultado  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº de pacientes a los que se desescala antibiótico (Vancomicina o Linezolid) según el resultado del test negativo  
Denominador .....: Nº de pacientes en tratamiento con vancomicina o linezolid empírico por infección respiratoria  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: historia clínica y microbiología  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#641

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA EN LA DIGITALIZACION DE LOS PROCESOS DE FORMACION

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#641 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CHARLO BERNARDOS MARTA

Título  
PLAN DE MEJORA EN LA DIGITALIZACION DE LOS PROCESOS DE FORMACION

Colaboradores/as:  
ALTARRIBAS BOLSA ELENA  
BERNAL MARIN YOLANDA  
CABRERIZO PEREZ DAVID  
HERRERO CORTINA BEATRIZ  
IZQUIERDO JUDEZ MIGUEL JESUS  
MONTERO MARCO JESICA  
SANZ GIL MARIA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE FORMACION

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dentro de los procesos y subprocesos de la formación (detección de necesidades y acciones formativas, planificación, programación, difusión, ejecución y evaluación) se ha visto la necesidad de digitalizar muchas de las acciones llevadas a cabo con anterioridad de forma convencional. Los cambios constantes en las nuevas tecnologías promueven el aceleramiento en el proceso de digitalización de la formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios con la finalidad de ir alineados con los nuevos cambios en el sistema de la formación continuada. Las digitalizaciones de los procesos de gestión de la formación mejoran la calidad de los servicios ofertados por la Unidad de Formación siendo un plan de mejora de bajo coste sin necesidad de alquiler de plataforma y sin servicios de asistencia técnica, (sin adquisición de softwares (Rise, Camtasia etc). Se considera por ello prioritario, mejorar el plan de difusión formativo mediante sistemas autogestionados por la propia unidad tal y como el uso de mailings directos a través del boletín digital, carteles con acceso directo mediante QR, creación de una nueva galería de vídeos formativos del plan de sesiones de enfermería anual, elaboración de un buzón de sugerencias para diversas consultas y evaluar posteriormente la satisfacción de los profesionales sanitarios y no sanitarios del sector III con dichos cambios.

Mejora de la situación detectada: Automatización/industrialización de los procesos reduciendo la cantidad de recursos humanos necesarios para dar respuesta a la diversidad de metodologías e incremento de las acciones formativas dentro del plan de formación con fondos AFEDAP, con recursos propios y los derivados de la organización y dirección del centro con la finalidad de invertir en evaluación de los resultados y posibles propuestas de mejora.

Mejora de la difusión de la intranet de formación mediante boletín digital para ampliar la recepción de las necesidades y acciones formativas de los profesionales sanitarios y no sanitarios, así como acciones complementarias de difusión con sistemas de bajo coste y autogestionados. Aumentar la satisfacción de los profesionales mejorando la difusión y favoreciendo el acceso y alcance de las acciones formativas ofertadas por la Unidad. Facilitar mediante la web de formación del sector III el acceso de forma sencilla a contenidos online, a las sesiones grabadas en diferido, al acceso a contenidos que son proporcionados por terceros como alternativas de difusión que pueden ser ajenas a las que hace el sector pero que pueden ser de interés para los profesionales sin incorporar recursos humanos ni económicos adicionales.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Mejora en la detección de necesidades, propuestas formativas y de sesiones clínicas mediante formularios online y difusión de los mismos.
- Mejora de la difusión de las acciones formativas del plan de formación del sector III así como aquellas que resulten de interés para los profesionales mediante sistemas de bajo coste y autogestionados, en especial mailing electrónico masivo
- Facilitar el acceso a las sesiones clínicas hospitalarias mediante nueva galería de vídeos de youtube para su visionado en diferido.
- Mejorar la satisfacción de los profesionales respecto a la difusión de las acciones formativas, a su participación en la planificación y a los contenidos autoformativos ofertados

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Falta de conocimiento por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios de la existencia de la página web de formación para trasladar las necesidades y acciones formativas.
- Desconocimiento de las acciones formativas realizadas en el sector III por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios y el procedimiento de acreditación de las mismas.
- Incompatibilidad del acceso a las sesiones clínicas en diferido fuera del entorno y horario laboral
- Falta de difusión efectiva entre todos los profesionales del sector de los nuevos cambios y de otras ofertas en el sistema de formación continuada

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#641

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA EN LA DIGITALIZACION DE LOS PROCESOS DE FORMACION

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Automatización de los procesos de formación
2. Mejorar la participación en la planificación y la difusión de las ofertas formativas entre los profesionales del sector III
3. Facilitar el acceso de forma abierta a contenidos formativos online
4. Mejorar la difusión del acceso al plan de formación continuada anual tanto con fondos AFEDAP como con recursos propios.
5. Aumentar la satisfacción de los profesionales respecto a su participación, conocimiento y alcance de la oferta de formación continuada.

##### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Estudio de alternativas, selección del sistema más viable y efectivo, así como elaboración y ejecución de la prueba piloto del nuevo boletín digital de formación.  
Fecha inicio: 03/01/2022  
Fecha final.: 31/07/2022  
Responsable.: Marta Charlo/Elena Altarribas/Miguel Jesús Izquierdo/David Cabrerizo
2. Creación de una base de datos de emails corporativos del personal del Sector III, categorizada y con sistema de actualización dinámica.  
Fecha inicio: 02/05/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Marta Charlo/Miguel Jesús Izquierdo/Elena Altarribas/David Cabrerizo
3. Diseño y difusión de cartelería con formato atractivo y código QR de acceso para el plan de formación de acogida a los profesionales de nueva incorporación y a alumnos en prácticas.  
Fecha inicio: 04/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Marta Charlo/Elena Altarribas/Isabel Sanz Gil/Yolanda Bernal
4. Actualización permanente de la web de formación del Plan de Formación AFEDAP/SALUD, programa de sesiones clínicas, nuevas convocatorias de cursos y acceso a contenido de proyectos de investigación  
Fecha inicio: 15/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Isabel Sanz Gil/Yolanda Bernal/Jesica Montero/Beatriz Herrero/Marta Charlo
5. Implementación de un nuevo sistema de visualización en diferido del programa anual de sesiones de enfermería desde la web de formación con posibilidad de acceso abierto.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Miguel Jesús Izquierdo/David Cabrerizo/Marta Charlo/Isabel Sanz Gil/Yolanda Bernal
6. Incorporación a la web de formación de noticias, información y recursos relacionados con los proyectos de investigación en los que interviene el sector III.  
Fecha inicio: 22/09/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Beatriz Herrero/Jesica Montero
7. Implementación y análisis de resultados en la web de formación de un sistema avanzado de monitorización mediante Google Analytics 4 para cálculo de indicadores.  
Fecha inicio: 04/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Marta Charlo/Jesica Montero/Beatriz Herrero
8. Elaboración y difusión de un sistema de feedback del conjunto del proyecto a través de un cuestionario de satisfacción de los usuarios y buzón de sugerencias digital.  
Fecha inicio: 18/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Elena Altarribas/Jesica Montero/Beatriz Herrero/Marta Charlo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

##### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Boletines enviados por mes  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° boletines enviados en el período  
Denominador .....: N° meses período  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Registro Unidad de formación Sector III  
Est.Min.1ª Mem ..: 0.30

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#641

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA EN LA DIGITALIZACION DE LOS PROCESOS DE FORMACION

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.50  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.25  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.50

2. % Envío Boletín digital a profesionales del sector  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° destinatarios del envío  
Denominador .....: N° profesionales del sector III  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros correo outlook (mailing)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % Cursos difundidos en la web  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° cursos difundidos en el período  
Denominador .....: N° cursos ofertados en el período  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registros Web Formación Sector III  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

4. % Visitas páginas propuestas y necesidades formativas  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° visitas página de propuestas y necesidades formativas  
Denominador .....: N° profesionales del sector III  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Google Analytics  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

5. % Mejora en propuestas de acciones y necesidades formativas  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° propuestas de acciones y necesidades formativas  
Denominador .....: N° propuestas de acciones y necesidades formativas recibidas en el año anterior  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Datos formulario digital de la web formación  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

6. Visitas a la web por mes (sesiones)  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° visitas en el período  
Denominador .....: N° de meses  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Google Analytics  
Est.Mín.1ª Mem ..: 120.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 170.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 120.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 200.00

7. % Visualizaciones de sesiones de enfermería online  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° visualizaciones en el período  
Denominador .....: N° profesionales de enfermería  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Youtube analytics  
Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 6.00

8. % Consultas o sugerencias recibidas  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° consultas o sugerencias del período  
Denominador .....: N° profesionales del sector III

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#641

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA EN LA DIGITALIZACION DE LOS PROCESOS DE FORMACION

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Datos formulario digital  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS SECTOR III

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#544

### 1. TÍTULO

#### REVISION DE LOS DOCUMENTOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA PAGINA WEB DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Fecha de entrada: 11/07/2022

Nº de registro: 2022#544 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AMORES ARRIAGA M. BEATRIZ

Título  
REVISION DE LOS DOCUMENTOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA PAGINA WEB DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Colaboradores/as:  
BERGUA DIEZ VIOLETA  
BERNUES BERGUA TERESA  
CONTRERAS DELGADO KAREN ARLYN  
GARCIA TOVAR MARIA  
JIMENEZ MELENDEZ MARIA JOSE  
MARTINEZ HERRAEZ MARIA ROSARIO  
SIERRA BERGUA BEATRIZ

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Desde hace unos años se viene realizando una importante labor en homogeneizar la asistencia a determinadas patologías tanto en urgencias como en otros servicios adaptando las mejores evidencias científicas disponibles a los medios y forma de trabajo de nuestro centro.

Ello se ha plasmado en protocolos y procedimientos de actuación para determinadas patologías, así como hojas de información y recomendaciones a pacientes. Su consulta es importante en la práctica habitual y facilita la asistencia a los pacientes.

En este momento existe un listado incompleto y desordenado de los procedimientos de uso habitual en urgencias, pero parte de los documentos se deben buscar en otros servicios, por lo que es complejo su consulta y muchas veces, a pesar de disponer del documento, no se consulta.

El propósito de este proyecto es organizar los documentos de urgencias que existen (en este momento en la página de urgencias hay 25 procedimientos y 9 hojas de recomendaciones), de manera que su consulta sea ágil facilitar la conexión a los procedimientos de otros servicios de uso habitual en urgencias, actualizar los que existen si ha habido cambios en la evidencia y valorar qué procedimientos deberían incluirse en un futuro si hay patologías que así lo recomiendan.

#### ÁREAS DE MEJORA

Utilizar los protocolos más actualizados y adecuados en las patologías urgentes que lo permitan, adaptadas a los medios de nuestro centro

Detectar aquellas áreas en las que no hay establecidos protocolos

Ordenar aquellos protocolos y procedimientos que están disponibles pero no fácilmente accesibles.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Hay protocolos y procedimientos desactualizados.

Hay áreas en las que no hay ningún documento y los circuitos se han ido transmitiendo verbalmente.

Hay protocolos dispersos por las distintas secciones de la página del hospital, y que son útiles en urgencias pero debido a la dificultad de su búsqueda, no se utilizan.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1- Reorganizar el apartado de urgencias de la intranet facilitando el acceso a los documentos de uso habitual

2- valorar la actualización de los que lo precisen

3- Listar los procedimientos que faltan y que deberíamos disponer en urgencias

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión del grupo para distribuir las tareas y definir los criterios.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 11/09/2022

Responsable.: B Amores

2. Listar todos los procedimientos que son interesantes para urgencias y que están distribuidos en los apartados de los distintos Servicios para poder acceder

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 25/09/2022

Responsable.: V Bergua y M García

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#544

### 1. TÍTULO

#### REVISION DE LOS DOCUMENTOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA PAGINA WEB DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

3. Clasificar los procedimientos y protocolos según servicios.

Fecha inicio: 26/09/2022

Fecha final.: 16/10/2022

Responsable.: B Sierra y R Martínez

4. Revisar los protocolos y procedimientos para definir si precisan o no actualización.

Fecha inicio: 10/10/2022

Fecha final.: 14/11/2022

Responsable.: T Bernués y M J Jiménez

5. Contactar con Informática y calidad para proceder a la reorganización de la página web del Servicio

Fecha inicio: 14/11/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: B Amores y K Contreras

6. Definir los nuevos protocolos necesarios para iniciar su redacción

Fecha inicio: 03/04/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: K Contreras y R Martínez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Necesitamos la colaboración del Servicio de Informática y de calidad del Sectora para poder incluir lso cambiso en la página del HCU

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Lista de procedimientos actualizada

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Listado de procedimientos en los que se implique urgencias

Denominador ..... Listado de todos los procedimientos de las distintas áreas del hospital

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Grupo. Tener la lista realizada o no

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 1.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 1.00

2. Número de profesionales de enfermería que conoce la nueva estructura de la página web

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Número de profesionales de enfermería a los que se les ha presentado la página

Denominador ..... Número total de profesionales de enfermería

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Sesiones y correos. Grupo

Est.Mín.1ª Mem .. 45.00

Est.Máx.1ª Mem .. 60.00

Est.Mín.2ª Mem .. 60.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

3. Número de procedimientos que precisan revisión para mejorar la seguridad de los pacientes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... número de procedimientos que se deben actualizar

Denominador ..... Número total de procedimientos actuales: 25

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Grupo

Est.Mín.1ª Mem .. 5.00

Est.Máx.1ª Mem .. 15.00

Est.Mín.2ª Mem .. 15.00

Est.Máx.2ª Mem .. 25.00

4. Definir procedimientos que son necesarios en urgencias

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Número de procedimientos redactados

Denominador ..... Número total de procedimientos considerados necesarios y de nueva creación

x(1-100-1000) ... 1

Fuentes de datos.: Servicio

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 2.00

Est.Mín.2ª Mem .. 2.00

Est.Máx.2ª Mem .. 10.00

5. Actualizar la página web

Tipo de indicador: Impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#544

### 1. TÍTULO

#### REVISION DE LOS DOCUMENTOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA PAGINA WEB DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

Numerador .....: 1  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: En colaboración con la Unidad de Calidad y con Informática.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.50  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

6. Número de profesionales adjuntos y residentes que conoce la nueva estructura de la página web  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de adjuntos y residentes a los que se les ha presentado la página  
Denominador .....: Número total de adjuntos y residentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Sesiones y correos. Grupo  
Est.Mín.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes que acuden a Urgencias hospitalarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#554

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD IN SITU EN URGENCIAS EN NIVELES DE PRIORIDAD BAJOS (IV-V) ASIGNADOS EN EL TRIAJE

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#554 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GARCIA NOAIN JOSE ALBERTO

Título  
ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD IN SITU EN URGENCIAS EN NIVELES DE PRIORIDAD BAJOS (IV-V) ASIGNADOS EN EL TRIAJE

Colaboradores/as:  
GOMEZ BITRIAN JOAQUIN  
JORDAN DOMINGO MARTA  
NAVARRO AGUILAR MARIA ELENA  
TARI FERRER ELVIRA VIRGINIA

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La evaluación cualitativa de las muertes acontecidas en los Servicios de Urgencias de Hospitales es de un gran interés para la mejora de la calidad de la asistencia. El análisis de la mortalidad que acontece en los servicios de Urgencias hospitalarios. es uno de los indicadores de calidad recogidos en sus manuales de funcionamiento y necesario para una correcta acreditación. Es un indicador orientado hacia la seguridad del paciente, pero que tiene una importancia extraordinaria en la mejora de la calidad científico-técnica.

#### ÁREAS DE MEJORA

Los SUH deben disponer de un sistema que garantice que todos los exitus son analizados críticamente por el equipo. Se considerarán acontecimientos centinelas todos aquellos eventos que, aún ocurriendo excepcionalmente, indican u orientan hacia un posible error en la asistencia a un paciente determinado y que, por su gravedad, debe ser siempre analizado por el equipo asistencial. La tendencia evolutiva y estacional de la mortalidad nos indicará si las medidas adoptadas han sido eficaces.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El objetivo es detectar las muertes evitables o aspectos de la asistencia a los pacientes que fallecieron que pueden mejorarse en la atención futura a otros enfermos con la misma patología. La mortalidad in situ en el servicio de Urgencias de pacientes con un nivel de prioridad alto en el triaje (IV-V) puede ser debida a evento que consideremos centinela. Puede ser necesario modificar el proceso del triaje en determinados motivos de consulta o introducir cambios en los circuitos asistenciales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Cuantificar la mortalidad in situ del servicio de Urgencias en función del nivel prioridad asignado en el triaje. Conocer datos del paciente fallecido (edad, sexo, diagnóstico ...) y su área de atención dentro de la urgencia. Analizar en profundidad las muertes con nivel de prioridad IV-V en el triaje para determinar si se consideran un evento centinela.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Cuantificar la mortalidad in situ de los pacientes atendidos en Urgencias en función del nivel de prioridad asignado en el triaje.

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Dr García Noain

2. Examinar el proceso asistencial de los fallecidos con niveles de prioridad IV-V en el triaje.

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Equipo de mejora

3. Análisis crítico de eventos considerados centinela.

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Equipo de mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#554

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD IN SITU EN URGENCIAS EN NIVELES DE PRIORIDAD BAJOS (IV-V) ASIGNADOS EN EL TRIAJE

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cuantificar la mortalidad in situ en el servicio de Urgencias por nivel de prioridad en el triaje

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de muertes analizadas por nivel de prioridad en el triaje

Denominador .....: Número de muertes totales por nivel de prioridad en el triaje

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Examinar el proceso asistencial de los fallecidos con niveles de prioridad IV-V en el triaje

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de procesos asistenciales analizados de fallecidos con niveles de prioridad IV-V en el triaje

Denominador .....: Número total de fallecidos con niveles de prioridad IV-V en el triaje

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos PCH

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Análisis crítico de eventos considerados centinela

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de eventos centinela analizados

Denominador .....: Número total de eventos centinela

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Revisión de historia clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todas las patologías

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#582

### 1. TÍTULO

#### UNIFICACION DEL METODO DE EXTRACCION, CONSERVACION Y ENVIO DE MUESTRAS EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#582 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AINSA ESTAUN MARTA

Título  
UNIFICACION DEL METODO DE EXTRACCION, CONSERVACION Y ENVIO DE MUESTRAS EN URGENCIAS

Colaboradores/as:  
ALEPUZ HERVAS SILVIA  
ALGABA CIMORRA DESIREE  
ESCUADERO VICENTE MARIA CARMEN  
JIMENEZ MORALES ANA CARMEN  
SERRANO BONED YOLANDA  
TEBA PINTIEL MARIA DEL MAR

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la práctica clínica diaria, surgen muchas dudas a la hora extraer, conservar y enviar muestras de carácter urgente a los distintos laboratorios del hospital (bioquímica, hematología, banco de sangre, microbiología y anatomía patológica).

El personal tiene que tratar pacientes de todas las especialidades por lo que creemos, que realizar un dossier con instrucciones precisas para la gestión de muestras urgentes puede resultar muy práctico para el personal a la par que eficaz para evitar la toma errónea de muestras y la consecuente pérdida de los resultados requeridos por el facultativo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Adecuada gestión de muestras de carácter urgente en las distintas unidades de enfermería.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Dificultad para el acceso a la información relacionada con la gestión de muestra.

Amplia variabilidad de muestras.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Realizar una adecuada gestión de las muestras urgentes evitando así la pérdida de resultados relevantes para la consecución de un diagnóstico adecuado.
- Facilitar el trabajo al personal.
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación y difusión de dossier informativo de gestión de muestras.

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Alcance de la información

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº personal de enfermería (tcaes+dues) a la que se envía el dossier

Denominador .....: Personal total de enfermería (tcaes+dues)

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Dirección/supervisiones de enfermería

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

. Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#582

### 1. TÍTULO

#### UNIFICACION DEL METODO DE EXTRACCION, CONSERVACION Y ENVIO DE MUESTRAS EN URGENCIAS

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología urgente que requiera recogida de muestra

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#551

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LAS REVISIONES DE CONSULTAS EXTERNAS DE CENTROS DE UROLOGÍA DE EJEJA Y TARAZONA: PRIORIZACION CLÍNICA Y CONSULTA TELEMÁTICA

Fecha de entrada: 11/07/2022

Nº de registro: 2022#551 \*\* Continuidad asistencial: interconsulta virtual \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
BLANCO CHAMORRO CARLOS

Título  
OPTIMIZACION DE LAS REVISIONES DE CONSULTAS EXTERNAS DE CENTROS DE UROLOGÍA DE EJEJA Y TARAZONA: PRIORIZACION CLÍNICA Y CONSULTA TELEMÁTICA

Colaboradores/as:  
ABRIL BAQUERO GONZALO  
BLASCO BELTRAN BENJAMIN  
CAPAPE POVES VICTORIA  
GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER  
MONTERO MARTORAN AIDA  
MUÑIZ SUAREZ LAURA  
SIESO GRACIA MARIA RUT

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: UROLOGIA

Línea estratégica: Continuidad asistencial: interconsulta virtual

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las consultas de Urología de los centros de especialidades de Ejeja y Tarazona poseen ciertas peculiaridades que las diferencian del resto de consultas especializadas de nuestra área sanitaria en Zaragoza capital:

\* moderada dispersión geográfica, que obliga a los pacientes a desplazamientos

\* menor número de consultas mensuales.

\* limitación de actividades complementarias en dichos centros con desplazamientos de pacientes a HCU para determinadas pruebas complementarias

Es por todo ello que consideramos útil e incluso necesario, optimizar y coordinar las revisiones de consultas de dichos centros con el objetivo de aumentar la eficiencia del tiempo disponible sin disminuir la calidad asistencial.

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1.- - Priorización clínica de las primeras visitas remitidas desde atención primaria, revisando HCE de episodio previo y analizando urgencia y gravedad de la causa de Ia IC
- 2.- Priorización clínica de la agenda de seguimiento de los pacientes de nuestra consulta
- 3.- Potenciar en los casos que sea factible, y de acuerdo con el paciente, el uso de la consulta telemática
- 4.- - Favorecer la autogestión de agendas de consulta.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- 1.- Causas: exceso de solicitudes y limitación de número de consultas; actualmente hay prelatura por orden de llegada y no por situación clínica.
- 2.- Causas: exceso de pacientes y limitación en consultas
- 3.- Causas: revisiones de resultados o de pruebas complementarias que el paciente demanda posibilidad de resultado telemático
- 4.- Causas: falta de priorización clínica

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Con todas las actuaciones se pretende favorecer la autogestión de agenda de consulta especializada centrada desde el punto de vista fundamentalmente clínico, priorizando los clínicamente relevantes en un primer nivel y gestionando los de segundo y tercer nivel en caso de demoras asistenciales.

Asimismo, con la autogestión se pretende potenciar la consulta telemática, contribuyendo a generar huecos de consulta presenciales a los clínicamente relevantes y que precisen asistencia presencial.

Con todo ello, las demoras probablemente disminuirán, pero no desaparecerán; la diferencia es que las demoras que se puedan establecer, realizando la priorización clínica, podemos afirmar que la trascendencia clínica en aquellos pacientes será mínima.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Priorización revisiones: todas las revisiones que se programen desde consultas, se priorizarán clínicamente en 3 tipos según la necesidad: la señalará el facultativo y la registrará Sº Citaciones

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final: 03/10/2023

Responsable.: CARLOS BLANCO CHAMORRO

3. Consulta telemática: de acuerdo con el paciente fomentar dicho tipo de consulta ante resultados de pruebas complementarias y analíticas de control



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#551

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LAS REVISIONES DE CONSULTAS EXTERNAS DE CENTROS DE UROLOGÍA DE EJE Y TARAZONA: PRIORIZACION CLÍNICA Y CONSULTA TELEMÁTICA

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 03/10/2023

Responsable.: CARLOS BLANCO CHAMORRO

4. Priorización primeras visitas remitidas desde atención primaria: valoración de las ICs de atención primaria: establecer comunicación con AT.1ª y establecer prioridad clínica al Servicio de Citaciones

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 03/10/2023

Responsable.: CARLOS BLANCO CHAMORRO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 2. ADECUACION TIEMPO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON PRIORIDAD CLINICA ALTA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Revisiones de consulta con prioridad clínica en 1 mes

Denominador .....: revisiones totales establecidas en 1 mes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. ADECUACION TIEMPO DE 1ª VISITA CON PRIORIDAD CLINICA ALTA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Primeras visitas priorizadas clínicamente en 1 mes

Denominador .....: primeras visitas totales en 1 mes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 4. ADECUACION DE CONSULTAS TELEMÁTICAS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° consultas telemáticas

Denominador .....: Nª Revisiones con A/S o resultado pruebas-1mes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#567

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA PROTOCOLIZACION CONSULTA DE HEMATURIA: CONSENSO CON Sº URGENCIAS Y REALIZACION DE PROTOCOLO DE DERIVACION

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#567 \*\* Atención a tiempo: cáncer \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MUÑIZ SUAREZ LAURA

Título  
PROYECTO DE MEJORA PROTOCOLIZACION CONSULTA DE HEMATURIA: CONSENSO CON Sº URGENCIAS Y REALIZACION DE PROTOCOLO DE DERIVACION

Colaboradores/as:  
ELIZALDE BENITO FRANCISCO XAVIER  
HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO  
MEDRANO LLORENTE MARIA PILAR  
MORA CEVALLOS CARLOS HUGO  
MURILLO PEREZ CARLOS  
RAMIREZ FABIAN MANUEL  
SUBIRA RIOS JORGE

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: UROLOGIA

Línea estratégica: Atención a tiempo: cáncer

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La hematuria se define como la presencia de > 3 hematíes por campo de gran aumento, en orina, cuyo origen puede situarse en cualquier punto entre el glomérulo renal y el esfínter urinario externo, a nivel uretral. Un número >100 hematíes por campo suele verse a simple vista, denominándose macrohematuria.

Es una manifestación clínica relativamente frecuente en los Servicios de Urgencias representando más del 30 % de las urgencias urológicas en nuestro medio.

En la población mayor de 50 años el 35% de las hematurias es de causa tumoral, sin embargo, su diagnóstico etiológico en el Servicio de Urgencias no es un objetivo, salvo indicación precisa del Servicio de Urología.

Dentro de la etiología existen múltiples causas, entre ellas origen tumoral; es por ello, y trascendente, identificar pacientes con alto riesgo de padecer patología tumoral urológica en los pacientes con hematuria, para poder canalizar de manera preferente su estudio urológico ambulatorio en la mayor brevedad posible.

#### ÁREAS DE MEJORA

La hematuria se trata de una patología muy prevalente desde el punto de vista urológico, tanto en atención primaria como en urgencias. Su estudio, dependiendo del contexto clínico y epidemiológico del paciente, no requiere en todos los casos la misma trascendencia clínica y por ello, el mismo protocolo diagnóstico asociado.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Dado que los pacientes presentan distintos contextos clínicos y epidemiológicos, el proceso diagnóstico de la hematuria variará en función del mismo siguiendo en cada caso unos pasos en concreto.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La finalidad de este protocolo es consensuar una pauta de actuación entre los profesionales que intervienen en esta patología a nivel hospitalario, en concreto con el servicio de Urgencias, mediante elaboración de protocolo clínico.

El protocolo cubre aspectos de manejo y toma de decisiones ante un paciente con hematuria monosintomática.

La justificación del documento es la de ser una herramienta útil que facilite y ayude a los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad en urgencias, sobre todo a especialistas en formación, para poder conseguir la obtención de beneficios en salud y de diagnóstico rápido de los pacientes que consultan por esta patología.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Se implanta protocolo de actuación ante paciente con hematuria monosintomática valorado en el Servicio de Urgencias.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2024

Responsable.: Laura Muñiz Suárez

2. Valoración por Urología:

- Hematuria que produzca repercusión analítica (hematuria anemizante, necesidad de transfusión sanguínea, alteración en la coagulación, tratamiento anticoagulante...)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2024

Responsable.: Laura Muñiz Suárez

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#567

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA PROTOCOLIZACION CONSULTA DE HEMATURIA: CONSENSO CON Sº URGENCIAS Y REALIZACION DE PROTOCOLO DE DERIVACION

##### 3. Valoración por Urología:

- Persistencia de hematuria a pesar de instauración de sistema lavador
- Hematuria macroscópica postraumática o postquirúrgica

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2024  
Responsable.: Laura Muñiz Suárez

##### 4. Priorización posterior de los pacientes que son dirigidos a consulta de alta resolución de hematuria y los que son dirigidos para estudio ambulatorio.

Hematuria monosintomática y tabaquismo activo

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 01/09/2024  
Responsable.: Laura Muñiz Suárez

##### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Paciente con criterios de URO-HEM/ Pacientes valorados en consulta UROHEM

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Paciente con criterios de URO-HEM  
Denominador .....: Pacientes valorados en consulta URO-HEM  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Paciente con diagnóstico reciente de TV en UROHEM / paciente con diagnóstico reciente de TV

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Paciente con diagnóstico reciente de TV en URO-HEM  
Denominador .....: Paciente con diagnóstico reciente de TV  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 3. Diagnóstico reciente de TV con >1 mes en el proceso / paciente con diagnóstico reciente de TV

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Pacientes con diagnóstico reciente de TV con >1 mes en el proceso  
Denominador .....: Pacientes con diagnóstico reciente de TV  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

##### 4. Paciente remitido a URO-HEM desde SUH desde hace >1 mes/ pacientes remitidos a URO-HEM desde SUH

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Paciente remitido a URO-HEM desde SUH desde hace >1 mes  
Denominador .....: Pacientes remitidos a URO-HEM desde SUH  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

##### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

- Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#567

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA PROTOCOLIZACION CONSULTA DE HEMATURIA: CONSENSO CON Sº URGENCIAS Y REALIZACION DE PROTOCOLO DE DERIVACION

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#598

### 1. TÍTULO

#### PACIENTE CON SONDA VESICAL PERMANENTE Y CIRUGÍA PROSTATICA: OPTIMIZACION DE LAS MEDIDAS PREOPERATORIAS

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#598 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER

Título  
PACIENTE CON SONDA VESICAL PERMANENTE Y CIRUGÍA PROSTATICA: OPTIMIZACION DE LAS MEDIDAS PREOPERATORIAS

Colaboradores/as:  
AMBROJ NAVARRO CARMEN  
ELIZALDE BENITO ANGEL GABRIEL  
GAYARRE ABRIL PAULA  
MATEO HERNANDEZ BEATRIZ  
MONZON ALEBESQUE FRANCISCO  
PALACIOS GARCIA ANDREA MARIA  
RIOJA ZUAZU JORGE

Ubicación principal del proyecto.: H CLINICO UNIVERSITARIO

Servicio/Unidad principal .....: UROLOGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los pacientes con síndrome tracto urinario inferior (STUI) por HBP que precisan de sonda vesical permanente por imposibilidad para la micción espontánea, tienen 100% probabilidad de desarrollar bacteriuria a partir del 7º día de la colocación de sonda; es por ello, que de manera inherente, poseen alto riesgo de padecer ITUs sintomáticas o prostatitis asociadas en los días sucesivos y en los recambios.

Los que precisan IQ de próstata para poder establecer de nuevo la micción uretral espontánea, a pesar de las medidas preoperatorias establecidas (recogida de cultivo de orina previo + antibiótico profiláctico prequirúrgico dirigido por cultivo) presentan alta tasa de ITU febril en el postoperatorio e incluso sepsis asociada.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Alta tasa de ITU febril en postoperatorio de cirugía de HBP (RTU próstata/Millin laparoscópico) en pacientes portador de SV permanente previa.

- Ingreso postoperatorio prolongado en paciente sometido a cirugía HBP + SV permanente previa.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Pacientes portadores de sonda vesical que acuden a la cirugía con sonda vesical de tiempo de evolución (no recambiada en un mes antes de la intervención) y/o falta de higiene.

- Pacientes que acuden a la cirugía sin urocultivo previo o este no se consulta y no se ajusta la profilaxis o el tratamiento al resultado del mismo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo es, dando especial relevancia a dicho grupo de pacientes y con el establecimiento de estas medidas, disminuir la tasa de ITUs febriles o sepsis urinarias en los pacientes con SV permanente que van a ser sometidos a IQ de próstata por HBP.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Actualización situación clínica del paciente y factores de riesgo de bacteriemia (ingresos recientes, antibióticos pautados recientemente, pacientes dependientes que viven en residencias)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/09/2023

Responsable.: Francisco Javier García Alarcón

2. Recogida de muestra de urocultivo: realizada por enfermería de nuestro servicio especializada.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/09/2023

Responsable.: Beatriz Mateo Hernández

3. Recambio de sonda urinaria (o talla vesical) si procede: analizando fecha último recambio, detección de problemas al recambio,....)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 01/09/2023

Responsable.: Beatriz Mateo Hernández

4. Establecer medidas preoperatorias específicas dirigidas al paciente: cuidados especiales, medidas higiénicas de cara a IQ, incluso inicio tratamiento en domicilio.

Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#598

### 1. TÍTULO

#### PACIENTE CON SONDA VESICAL PERMANENTE Y CIRUGÍA PROSTATICA: OPTIMIZACION DE LAS MEDIDAS PREOPERATORIAS

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Francisco Javier García Alarcón

5. Establecer guías de actuación específicas de cara al ingreso preoperatorio.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Andrea Palacios Garcia

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El resto de colaboradores del equipo médico participarán fundamentalmente en la primera y en las dos últimas actividades: desarrollando las medidas y los protocolos (guías de actuación) que se llevarán a cabo de cara al preoperatorio en este tipo de pacientes.

Dado que los Residentes del servicio son los encargados de realizar los ingresos preoperatorios, serán principalmente los responsables de la actividad 4 (Andrea Palacios y Paula Gayarre).

Enfermería se encargará de las actividades 2 y 3.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Uso de consulta preventiva/mes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Paciente portador de SV permanente + cirugía HBP que ha sido valorado en consulta preventiva

Denominador ..... Paciente portador de SV permanente + cirugía HBP

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem .. 80.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 95.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

2. Solicitud de cultivos/mes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Paciente portador de SV permanente + cirugía HBP con C/O previo a IQ

Denominador ..... Paciente portador de SV permanente + cirugía HBP

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem .. 80.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 95.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

3. Cambio de sonda reciente/mes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Paciente portador de SV permanente + cirugía HBP con recambio de SV en 1 mes previo a IQ

Denominador ..... Paciente portador de SV permanente + cirugía HBP

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem .. 80.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 95.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

4. Fiebre postIQ en HBP/mes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Cirugía HBP + SV permanente + ITU febril posterior

Denominador ..... Cirugía HBP + SV permanente

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 30.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 10.00

5. Reingreso reciente en HBP/mes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Cirugía HBP + SV permanente que requieren reingreso en siguiente mes por ITU

Denominador ..... Cirugía HBP + SV permanente

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 30.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#598

### 1. TÍTULO

#### **PACIENTE CON SONDA VESICAL PERMANENTE Y CIRUGÍA PROSTATICA: OPTIMIZACION DE LAS MEDIDAS PREOPERATORIAS**

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Hombres

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#530

### 1. TÍTULO

#### **BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL C.R.P. NTRA. SRA. DEL PILAR DE ZARAGOZA**

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#530 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GALINDO BEJAR JORGE

Título  
BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL C.R.P. NTRA. SRA. DEL PILAR DE ZARAGOZA

Colaboradores/as:  
ALCALDE MARCOS MIRIAM  
ARRUGA ARNAL PATRICIA  
GIL SALINAS MARIA JESUS  
SAMANIEGO DIAZ DE CORCUERA MARIA ESTHER  
SERRANO CASCAN ROCIO  
SOTO MARIN ANA-ROSA  
VILLAS PEREZ EVA

Ubicación principal del proyecto.: CRP NTRA SRA DEL PILAR

Servicio/Unidad principal .....: OTROS SERVICIOS

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Como se indica en la Comunicación "Desarrollando la dimensión europea en el deporte", elaborado por la Comisión Europea en el año 2011, el deporte es un medio esencial para favorecer la inclusión social de las personas con problemas de salud mental y para difundir valores democráticos y de buena gobernanza. Esta declaración incluye entre sus puntos principales: el fomento de la práctica deportiva cotidiana de las personas que presentan problemas de salud mental, con objetivos de promoción de la salud física y mental, la integración social o la ocupación del tiempo libre, así como la promoción de la participación de las personas con discapacidad en los eventos deportivos, con especial énfasis en aquellos que tienen un carácter inclusivo. Por otro lado, está de sobra reconocida y estudiada la relación entre el trastorno mental grave (TMG) y el síndrome metabólico (SM): la sintomatología negativa de patologías psiquiátricas graves promueve estados de sedentarismo que predisponen al SM, el cual se ve a su vez potenciado por efectos secundarios de algunos psicofármacos. De ahí que resulte altamente usual encontrar SM en pacientes con enfermedad mental grave. Estudios recientes señalan que la prevalencia del SM puede llegar a ser un 58% más elevada en pacientes psiquiátricos que en la población general (Pennings, 2018). Desde la inauguración en el verano de 2020 de la Unidad de Rehabilitación Intensiva del CRP Ntra. Sra. del Pilar (U. Subagudos, Pabellón San Juan) nuestro objetivo fundamental ha sido lograr una mejora en la funcionalidad global de los pacientes a través una intervención multidisciplinar. Teniendo en cuenta que el perfil clínico habitual de nuestra Unidad comprende pacientes con TMG en su mayoría, se entenderá que las necesidades descritas son muy frecuentes entre los casos que abordamos.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Mejora a través del deporte del estado psicopatológico de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Rehabilitación Intensiva del CRP Ntra. Sra. del Pilar, además de ofrecer por esa misma vía un vehículo de socialización que facilite la relación interpersonal.
- Fomento de hábitos saludables y salud física.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La clínica negativa de enfermedades psiquiátricas graves promueve con frecuencia estados de sedentarismo que predisponen a patologías metabólicas y a un claro deterioro en la esfera social.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Promover el deporte en igualdad y luchar contra el estigma social que este colectivo, con el lema "Todo el mundo puede jugar".
  - Ofrecer como alternativa de tiempo libre una actividad saludable y socializadora.
- Generalizar la práctica deportiva para promover la salud física y mental Favorecer la participación de personas con TMG en la organización de eventos deportivos en el CRP.
- Promover estrategias de lucha contra el estigma a través del deporte.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Proponemos sesiones de actividades deportivas variadas: tenis, fútbol, baloncesto... Todas se llevarán a cabo desde una perspectiva socioeducativa, utilizando el acompañamiento terapéutico.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/09/2023

Responsable.: Jorge Galindo Bejar

2. Las sesiones de actividad física al aire libre tendrán lugar los viernes 11:30 a 13h, y los martes y los jueves de 19h a 20h.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#530

### 1. TÍTULO

#### BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL C.R.P. NTRA. SRA. DEL PILAR DE ZARAGOZA

Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/09/2023  
Responsable.: Jorge Galindo Bejar

3. Trabajo aeróbico y estiramientos en el gimnasio los lunes, miércoles y viernes en el horario 18h a 20h.  
Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/09/2023  
Responsable.: Jorge Galindo Bejar

4. Además, sesiones individuales de apoyo con fisioterapeuta, los martes y jueves en horario de mañana.  
Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/09/2023  
Responsable.: Jorge Galindo Bejar

**\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto**  
Deben de ser divertidas y motivantes utilizando material adaptado y lo más normalizado posible, mediante propuesta en forma de juego. Dada la elevada rotación de pacientes de la Unidad de Subagudos, lo imprevisible de la climatología, los estados clínicos diversos de las personas hospitalizadas... resulta complicado establecer una programación concreta de las actividades a realizar, por lo que nos mostraremos flexibles en la selección de las mismas. Es por ello que su planificación se realizará por parte del equipo al inicio de cada semana. Los horarios podrán variar según necesidades de la Unidad o actividades programadas.

Otras sesiones de actividad física consistirán en:

- práctica de distintos deportes en instalaciones deportivas públicas de los parques municipales
- práctica de distintos deportes en instalaciones deportivas del exterior del CRP
- organización de eventos deportivos para los pacientes del CRP

Se debe promover la realización de actividades físicas con un trabajo centrado en la variedad de estímulos y componentes del desarrollo motor, enfatizando contenidos como la agilidad, equilibrio y coordinación, así como el trabajo de habilidades motrices básicas como la marcha, carrera, salto, lanzamiento y recepción. El trabajo se basará en la familiarización con los elementos del juego (pelota, raqueta, red, espacios...).

Consideramos fundamental priorizar la diversión y motivación en las sesiones a realizar.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. 1. Número de pacientes que hayan participado con regularidad en el programa durante su hospitalización  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº total de participantes en el programa entre septiembre de 2022 y septiembre de 2023  
Denominador .....: nº total de pacientes hospitalizados en la Unidad entre septiembre de 2022 y septiembre de 2023

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro Interno  
Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. 2. Número de sesiones realizadas respecto al total de las actividades programadas.  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nº de sesiones realizadas cada mes  
Denominador .....: Nº de sesiones previstas en la programación cada mes

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro Interno  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. 3. Variabilidad en el índice de masa corporal (IMC)  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: IMC del paciente participante a su ingreso  
Denominador .....: IMC del paciente participante en el momento del alta

x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Historia Clínica Electronica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#530

### 1. TÍTULO

#### BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL C.R.P. NTRA. SRA. DEL PILAR DE ZARAGOZA

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. 4. Variabilidad en las cifras de tensión arterial sistólica (TAs)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° pacientes con TAs en rango alta

Denominador .....: N° pacientes con TAs en rango al ingreso

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electronica

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. 5. Variabilidad en las cifras de tensión arterial diastólica (TAd).

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° pacientes con TAd en rango al alta.

Denominador .....: N° pacientes con TAd en rango al ingreso.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electronica

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. 6. Se crea una Nueva Escala, que recoja la satisfacción de la actividad física.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nivel de satisfacción con la actividad física al alta

Denominador .....: Nivel de satisfacción con la actividad física al ingreso

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Registro Interno

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#540

### 1. TÍTULO

#### **PREPARAMOS Y ACOMPAÑAMOS CONTIGO TU VUELTA A CASA: PROTOCOLO DE VISITAS DOMICILIARIAS DIRIGIDO AL ABORDAJE TERAPEUTICO INTEGRAL DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN EL CRP DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR**

Fecha de entrada: 10/07/2022

Nº de registro: 2022#540 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SAMANIEGO DIAZ DE CORCUERA MARIA ESTHER

Título  
PREPARAMOS Y ACOMPAÑAMOS CONTIGO TU VUELTA A CASA: PROTOCOLO DE VISITAS DOMICILIARIAS DIRIGIDO AL ABORDAJE TERAPEUTICO INTEGRAL DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN EL CRP DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Colaboradores/as:  
COGOLLOR RODRIGO MARIA ELENA  
DE LA ROSA BONAFONTE LAURA CRISTINA  
GALINDO BEJAR JORGE  
GIL SALINAS MARIA JESUS  
GOMEZ CONTE ROSANA  
RODRIGO HERRERA MARIA PILAR  
SERRANO CASCAN ROCIO

Ubicación principal del proyecto.: CRP NTRA SRA DEL PILAR

Servicio/Unidad principal .....: OTROS SERVICIOS

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

• Se pretende incorporar las visitas domiciliarias a la atención y rehabilitación psicosocial en las unidades hospitalarias del CRP Ntra Sra del Pilar. Dichas visitas domiciliarias, permiten valorar "in situ" aspectos globales de funcionamiento personal, familiar y social del paciente que sean trasladables al PIT (Plan Individual de Tratamiento). Además, favorecen un acompañamiento normalizado del paciente en su propio entorno personal, familiar y comunitario. Se trata de acercarnos a su realidad desde una perspectiva inclusiva y no estigmatizante.

De inicio se ha pensado en integrar en las visitas a domicilio un perfil de pacientes con los siguientes criterios de inclusión:

Pacientes que viven solos o con apoyo sociofamiliar vulnerable  
Pacientes que van a ser derivados a su domicilio al alta  
Pacientes derivados por otros servicios comunitarios y sociosanitarios

#### ÁREAS DE MEJORA

Se trata de realizar una valoración interdisciplinaria domiciliaria basada en la recuperación del paciente, que permita la detección de necesidades y/o autocuidados integrales; gestión de enfermedad y tratamiento, puesta en marcha de ABVD, AIVD y avanzadas; intervenciones de integración social; así como el acondicionamiento del hogar

#### ANALISIS DE CAUSAS

La detección de Déficit de necesidades en pacientes con TMG a través de visitas domiciliarias permite detectar dificultades relacionadas con su desempeño y funcionalidad (relación que mantiene con su entorno comunitario, autocuidados como la gestión de salud integral y tratamiento, actividades relacionadas con autonomía en ABVD, AIVD y avanzadas); y así minimizar las consecuencias negativas la enfermedad mental y/o física y/o social.

Las dificultades en el desempeño se pueden dividir en estas categorías:

- Dificultad intrínseca (debidas a déficit cognitivo o motor) para completar la tarea, por ejemplo, problemas de atención o memoria que hacen que el paciente olvide tomar medicación, o problemas de motricidad fina pueden dificultar el plegado de la ropa. En este caso, se puede precisar de la utilización de ayudas externas o de modificaciones del entorno que reduzcan la demanda cognitiva o motora. O bien puede ser necesario un ejercicio de rehabilitación neuropsicológica previa a la instauración de la rutina.
- Ausencia de hábito a pesar de mantener las capacidades para llevarla a cabo, que tiene más relación con los síntomas negativos de la enfermedad (abandono, apatía) y/o con cuestiones culturales, expresados en los roles adquiridos a lo largo de la vida. En este caso, se requiere de psicoeducación, incremento de conciencia de las ventajas de la adquisición del hábito y estrategias de refuerzo (fundamentalmente social).
- Dificultades surgidas por la sintomatología de la enfermedad, que pueden derivar en malas o perjudiciales relaciones con vecinos por "prejuicios" o "delirios" que impidan la buena convivencia

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Incorporar las visitas domiciliarias al proceso de atención y rehabilitación psicosocial de las unidades hospitalarias del CRP Ntra Sra del Pilar

Iniciar valoración, planificación y ejecución de forma interdisciplinaria domiciliaria basada en un modelo de atención integral y de rehabilitación psicosocial que sea trasladable al PIT (Plan Individual de Tratamiento)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#540

### 1. TÍTULO

#### PREPARAMOS Y ACOMPAÑAMOS CONTIGO TU VUELTA A CASA: PROTOCOLO DE VISITAS DOMICILIARIAS DIRIGIDO AL ABORDAJE TERAPEUTICO INTEGRAL DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN EL CRP DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1.intervenciones clínicas, autocuidados integrales como la autogestión de enfermedad y tratamiento, alimentación, autoconcepto funcionamiento cognitivo y perceptivo, relacional y de adaptación y/o tol  
Fecha inicio: 15/09/2022  
Fecha final.: 15/09/2023  
Responsable.: Maria Esther Samaniego Diaz de Corcuera

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La visita domiciliaria, permite conocer el entorno en el que vive el paciente, contrastar la información aportada por la persona, además de ver el rol que desempeña en el grupo familiar. Al conocer las estancias, podemos formular hipótesis sobre las causas de las dificultades que presente, y poder sugerir posibles modificaciones ambientales que faciliten el desempeño. Se observará el estado general de la vivienda, en cuanto a orden y limpieza, así como comprobar la disponibilidad de productos de higiene y de aseo personal.

En la valoración domiciliaria se tendrá en consideración lo siguiente intervenciones más concretas::

- Adecuación del hogar a unas condiciones idóneas de habitabilidad: limpieza general, electrodomésticos en funcionamiento, suministro de luz, gas y agua.
- Limpieza y orden en el hogar: hacer la cama, cambio de sábanas, uso de productos de limpieza, cuidado de la ropa y de otros enseres personales.
- Cocina y alimentación: uso de los diferentes electrodomésticos, elaboración de una dieta saludable, compra y conservación de los alimentos, manejo de utensilios de cocina.
- Autocuidado: higiene personal, uso de productos de higiene, cambio de ropa interior y exterior (así como uso de la misma adecuado al contexto y clima), afeitado, higiene buco dental.
- Control administrativo: gestión económica, recogida del buzón y orden de la correspondencia.
- Control de la medicación: conservación y estado medicamentos, toma de la dosis correcta.
- Observación de la relación entorno/vecinos. También uso de recursos/servicios de la comunidad.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes que cumplen con los criterios de inclusión de visita domiciliaria 0-2meses

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes que cumplen con los criterios de inclusión de visita domiciliaria a lo largo del periodo de 2 meses

Denominador .....: Número total de pacientes ingresados a lo largo del periodo de 2 meses

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documento interno

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. - Porcentaje del Nº de necesidades de salud biopsicosocial (en relación autocuidados de 0-2meses

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de necesidades de salud biopsicosocial abordadas durante las visitas domiciliarias de 0-2 meses de ingreso respecto al total de necesidades detectadas de 0-2 meses de ingreso

Denominador .....: Número total de necesidades detectadas de 0 a 2 meses de ingreso.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Documento Interno

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

3. Porcentaje del Nº de necesidades de salud biopsicosocial ) trasladadas al PIT de 0 a 2 meses

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de necesidades de salud biopsicosocial (en relación autocuidados y/o ABVD, AIVD, avanzadas) trasladadas al PIT de 0 - 2 meses de ingreso

Denominador .....: Número total de necesidades detectadas de 0-2 meses de ingreso.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Documento Interno e Historia Clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

4. - Porcentaje de pacientes que han mejorado su puntuación en la escala EEAG (Funcionamiento Global)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número pacientes que han mejorado su puntuación en la escala EEAG (Funcionamiento Global) durante su estancia

Denominador .....: Número total de pacientes ingresados

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#540

### 1. TÍTULO

#### PREPARAMOS Y ACOMPAÑAMOS CONTIGO TU VUELTA A CASA: PROTOCOLO DE VISITAS DOMICILIARIAS DIRIGIDO AL ABORDAJE TERAPEUTICO INTEGRAL DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN EL CRP DESDE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Historia Clínica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. :Porcentaje de pacientes que superan nivel 2 en el grado de oportunidad (0-3) y nivel 3 en la BELS  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que superan nivel 2 en el grado de oportunidad (0-3) y nivel 3 en el grado de realización (0-5) según las Escala de Habilidades Básicas de la Vida diaria (Escala BELS)  
Denominador .....: de pacientes que cumplen con los criterios de inclusión.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Documento Interno  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#62

### 1. TÍTULO

#### COLABORACION CON EL PROYECTO DE VOLUNTARIADO "ALMOHADAS DEL CORAZON" EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA DEL CRP NTRA. SRA. DEL PILAR

Fecha de entrada: 08/06/2022

Nº de registro: 2022#62    \*\* Salud Mental    \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HERNANDO PINA MARTA

Título  
COLABORACION CON EL PROYECTO DE VOLUNTARIADO "ALMOHADAS DEL CORAZON" EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA DEL CRP NTRA. SRA. DEL PILAR

Colaboradores/as:  
DOMINGO HIJAR EVA MARIA  
FAURO SANCHEZ MARIA  
GALVEZ TORRALBA MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: CRP NTRA SRA DEL PILAR

Servicio/Unidad principal .....: UME, ULE Y PSICOGERIATRÍA CRP NTRA. SRA. DEL PILAR

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Ofrecer alternativas que permitan contar con mayores oportunidades de participación a las personas ingresadas en la Unidad de Psicogeriatría; con propuestas atractivas, con una finalidad productiva, en la que obtengan un resultado valioso tangible, tanto para ellos mismos como para la comunidad, integrada dentro de sus valores y cultura y que favorezca el cambio dinámico y positivo de las personas en relación a su participación y desempeño ocupacional, considerando el ambiente. Para el diseño y justificación de este proyecto, se han tomado como referencia los principios y bases teóricas del Modelo de Ocupación Humana (MOHO), de Gary Kielhofner. Este modelo propone facilitar la participación de las personas haciendo alusión a varias etapas de cambio (exploración, competencia, logro), lo cual, permitiría ajustar en cada momento y según las necesidades de la persona, la exigencia tanto de la tarea como del entorno de desempeño. Se pretende que, a través de diversas tareas de muy diversa índole y complejidad, relacionadas con la elaboración de almohadas, todas las personas participantes puedan experimentar una mejora de sus componentes afectivos y volitivos, de su causalidad personal, de su propio sentido de competencia y eficacia y, en definitiva, de la integración de una identidad ocupacional positiva y valiosa ligada al rol de voluntariado, tratando de favorecer el éxito en la participación grupal y comunitaria.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Participación grupal y comunitaria
- Sentido de identidad ocupacional valioso
- Cambio de rol: paso de identificación con un rol negativo (enfermo) a uno positivo (voluntario), centrándose en las fortalezas y no en los déficits

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Debido a la institucionalización y a todas las repercusiones secundarias a la sintomatología, procesos de larga evolución e inicio en edades tempranas, este colectivo puede ver alterada su funcionalidad, el acceso y la participación en actividades, sobre todo en aquellas que se desarrollan a nivel comunitario.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Fomentar actitudes de participación y responsabilidad en cada una de las tareas a realizar
- Aumentar la percepción de autovalía, autoestima y satisfacción vital a través de la participación grupal en un proyecto de voluntariado
- Mantener habilidades y destrezas personales (cognitivas, manipulativas, sociales)
- Fomentar el trabajo en equipo promoviendo la adquisición de habilidades necesarias para llevar a cabo las diferentes tareas a realizar en un proyecto común (comunicación, resolución de problemas, gestión de tareas, organización)
- Orientar la actividad y esfuerzos realizados a un resultado visible y concreto y con destino en la comunidad.
- Sensibilizar sobre el cáncer de mama
- En el futuro, promover la participación de las familias en el taller.
- Incentivar el intercambio de experiencias con personas que provengan de la comunidad (p. ej. entrega de almohadas a mujeres mastectomizadas, realización de actividades conjuntas, otras)
- En un futuro, extender la participación de los beneficiarios en entornos comunitarios fuera del centro (p. ej. entrega de almohadas en el hospital)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Búsqueda y contacto con agentes sociales (AECC, Amacgema, Almohadas del corazón)

Fecha inicio: 01/02/2022  
Fecha final: 11/02/2022  
Responsable.: Eva Domingo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#62

### 1. TÍTULO

#### COLABORACION CON EL PROYECTO DE VOLUNTARIADO "ALMOHADAS DEL CORAZON" EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA DEL CRP NTRA. SRA. DEL PILAR

2. Valoración de la viabilidad y adecuación del proyecto y estimación de probabilidades de colaboración con Almohadas del corazón.

Fecha inicio: 14/02/2022

Fecha final.: 18/02/2022

Responsable.: Eva Domingo y Marta Hernando

3. Elaboración de proyecto piloto y presentación a Dirección del CRP y al resto del equipo

Fecha inicio: 14/02/2022

Fecha final.: 04/03/2022

Responsable.: Marta Hernando y Eva Domingo

4. Cribaje del nivel de interés de los usuarios en Asamblea Extraordinaria

Fecha inicio: 07/03/2022

Fecha final.: 07/03/2022

Responsable.: Marta Hernando

5. Coordinación para recepción inicial de materiales necesarios

Fecha inicio: 07/03/2022

Fecha final.: 11/03/2022

Responsable.: Eva Domingo y Marta Hernando

6. Presentación breve del proyecto a cargo de una de las responsables de la asociación y sesión de aprendizaje

Fecha inicio: 24/03/2022

Fecha final.: 24/03/2022

Responsable.: Marta Hernando y Eva Domingo

7. Desarrollo del taller en sesiones grupales semanales y registro de indicadores

Fecha inicio: 28/03/2022

Fecha final.:

Responsable.: Terapia ocupacional y otros

8. Evaluación continua de la evolución del proyecto, revisión de objetivos y planteamiento de perspectivas de futuro

Fecha inicio: 28/03/2022

Fecha final.: 31/03/2025

Responsable.: Marta Hernando, Eva Domingo, María Fauro

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Perspectivas de futuro:

- Valorar posibilidad de extensión a otros recursos de la red de salud mental

- Participación de las familias/otras personas de la comunidad en el taller

- Colaboración con AMACGEMA (Asociación de mujeres aragonesas con cáncer genital y de mama) en la entrega de almohadas en hospitales

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje (%) de cumplimiento de sesiones programadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de sesiones realizadas

Denominador .....: Nº de sesiones programadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de asistencia

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje (%) de almohadas realizadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de almohadas realizadas y entregadas (proceso completo de elaboración)

Denominador .....: Número de almohadas previstas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros de tareas y almohadas realizadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje (%) de personas que participan en el taller

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de participantes

Denominador .....: Nº de personas ingresadas en la unidad



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#62

### 1. TÍTULO

#### COLABORACION CON EL PROYECTO DE VOLUNTARIADO "ALMOHADAS DEL CORAZON" EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA DEL CRP NTRA. SRA. DEL PILAR

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de asistencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 35.00

4. Porcentaje (%) de participantes que mejoran sus habilidades de interacción y comunicación  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° de participantes que mejoran sus habilidades de interacción y comunicación  
Denominador .....: N° de participantes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: ACIS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

5. Porcentaje (%) de participantes que se identifican con el rol de voluntario  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de participantes que se identifican con el rol de voluntario  
Denominador .....: N° de participantes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Listado de Roles  
Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

6. Porcentaje (%) de participantes que mejoran su nivel de motivación  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de participantes que mejoran su nivel de motivación  
Denominador .....: N° de participantes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionario Volicional  
Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 8.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#64

### 1. TÍTULO

#### PRESENCIA FÍSICA Y PARTICIPACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE(TMG) EN LA ELABORACION DE SU PLAN PERSONAL DE RECUPERACION(PPR)

Fecha de entrada: 08/06/2022

Nº de registro: 2022#64    \*\* Salud Mental    \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MARTIN GRACIA ANDRES

Título  
PRESENCIA FÍSICA Y PARTICIPACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE(TMG) EN LA ELABORACION DE SU PLAN PERSONAL DE RECUPERACION(PPR)

Colaboradores/as:  
ARAGUAS GRACIA LUCIA  
ARAQUE RODRIGUEZ SANDRA  
CAMPO CAMPO ANA ISABEL  
HERAS ALONSO NOELIA ASCENSION  
JORCANO PEREA ANGELES  
MATEO VALLS ISABEL  
PASCUAL GARRIDO DANIEL

Ubicación principal del proyecto.: CRP NTRA SRA DEL PILAR

Servicio/Unidad principal .....: UME, ULE Y PSICOGERIATRÍA CRP NTRA. SRA. DEL PILAR

Línea estratégica: Salud Mental

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
ATENCIÓN RECIBIDA POR LOS PACIENTES  
DAR AL PACIENTE CON TMG LA REPRESENTACIÓN NECESARIA EN LA ELABORACIÓN DE SU PPR

ÁREAS DE MEJORA  
AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD DE LA PERSONA CON TMG SOBRE SU SALUD  
IMPLICACIÓN DEL PACIENTE EN SU PROPIO PPR  
CONSENSUAR ENTRE ÉL Y EL EQUIPO DE LA UME LOS OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE SU PROCESO REHABILITADOR

ANÁLISIS DE CAUSAS  
LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS SERÁ MAYOR SI EL PACIENTE SE SIENTE IMPLICADO Y TANTO ÉL COMO EL EQUIPO VAN EN LA MISMA DIRECCIÓN  
AL IMPLICAR AL PACIENTE PUEDEN DISMINUIR LAS ALTAS VOLUNTARIAS

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
ELABORAR OBJETIVOS EN LOS QUE EL PACIENTE SE SIENTA IMPLICADO Y PUEDA OPINAR SOBRE ELLOS Y LAS DIFICULTADES QUE LE PUEDEN SURGIR DESE SU PUNTO DE VISTA  
DISMINUIR ALTAS VOLUNTARIAS  
LA POBLACIÓN DIANA SON LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UME EXCEPTO LOS INTERNAMIENTOS JUDICIALES  
TAMBIÉN SE EXCEPTÚAN LOS QUE PRESENTEN DÉFICIT COGNITIVO SEVERO

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. PRIMER PPR AL MES DEL INGRESO EN UME  
TUTORÍA DE EVALUACIÓN A LOS 6 MESES  
PPR FINAL AL ALTA  
Fecha inicio: 14/02/2022  
Fecha final.: 20/12/2022  
Responsable.: ANDRÉS MARTÍN GRACIA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
EL PACIENTE ESTÁ PRESENTE CON EL EQUIPO QUE INCLUYE UN PROFESIONAL DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA, ENFERMERÍA, TCAE, TRABAJO SOCIAL Y TERAPIA OCUPACIONAL  
EL PROYECTO LO HEMOS INICIADO YA EN FEBRERO ACTUAL

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. PPR INICIAL  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: NÚMERO DE PACIENTES QUE ESTÁN PRESENTES EN SU PPR INICIAL  
Denominador .....: NUMERO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN UME EXCEPTO LOS JUDICIALES INVOLUNTARIOS Y LOS QUE TENGAN DÉFICIT COGNITIVO SEVERO  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: REGISTRO DE PPR PRESENCIAL  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#64

### 1. TÍTULO

#### PRESENCIA FÍSICA Y PARTICIPACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE(TMG) EN LA ELABORACION DE SU PLAN PERSONAL DE RECUPERACION(PPR)

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 2. PPR INTERMEDIO

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: NÚMERO DE PACIENTES QUE ESTÁN PRESENTES EN SU PPR INTERMEDIO

Denominador .....: NUMERO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN UME EXCEPTO LOS JUDICIALES INVOLUNTARIOS Y LOS QUE TENGAN DÉFICIT COGNITIVO SEVERO Y HAN REALIZADO EL PPR INICIAL

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: REGISTRO DE PPR PRESENCIAL

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 3. PPR FINAL

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: NÚMERO DE PACIENTES QUE ESTÁN PRESENTES EN SU PPR FINAL

Denominador .....: NUMERO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN UME EXCEPTO LOS JUDICIALES INVOLUNTARIOS Y LOS QUE TENGAN DÉFICIT COGNITIVO SEVERO Y HAN REALIZADO EL PPR INTERMEDIO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: REGISTRO DE PPR PRESENCIAL

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 4. PERCEPCIÓN DE ATENCIÓN RECIBIDA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: NÚMERO DE PACIENTES QUE AFIRMAN VALORAR POSITIVAMENTE SU INCLUSIÓN EN LA ELABORACIÓN DE SU PPR

Denominador .....: NUMERO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN UME EXCEPTO LOS JUDICIALES INVOLUNTARIOS Y LOS QUE TENGAN DÉFICIT COGNITIVO SEVERO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: INGRESOS EN UME

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A REALIZAR AL ALTA SOBRE SU PARTICIPACIÓN EN SU PPR

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#199

### 1. TÍTULO

#### CONOCETE MEJOR PARA SENTIRTE BIEN. PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD, CON ENFOQUE DE PACIENTE ACTIVO

Fecha de entrada: 21/06/2022

Nº de registro: 2022#199 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ARAGUAS GRACIA LUCIA

Título  
CONOCETE MEJOR PARA SENTIRTE BIEN. PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD, CON ENFOQUE DE PACIENTE ACTIVO

Colaboradores/as:  
ARAQUE RODRIGUEZ SANDRA  
BAILO CASTAN M. CARMEN  
LAFUENTE GUMIEL MARIA DOLORES  
LAPENA MARTINEZ MARIA ASUNCION  
MATEO VALLS ISABEL  
ORTEGA ALTAMIRANO ALBA MARIA  
PASCUAL GARRIDO DANIEL

Ubicación principal del proyecto.: CRP NTRA SRA DEL PILAR

Servicio/Unidad principal .....: UME, ULE Y PSICOGERIATRÍA CRP NTRA. SRA. DEL PILAR

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se detecta en los pacientes ingresados en la UME un déficit de conocimientos relacionados con temas sanitarios, de autocuidado y actividades básicas de la vida diaria, así como una gestión ineficaz de la propia salud, todo ello sumado a una alta prevalencia de problemas físicos.

Con este programa se pretende conseguir que el paciente adquiera una mayor autonomía y control de su salud.

El proyecto pretende contribuir proporcionando información, conocimientos y adquisición / recuperación de habilidades de cara al alta hospitalaria, para que logren una mejoría en el cuidado de su salud y, por lo tanto, una mejoría en su calidad de vida.

#### ÁREAS DE MEJORA

Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud

Planificación ineficaz de las actividades

Deterioro de la interacción social

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Dificultad para emprender acciones que prevengan problemas de salud / Dificultad para emprender acciones para reducir los factores de riesgo / Alfabetización de salud inadecuada / Interés inadecuado en la mejora de la salud / Conocimiento inadecuado sobre las prácticas básicas de salud

Ausencia de un plan / Habilidades organizativas inadecuadas

Bajos niveles de actividades sociales / Baja interacción con otros

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

La población diana son los pacientes ingresados en UME en régimen de media estancia y que permanecen en el centro durante el horario de realización de la actividad.

El proyecto pretende contribuir proporcionando información, conocimientos y adquisición / recuperación de habilidades de cara al alta hospitalaria, para que logren una mejoría en el cuidado de su salud y, por lo tanto, una mejoría en su calidad de vida.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Talleres de educación para la salud, tema: Higiene del sueño

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 28/02/2022

Responsable.: Equipo de enfermería

2. Talleres de educación para la salud, tema: Hábitos alimenticios

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: Equipo de enfermería

3. Talleres de educación para la salud, tema: Relaciones interpersonales

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 30/05/2022

Responsable.: Equipo de enfermería

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#199

### 1. TÍTULO

#### CONOCETE MEJOR PARA SENTIRTE BIEN. PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD, CON ENFOQUE DE PACIENTE ACTIVO

4. Talleres de educación para la salud, tema: Habilidades sociales

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/05/2022

Responsable.: Equipo de enfermería

5. Talleres de educación para la salud, tema: Autoestima

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Equipo de enfermería

6. Talleres de educación para la salud, tema: Salud bucodental e higiene personal

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Equipo de enfermería

7. Talleres de educación para la salud, tema: Ejercicio físico

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.:

Responsable.: Equipo de enfermería

8. Talleres de educación para la salud, tema: Enfermedades comunes y cuidados básicos. Primeros auxilios.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Equipo de enfermería

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

No podemos adjuntar por el formato del programa el resto de actividades, estas corresponderían mensualmente a los siguientes temas:

Síndrome metabólico; Salud sexual y reproductiva; Consumo de tóxicos.

Cada tema será desarrollado mensualmente en sesiones semanales de 45 minutos de duración.

o Primera sesión introductoria:

Se hará una introducción teórica del tema.

o 3 sesiones siguientes:

Se trabajará el tema introducido mediante actividades dinámicas que fomenten la participación de los asistentes, a través de actividades y dinámicas diseñadas para cada sesión en concreto.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes que asisten al grupo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de pacientes que asisten

Denominador .....: número de pacientes que pueden asistir

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de actividades (registro manual realizado tras cada grupo)

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. Realización de grupos programados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de grupos realizados

Denominador .....: número de grupos programados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de actividades (registro manual realizado tras cada grupo)

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Número de pacientes que valoran de forma positiva los conocimientos adquiridos sobre el tema tratado

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Pacientes satisfechos

Denominador .....: Total de pacientes que participan

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta al final de cada módulo

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#199

### 1. TÍTULO

#### CONOCETE MEJOR PARA SENTIRTE BIEN. PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD, CON ENFOQUE DE PACIENTE ACTIVO

4. Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) al inicio y final de la participación del paciente en el prog  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que han aumentado al menos 3 items de la escala  
Denominador .....: Total de pacientes que participan  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Escala ASA autoadministrada  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#201

### 1. TÍTULO

#### SOPORTE Y APOYO PARA EVITAR RECAIDAS Y MEJORAR SU INTEGRACION A LA COMUNIDAD HASTA LA PRESENCIA ACTIVA DEL PACIENTE EN PRIMERA CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL EN C.S.M

Fecha de entrada: 21/06/2022

Nº de registro: 2022#201 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
JORCANO PEREA ANGELES

Título  
SOPORTE Y APOYO PARA EVITAR RECAIDAS Y MEJORAR SU INTEGRACION A LA COMUNIDAD HASTA LA PRESENCIA ACTIVA DEL PACIENTE EN PRIMERA CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL EN C.S.M

Colaboradores/as:  
BAILO CASTAN M. CARMEN  
DOMINGO HIJAR EVA MARIA  
GALVEZ TORRALBA MARIA TERESA  
LAFUENTE GUMIEL MARIA DOLORES  
LAPEÑA MARTINEZ MARIA ASUNCION  
LATRE LATRE MARIA TERESA  
ORTEGA ALTAMIRANO ALBA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CRP NTRA SRA DEL PILAR

Servicio/Unidad principal .....: UME, ULE Y PSICOGERIATRÍA CRP NTRA. SRA. DEL PILAR

Línea estratégica: Salud Mental

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Realizar seguimiento al paciente con TMG tras el alta en la UME para mantener el nivel de autonomía adquirido en la Unida de Media Estancia .  
Se incluye a todos los paciente dados de alta de la UME a excepción de los derivados a un programa de pisos tutelados y centros residenciales

ÁREAS DE MEJORA  
Mantener la estabilidad adquirida del paciente en la UME desde que es dado de alta hasta presencia activa en Unidad de salud Mental.  
Promover la autonomía e independencia del paciente que permita continuar su mantenimiento fuera de la UME

ANALISIS DE CAUSAS  
Falta de seguimiento en el periodo que transcurre desde el alta en la UME hasta presencia activa en consulta de Trabajo social en USM para disminuir recaídas y posibles reingresos hospitalarios.

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Atención continuada del paciente de manera personalizada para evitar recaídas hasta la primera visita en consulta de Trabajo social en CSM.  
Al continuar con el seguimiento por parte de los profesionales de la UME tras el alta el paciente mantiene las habilidades adquiridas durante el ingreso disminuyendo recaídas y reingresos hospitalarios.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Informar al paciente de la existencia de este Programa previo al que se producto el alta  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 30/12/2022  
Responsable.: Ángeles Jorcano Perea

2. Realización de registro de las actividades :  
Hábitos de alimentación  
Higiene y aseo personal  
autoadministración económica  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 15/07/2022  
Responsable.: Ángeles Jorcano Perea

3. Visita a domicilio del usuario  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 30/12/2022  
Responsable.: Ángeles Jorcano Perea

4. Contacto telefónico  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 30/12/2022  
Responsable.: Ángeles Jorcano Perrea

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#201

### 1. TÍTULO

#### SOPORTE Y APOYO PARA EVITAR RECAIDAS Y MEJORAR SU INTEGRACION A LA COMUNIDAD HASTA LA PRESENCIA ACTIVA DEL PACIENTE EN PRIMERA CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL EN C.S.M

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes informados de la existencia del programa

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de pacientes informados de la existencia del programa  
Denominador .....: Total de pacientes dados de alta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de pacientes informados  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Visita a domicilio

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de pacientes visitados en su domicilio  
Denominador .....: Número de pacientes que se van de alta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de las visitas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Llamadas telefónicas

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de pacientes contactados telefónicamente  
Denominador .....: Número de pacientes que se van de alta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: registro de las llamadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Impresión del paciente durante el seguimiento

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que manifiestan que el seguimiento tras el alta en la UME ha sido positivo  
Denominador .....: número de pacientes que se van de alta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#410

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA EN CS DE ALHAMA DE ARAGON

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#410 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHEZ PRIETO YASMINA

Título  
REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA EN CS DE ALHAMA DE ARAGON

Colaboradores/as:  
CLAVERIA SANCHO GLORIA  
LIARTE BARRA FRANCISCA  
MATEO SEGURA ZORAIDA  
NOTIVOL RUBIO PILAR PETRA  
RAMIREZ DOMINGUEZ NATALIA  
SANJUAN CORTES MIRIAN  
SOLANS PIQUERAS M. CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: CS ALHAMA DE ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALHAMA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los recientes traslados y adjudicación de nuevas plazas en propiedad, hacen que los equipos de Atención Primaria se conviertan en equipos dinámicos, habiéndose producido múltiples cambios e incorporaciones en nuestro centro de salud recientemente. Esta movilidad de personal obliga a disponer de un material actualizado y un protocolo adecuado para orientar a los profesionales a conocer al equipo, metodología de trabajo, recursos disponibles (tanto asistenciales como formativos), para así poder acompañar al profesional a una correcta dinámica laboral, y que su trabajo refunda en prestar una óptima actividad asistencial para mejorar así la valoración, seguimiento y continuidad de los pacientes.

En nuestro centro existe un manual de acogida desactualizado, por lo que vemos imprescindible su renovación y actualización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar el conocimiento de los profesionales recién incorporados del funcionamiento habitual del CS de Alhama de Aragón.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La movilidad actual de los profesionales de los equipos de EAP hacen que se conviertan en equipos dinámicos, y por ello es necesario un manual de acogida para conocer el funcionamiento del centro, y por lo tanto mejorar la calidad asistencial de los pacientes al poder aumentar su tiempo asistencial, y perder menos tiempo con cosas superfluas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Que los facultativos tengan un mayor conocimiento de las estructuras, procesos administrativos, organización asistencial, y funcionalidad del equipo de atención primaria para una mejor y pronta adaptación e integración de los mismos, con objeto de mejorar la seguridad de los pacientes al presentar un correcto conocimiento de los circuitos propios del centro.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de sesión informativa.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Pilar Notivol Rubio

2. Realización de manual de acogida.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 30/05/2023

Responsable.: Todas

3. Realización de encuesta de satisfacción.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 30/05/2023

Responsable.: Todas

4. Entrega de manual y encuesta

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Mirian Sanjuán Cortés



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#410

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA EN CS DE ALHAMA DE ARAGON

5. Recogida de encuestas  
Fecha inicio: 01/10/2023  
Fecha final.: 30/11/2023  
Responsable.: Mirian Sanjuán Cortés

6. Documento de registro de entrega y recogida de encuestas  
Fecha inicio: 01/10/2023  
Fecha final.: 30/11/2023  
Responsable.: Mirian Sanjuán Cortés

7. Evaluación final  
Fecha inicio: 01/12/2023  
Fecha final.: 30/04/2024  
Responsable.: Yasmina Sánchez Prieto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Realización del manual de acogida  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Existencia de manual (100 su realización, 0 su no realización).  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Actualización, y existencia del manual de acogida  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de profesionales a los que se entrega el manual  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: número de profesionales a los que se ha proporcionado el manual de acogida  
Denominador .....: profesionales recién incorporados al centro de salud  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Registro de entrega del manual de acogida / nuevos miembros del EAP  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de profesionales que rellenan encuesta  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: número de encuestas realizadas  
Denominador .....: numero de encuestas entregadas  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Registro de entrega y recogida de encuestas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Porcentaje de nuevos profesionales que tras la lectura de manual refieran conocer el funcionamiento  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: número de encuestas que reflejen conocer dicho funcionamiento  
Denominador .....: encuestas entregadas  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Registro de recogida de encuestas, y resultados de encuesta  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Mejora de la Práctica Clínica.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#410

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA EN CS DE ALHAMA DE ARAGON

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#866

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE AL TETANOS EN LA POBLACION >65 AÑOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#866 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ-CABALLERO SANCHEZ M. PILAR TERESA

Título  
MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE AL TETANOS EN LA POBLACION >65 AÑOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

Colaboradores/as:  
COMPES DEA MARTA  
FUNES NAVARRO ENMANUEL  
JUDEZ JOVEN ROSA ISABEL  
LATORRE BALSA CESAR  
PARDO HERNANDEZ M. PILAR  
SANCHEZ PRIETO YASMINA

Ubicación principal del proyecto.: CS ALHAMA DE ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALHAMA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El tétanos es una enfermedad infecciosa provocada por neurotoxinas producidas por la bacteria Clostridium tetani. Bacilo anaerobio, gram positivo, móvil, con una espora terminal.

El agente patógeno se encuentra de manera cosmopolita en el suelo, sedimentos marinos, en medio inorgánico, metales en oxidación y en las heces de determinados animales.

Se introduce en el cuerpo a través de heridas abiertas en contacto con tierra, estiércol contaminado, cortes o penetración de algún objeto oxidado como clavos, anzuelos, cuchillos oxidados y mordeduras de perros.

No existe inmunidad natural y el haber padecido la enfermedad tampoco confiere protección, por lo que aparte de medidas higiénicas, la inmunización, mediante la vacunación, es la única forma de prevención de la enfermedad. Según el protocolo actual de vacunación universal en edad adulta, aprobado en junio de 2019, un adulto que inicia la pauta de vacunación antitetánica deberá recibir un total de 5 dosis, con vacuna dT para tener una protección duradera frente al tétanos y difteria a lo largo de su vida.

En todo caso, a las personas que cumplan los 65 años, se les revisará el estado vacunal, iniciando o completando pauta, si procede. Si tiene pauta completa (5 dosis) se recomienda la administración de una única dosis si han transcurrido más de 10 años.

En el período 2005-2015, se notificaron 136 casos de tétanos en España, observándose la mayor parte (69,1%) en mayores de 65 años. En cuanto a los antecedentes de vacunación, de los 91 casos con esta información, solo uno tenía 5 dosis administradas. En el período 2005-2014 fallecieron por tétanos 25 personas, todas ellas mayores de 65 años.

En Aragón, en el período 2000-2015 se han notificado 8 casos de tétanos en Aragón. La media de edad de los casos fue 70,4 años y 3 casos fallecieron (37,5%).

En la encuesta de seroprevalencia realizada en España en 1996, así como en otros estudios de seroprevalencia realizados en algunas CCAA, se muestra que la inmunidad frente al tétanos es superior al 95% en los nacidos entre 1982 y 1994, y disminuye de forma progresiva en los nacidos con anterioridad a 1977.

A medida que han mejorado las coberturas de vacunación, los casos de tétanos han ido disminuyendo, desde 2009 se notifican una media de 10 casos al año.

Los casos de tétanos se presentan fundamentalmente en los grupos de edad de más de 65 años (69,1%), como se ha comentado previamente.

La tasa de mortalidad por tétanos también se ha reducido mucho en los últimos 30 años, detectándose las muertes, por grupo de edad, en adultos mayores de 65 años.

Las altas coberturas de vacunación conseguidas han reducido drásticamente la incidencia y la mortalidad por tétanos en España. En los últimos años la incidencia se mantiene estable y los casos se diagnostican fundamentalmente en mayores de 65 años que no están vacunados o que han recibido pautas de vacunación incompletas.

En la Zona Básica de Salud (ZBS) de Alhama de Aragón tenemos 850 pacientes mayores de 65 años, lo que supone un 30,57% del total de la población. Según los datos extraídos de de OMI-AP, tenemos 612 pacientes con información vacunal (72%) y 122 pacientes sin información vacunal (14,35%).

En consulta de enfermería se ha observado un % de pacientes sin información vacunal en OMI que sí la tienen en Hª Clínica en formato papel, lo que ha dado lugar a sobredosificación de vacunas de dT, con las consiguientes reacciones adversas y unos registros inadecuados de vacunación.

Por otro lado, nuestra ZBS es una zona rural con un elevado número de personas mayores de 65 años con huertos propios, personas mayores de 70 años con pérdida de equilibrio y estabilidad, y con tendencia a las caídas, sin mencionar el número de personas nada desdeñable que tiene en casa animales mal vacunados, por lo que unido a lo anteriormente comentado, vamos a enfocar nuestro proyecto en este grupo de población.

ÁREAS DE MEJORA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#866

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE AL TETANOS EN LA POBLACION >65 AÑOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

Registro adecuado de número de dosis de dT en OMI  
Cobertura vacunal de dT en la ZBS de Alhama de Aragón

#### ANALISIS DE CAUSAS

Discordancia entre datos de la Hª clínica escrita y OMI.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Identificar a los pacientes > 65 años correctamente vacunados  
Completar vacunación antitetánica en aquellas personas con pauta incompleta  
Población Diana: Pacientes > 65 años de la ZBS Alhama de Aragón

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Obtención del listado de personas mayores de 65 años de la ZBS de Alhama de Aragón susceptibles de ser incluidos.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final: 31/05/2023

Responsable.: Servicio Informática Salud

2. Captación directa en la consulta de enfermería a través de la Cartera de Servicios del programa informático OMI-AP.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: Enfermeros EAP

3. Sesión formativa a cargo de la responsable del proyecto de calidad, dirigida a los miembros del proyecto

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 31/07/2023

Responsable.: Coordinador Proyecto

4. Distribución de los listados, separados por CÍAS entre los enfermeros del EAP.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 31/07/2023

Responsable.: Coordinador Proyecto

5. Reunión en el plazo de un mes para prever las necesidades de suministro de vacunas dT y contactar con el Servicio Provincial de Vacunas

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final: 19/08/2023

Responsable.: Miembros del Proyecto

6. Reuniones trimestrales y puesta en común de los resultados obtenidos hasta la fecha

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: Coordinador del Proyecto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Pacientes primovacunación completa

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: % pac > 65 años con primovacunación completa

Denominador .....: Pac > 65 años a los que procede primovacunación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI+HCEscrita

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

2. Pacientes con pauta vacunación correcta

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: % pac > 65 años con dosis de recuerdo administrada según indicación

Denominador .....: Pac > 65 años a los que procede dosis de recuerdo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI+HCEscrita

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#866

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL FRENTE AL TETANOS EN LA POBLACION >65 AÑOS EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: --Otros--> Población general > 65 años ZBS Alhama de Aragón

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#964

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EPS Y ACTUALIZACION EN DIETAS PARA PACIENTES DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#964 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
LATORRE BALSAS CESAR

Título  
PROGRAMA DE EPS Y ACTUALIZACION EN DIETAS PARA PACIENTES DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON

Colaboradores/as:  
FUNES NAVARRO ENMANUEL  
JUDEZ JOVEN ROSA ISABEL  
PARDO HERNANDEZ M. PILAR  
PEREZ-CABALLERO SANCHEZ M. PILAR TERESA  
SOLANS PIQUERAS M. CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: CS ALHAMA DE ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: EAP ALHAMA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Alhama de Aragón es una ZBS que atiende según datos aportados por la DAP Sector Calatayud a 2886 personas. De esos 2886 pacientes, 269 a fecha de 31 de diciembre de 2021 eran diabéticos, lo que supone un 9,3% de la población.. El proyecto de calidad del año 2022 responde a una serie de necesidades observadas en la consulta de enfermería tanto en la demanda como en la programada. A su vez, analizando el cuadro de mandos, se observa que el indicador " Conocimientos Deficientes, se ha rellenado correctamente en un 50% de los casos .Tras reunión de enfermería se llega a la conclusión que no se pregunta habitualmente a nuestros pacientes diabéticos sobre sus conocimientos sobre la dieta a seguir dando por hecho que sus conocimientos, son válidos, especialmente en los pacientes diabéticos desde hace muchos años.También se observan en consulta ciertos mitos como el de la fruta , que se puede comer en la cantidad que se quiera que no sube el azúcar. A partir de ahí se decide valorar qué conocimientos tiene los pacientes diabéticos de Alhama sobre la dieta que deben seguir por su enfermedad e intentar mejorar sus conocimientos al respecto si fuese necesario.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora del conocimiento de los pacientes diabéticos sobre su enfermedad, manejo y control.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Se observa en consulta falsos mitos y conocimientos erróneos sobre la diabétes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1.- Conseguir que todos los pacientes tengan más información y control de su dieta
- 2.-Mejorar el conocimiento de su enfermedad y control de sus cifras de glucemia
- 3.- Mejorar los conocimientos relativos a su enfermedad y tratamiento a través de charlas grupales y realización de cuestionarios
- 4.-Mejorar el registro de enfermería de "Conocimientos deficientes", al menos un 10%

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1.- Sesión formativa a cargo del responsable del proyeco de calidad dirigida al EAP del Centro de salud.

Fecha inicio: 06/06/2022

Fecha final.: 06/06/2022

Responsable.: Coordinador del proyecto

2. Reunión para la preparación de charlas grupales y preparación de los cuestionarios.

Fecha inicio: 13/06/2022

Fecha final.: 13/06/2022

Responsable.: Enfermería

3. Entrega a los pacientes que quieran participar del cuestionario.

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 20/06/2022

Responsable.: Coordinador del proyecto

4. Realización de charlas grupales en cada uno de los núcleos poblacionales de la ZBS.

Fecha inicio: 04/07/2022

Fecha final.: 23/10/2022

Responsable.: Equipo de enfermería

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#964

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE EPS Y ACTUALIZACION EN DIETAS PARA PACIENTES DIABETICOS DE LA ZBS DE ALHAMA DE ARAGON

5. Seguimiento de los pacientes para evaluar el control de su enfermedad.

Fecha inicio: 23/10/2022

Fecha final.: 20/06/2024

Responsable.: Equipo de enfermería

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Asistencia las charlas grupales

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % de pacientes que acuden a las charlas grupales

Denominador .....: Población diabética

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Control de asistencia de pacientes.

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

2. Respuesta a los cuestionarios entregados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % de pacientes que contestan el 50% del cuestionario correctamente post-charla

Denominador .....: Población de la ZBS de Alhama que acude a la charla

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuestionarios

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

3. Registro adecuado de conocimientos deficientes

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: % de pacientes con el indicador "conocimientos deficientes" rellenado correctamente

Denominador .....: Pacientes diabéticos de ZBS de Alhama

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Controles

Est.Mín.1ª Mem ..: 35.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#531

### 1. TÍTULO

#### UNA URGENCIA!!!! CARRO DE PARADAS Y MALETÍN ..... ESTAN PREPARADOS?????

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#531 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GRACIA SALVADOR MARIA JOSE

Título  
UNA URGENCIA!!!! CARRO DE PARADAS Y MALETÍN ..... ESTAN PREPARADOS?????

Colaboradores/as:  
CARAZO DE LA FUENTE ANA  
DIEZ GIMENO IRENE GLORIA  
GALDIANO RODRIGUEZ M.JOSE  
HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION  
LAFUENTE TEJERO SANDRA  
LOPEZ VELA LUCIA  
MEDINA ROJO MARIA ARANZAZU

Ubicación principal del proyecto.: CS ARIZA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ARIZA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Todo personal sanitario que formamos parte del centro de salud de Ariza pasamos por la sala de urgencias habitualmente en el desarrollo de nuestro trabajo , ya sea durante horario de consulta como en atención continuada cuando se trata de atender cuadros urgentes dentro del centro(carro de paradas) o en domicilio/calle ( maletín de urgencias ) .

Por esto, consideramos de vital importancia mantener tanto el carro de paradas ,como el maletín de urgencias de forma adecuada y revisada con los medicamentos y materiales que podamos necesitar para dichas urgencias, siendo fundamental para dar una atención de calidad al paciente .

El carro de paradas debe estar correctamente equipado, revisado y con todo el material necesario, debe estar en un lugar accesible y bien visible, que se pueda trasladar ( movil) , con cajones , etiquetas identificativas y ordenada toda la medicación , sobre el disponemos el desfibrilador con sus palas y el amb, lo cual facilita y agiliza su uso cuando sea preciso .

El maletín de urgencias , igualmente estarequipado, revisado y ubicado en su sito( maletero del coche de urgencias )

Todo el personal debe conocer el contenido y la disposición, ascomo la obligación de reponer todo lo que haya utilizado previamente.

La revisión del material se realizar de forma rotatoria y periodica, por todo el personal sanitario, dejando una hoja de registro mensual con fecha y firma de los profesionales que lo realicen

#### ÁREAS DE MEJORA

- 1- El maletín de urgencias esté equipado, revisado y ubicado en su sito( maletero del coche de urgencias )
- 2- El carro de paradas debe estar correctamente equipado, revisado y con todo el material necesario, debe estar en un lugar accesible
- 3 -El desfibrilador con sus palas y el ambú correctamente ubicado y accesible .

#### ANALISIS DE CAUSAS

- 1- Al ser un elemento utilizado por muchos profesionales , queremos garantizar que este correctamente revisado y repuesto
- 2- Conseguir una mejora continua en la formación y el trabajo del personal sanitario para que no existan fallos en la asistencia urgente

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1-Garantizar una atención sanitaria urgente de calidad a toda la población .
- 2-Asegurar la revisión , reposición, verificación y funcionamiento del material sanitario dejando constancia mediante un registro de firmas.
- 3-Conocimiento por todos los miembros del equipo de la disposición del material que ayude a afrontar una situación de emergencia de manera inmediata
- 4-Mejora continua del trabajo del profesional sanitario ante las urgencias

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - El día 1 de cada mes para la revisión de carro de paradas y desfibrilador .Mediante uso de Checklist donde constará la medicación, stock, fecha de caducidad y revisión de aparataje aparataje.

Fecha inicio: 1/8/2022

Fecha final.: 1/8/2023

Responsable.: profesional sanitario a turno rotatorio

2. - El día 15 de cada mes revisión del maletín de urgencias usando checklist con listado de medicación, stock,



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#531

### 1. TÍTULO

#### UNA URGENCIA!!!! CARRO DE PARADAS Y MALETÍN ..... ESTAN PREPARADOS?????

caducidad ....

Fecha inicio: 1/8/2022

Fecha final: 1/8/2023

Responsable.: profesional sanitario a turno rotatorio

3. - Se registrarán las revisiones mediante hoja de firmas ,con nombre fecha y firma de la persona que realiza la revisión de forma mensual(hoja excel)

Fecha inicio: 1/8/2022

Fecha final: 1/8/2023

Responsable.: profesional sanitario a turno rotatorio

4. - Se realizará reunión de equipo a principio de semestre para reparto de tareas y para valorar el trabajo/ mejoras a realizar por el equipo

Fecha inicio: 1/8/2022

Fecha final: 1/8/2023

Responsable.: Coordinador/Todos los profesionales del equipo

5. - Se realizará reunión de equipo anual para actualización de conocimientos y uso de aparataje ( laringoscopio/ desfibrilador/ambú)

Fecha inicio: 1/8/2022

Fecha final: 1/8/2023

Responsable.: Coordinador/Todos los profesionales del equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de firmas tras las revisiones de carro de paradas efectuadas correctamente

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: número de firmas realizado en las hojas correctamente

Denominador .....: número total de firmas esperado en el periodo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: hojas de firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de firmas tras las revisiones del maletín efectuadas correctamente

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de firmas realizado en las hojas correctamente

Denominador .....: número total de firmas esperado en el periodo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: hojas de firmas

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Profesionales del centro de salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#651

### 1. TÍTULO

#### IMPORTANCIA DE LA REALIZACION Y DIGITALIZACION EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA DE UN ELECTROCARDIOGRAMA BASAL A LA POBLACION HIPERTENSA

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#651 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DIEZ GIMENO IRENE GLORIA

Título  
IMPORTANCIA DE LA REALIZACION Y DIGITALIZACION EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA DE UN ELECTROCARDIOGRAMA BASAL A LA POBLACION HIPERTENSA

Colaboradores/as:  
GALDIANO RODRIGUEZ M.JOSE  
GRACIA SALVADOR MARIA JOSE  
LAFUENTE TEJERO SANDRA  
LOPEZ VELA LUCIA  
MEDINA ROJO MARIA ARANZAZU  
ROIG BARTOLOME ISRAEL

Ubicación principal del proyecto.: CS ARIZA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ARIZA

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Análisis de la situación  
El electrocardiograma (ECG) es una exploración complementaria con muy alta especificidad, pero con baja sensibilidad. La alta especificidad y la baja sensibilidad le confieren al ECG un valor predictivo positivo muy alto, por lo que si se detectan alteraciones con alta probabilidad existirán.

La exploración electrocardiográfica debe figurar en la información basal de la historia clínica de todo paciente hipertenso, debido a su indudable valor en la determinación de sospecha de HVI. Muchos autores coinciden en no precisar de un ecocardiograma para confirmar la presencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI). Estudios en consultas especializadas de atención a pacientes con HTA reportan una prevalencia de HVI diagnosticada por ECG entre un 15 y un 25 %.

También es de gran utilidad para detectar otros trastornos que pueden no producir clínica en el paciente, pero que a largo plazo podrían ser sintomáticos, como alteraciones del ritmo cardiaco (taquicardias y bradicardias), de la conducción (bloques auriculoventricular, bloqueo de rama izquierda) y signos sugestivos de cardiopatía isquémica (alteraciones del segmento ST-T) y de insuficiencia cardiaca.

#### ÁREAS DE MEJORA

El electrocardiograma es una prueba que todos equipos de Atención Primaria tenemos a nuestro alcance, fácil de usar y no invasiva que nos puede dar mucha información de como está el corazón de nuestros pacientes, por lo que todo hipertenso debería tener un electrocardiograma basal.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La realización de un electrocardiograma basal a todo paciente hipertenso determinará el pronóstico individual de cada paciente, la estratificación del riesgo y la actitud terapéutica, tanto en el manejo del tratamiento crónico de la hipertensión como en el manejo terapéutico en momentos de patología aguda, puesto que el tener un electrocardiograma basal nos puede ayudar a tomar decisiones en momentos críticos. El acceso a estos registros de ECGs a todo el personal sanitario que atiende al paciente, mediante la Historia clínica electrónica, permite una mejor valoración y enfoque de su situación clínica.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la cobertura de la realización de electrocardiograma en pacientes con hipertensión arterial.
- Detectar alteraciones electrocardiográficas asintomáticas que precisen ser estudiadas.
- Mejorar la calidad de vida del paciente hipertenso.
- Tener un registro en la Historia clínica electrónica del pacientes de un Electrocardiograma en situación "basal"

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Se realizará una primera reunión la primera quincena de marzo para explicar al equipo la pertinencia del proyecto y la forma de desarrollarlo.

Fecha inicio: 01/03/2022  
Fecha final.: 01/07/2022  
Responsable.: Irene G. Díez Gimeno

2. - Reunión trimestrales, a principios de julio 2022, octubre 2022 y enero 2023 para evaluar el desarrollo del proyecto y oportunidades de mejora.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#651

### 1. TÍTULO

#### IMPORTANCIA DE LA REALIZACION Y DIGITALIZACION EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA DE UN ELECTROCARDIOGRAMA BASAL A LA POBLACION HIPERTENSA

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Irene G. Díez Gimeno

3. - Análisis de los resultados  
Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 01/03/2023  
Responsable.: Irene G. Díez Gimeno

**\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto**

- Realización de una captación activa por parte de enfermería y medicina revisando listados de pacientes hipertensos a los que tenemos acceso (manejo del cuadro de mandos de hipertensos).
- Aprovechar las consultas rutinarias y revisiones para citar a los pacientes hipertensos para la realización de la prueba.
- Se citarán a los pacientes en la agenda monográfica para electrocardiograma que disponemos en OMI-AP, para que así se suban los electros realizados a la historia clínica electrónica general del paciente y sean visibles para todos los profesionales sanitarios. También se informarán por parte de medicina en el programa de OMI-AP.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de paciente hipertensos con ECG realizado  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes HTA con el ECG realizado  
Denominador .....: Número total de pacientes hipertensos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (INTRANET)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de pacientes hipertensos con ECG realizado e introducido en su historia clínica  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de pacientes HTA con ECG relizado e introducido en su historia electrónica  
Denominador .....: Número total de pacientes hipertensos con ECG realizado.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI-AP  
HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (INTRANET)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

**\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación**

**POBLACIÓN DIANA**

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#904

### 1. TÍTULO

#### CIRCUITO DE RECEPCION Y MANEJO DE ELEMENTOS/APARATOS/ ENVIOS RECIBIDOS EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#904 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LANZUELA IRANZO MARIA VICTORIA

Título  
CIRCUITO DE RECEPCION Y MANEJO DE ELEMENTOS/APARATOS/ ENVIOS RECIBIDOS EN EL CENTRO DE SALUD

Colaboradores/as:  
ARIAS CORTES TAMARA  
CARAZO DE LA FUENTE ANA  
LIBEROS VILLARROYA MARIA SOLEDAD

Ubicación principal del proyecto.: CS ARIZA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ARIZA

Línea estratégica: Eficiencia

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Es importante y útil porque engloba los procesos de recepción, almacenamiento y movimiento del material dentro de del Centro de Salud.

ÁREAS DE MEJORA  
Que no se detecte que ha llegado un aparato arreglado y, se pueda localizar en el Centro de Salud, haciendo un registro de entrada de dicho material.

ANALISIS DE CAUSAS  
Si no hay un registro de salida y entrada de aparatos, no se tiene constancia de si se ha enviado o recibido reparado

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Evitar incidencias porque no se tenga conocimiento de salida/entrada de aparatos y produzcan demoras en las consultas

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Primera reunión la primera quincena de mayo, para explicar el proyecto y entrega de la hoja de control.  
Fecha inicio: 01/05/2022  
Fecha final.: 15/05/2022  
Responsable.: Maria Victoria Lanzuela Iranzo

2. Segunda reunión la primera quincena de septiembre, para evaluar el desarrollo del proyecto  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 15/09/2022  
Responsable.: Maria Victoria Lanzuela Iranzo

3. Tercera reunión la primera quincena de diciembre para ver análisis de resultados y opciones de mejora  
Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 15/12/2022  
Responsable.: Maria Victoria Lanzuela Iranzo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Habrá de rellenarse una hoja de control, indicando la descripción del aparato, fecha de recogida, persona que hace la recepción, lugar donde se deposita y persona a la que se entrega.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración de un procedimiento de recepción y manejo de aparatos enviados y recibidos en el centro  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: -  
Denominador .....: -  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: SÍ  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. % de apartados enviados y/o recibidos que se han registrado correctamente siguiendo el procedimiento

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#904

### 1. TÍTULO

#### CIRCUITO DE RECEPCION Y MANEJO DE ELEMENTOS/APARATOS/ ENVIOS RECIBIDOS EN EL CENTRO DE SALUD

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: nº de apartados enviados y/o recibidos que se han registrado correctamente siguiendo el procedimiento

Denominador .....: nº de aparatos enviados y/o recibidos

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: 80%-100%

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. %de incidencias ocurridas desde la puesta en marcha del proyecto sobre todas las gestiones de SHIRGA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº incidencia ocurridas de todas las gestiones realizadas a través de SHIRGA

Denominador .....: gestiones a través de SHIRGA

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: 1%-10%

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Administración y gestión de recursos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1014

### 1. TÍTULO

#### IMPULSO A LA ATENCION COMUNITARIA EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE ARIZA. RECOMENDACION DE ACTIVOS COMUNITARIOS

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1014 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION

Título  
IMPULSO A LA ATENCION COMUNITARIA EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE ARIZA. RECOMENDACION DE ACTIVOS COMUNITARIOS

Colaboradores/as:  
ARIAS CORTES TAMARA  
ROIG BARTOLOME ISRAEL

Ubicación principal del proyecto.: CS ARIZA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ARIZA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Ante el aumento de demanda de servicios sanitarios causados por el envejecimiento de la población, el aumento de problemática social y la población inmigrante, ya desde hace unos años se ha detectado la importancia de trabajar de forma conjunta para impulsar la salud comunitaria dentro de la población

Dado que en nuestra zona básica de salud han aumentado considerablemente los activos comunitarios que se ofrecen a colaborar en la Atención comunitaria de nuestra población, y que antes de la pandemia estábamos trabajando de forma cada vez más estrecha con ellos, se plantea la necesidad de fomentar la colaboración con estas entidades y aumentar la recomendación de activos para la salud y mejorar los objetivos planteados y alcanzados en el AGC de 2020

#### ÁREAS DE MEJORA

Para dinamizar la atención comunitaria en nuestra zona de salud y potenciar las actividades de los activos comunitarios necesitamos elaborar un proyecto de mejora de calidad que incremente las recomendaciones de activos a los pacientes que sean susceptibles.

Para ello nuestro proyecto se basa en que todos los miembros de nuestro equipo conozcan los activos para la salud de nuestra zona así como el modo para ponerlos en contacto con nuestros pacientes y trabajar de forma conjunta en el mantenimiento y mejora de su salud.

También queremos potenciar el registro correcto de estas recomendaciones en nuestra aplicación OMI AP

#### ANALISIS DE CAUSAS

El proyecto de dinamizar la atención comunitaria en nuestra zona básica de salud ya existía, se creó la agenda comunitaria y se comenzó a trabajar de forma estrecha con los activos existentes. Pero las circunstancias derivadas de la pandemia originaron un enlentecimiento de estas actividades que ahora necesitamos retomar.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Identificar claramente los activos de nuestra zona de salud. Cuales son las actividades que realizan y a que pacientes van dirigidas.
- Identificar la persona referente de cada activo así como modo de contacto.
- Instruir a todos los miembros del EAP de como detectar pacientes con necesidades específicas en salud comunitaria y como realizar la recomendación de activos comunitarios.
- Aumentar las recomendaciones de activos a nuestros pacientes en las consultas de medicina y enfermería
- Registrar correctamente en OMI-AP esta recomendación de activos

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Obtener un listado actualizado de activos

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Ascension Hernandez vallespin

2. Primera reunión de equipo en Julio 2022 para explicar la pertinencia del proyecto, calendario y objetivos

Fecha inicio: 30/07/2022

Fecha final.: 30/08/2022

Responsable.: Ascension Hernández Vallespín

3. Primera evaluación de resultados

Fecha inicio: 30/09/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: Ascension Hernandez Vallespin

4. Segunda evaluación de resultados

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1014

### 1. TÍTULO

#### IMPULSO A LA ATENCION COMUNITARIA EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE ARIZA. RECOMENDACION DE ACTIVOS COMUNITARIOS

Fecha inicio: 15/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Ascension Hernandez Vallespin

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de población de la zona a la que se recomienda un activo comunitario

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes de la zona básica de salud a la que se les recomienda y se registra en OMI-AP un activo comunitario

Denominador .....: Población de la zona básica de salud

x(1-100-1000) ...: 1000

Fuentes de datos.: Registros de OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 8.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 8.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. Porcentaje de activos comunitarios existentes en la zona que han sido recomendados por el EAP

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de activos comunitarios que han sido recomendados por profesionales del EAP y registrados en OMI-AP

Denominador .....: Número total de activos comunitarios existentes en la zona básica de salud

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros de OMI-AP

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#304

### 1. TÍTULO

#### AUMENTAR LA COBERTURA DE VACUNACION ANTINEUMOCOCICA 23 EN LA ZONA BASICA DE ATECA

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#304 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
IBÁÑEZ FORNES MONICA

Título  
AUMENTAR LA COBERTURA DE VACUNACION ANTINEUMOCOCICA 23 EN LA ZONA BASICA DE ATECA

Colaboradores/as:  
BUENO TABERNERO ANTONIO  
GOMEZ LLORENS MARIA CARMEN  
GRACIA JARABO MYRIAM  
MELENDO BUENO MAGDALENA  
PARRILLA GIL MARIA JOSE

Ubicación principal del proyecto.: CS ATECA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ATECA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
EN 2019 SE ACTUALIZÓ EL CALENDARIO DE VACUNACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN EN LA ZONA SE POTENCIABA LA VACUNACIÓN ANTINEUMOCOCICA, ESTABLECIENDO POBLACIÓN DIANA Y PAUTAS DE ACTUACIÓN. EN NUESTRA ZONA DE SALUD DEBIDO A LA COVID 19 LA COBERTURA HA SIDO MUY BAJA, SOLAMENTE 47 PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS HAN SIDO VACUNADAS DE VP23 Y 18 MENORES CON FACTOR DE RIESGO DURANTE ESTOS DOS AÑOS

ÁREAS DE MEJORA  
AUMENTAR LA COBERTURA VACUNAL DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD, TANTO EN PERSONAS CON FACTOR DE RIESGO COMO EN PERSONAS POR COHORTE DE EDAD

ANÁLISIS DE CAUSAS  
LA CAPTACIÓN DE PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO COMO PACIENTES POR EDAD SUSCEPTIBLES DE ÉSTA VACUNA, SE QUEDÓ RELEGADA PRIMERO POR LA SITUACIÓN CRÍTICA SANITARIA POR LA COVID 19 COMO POR SU POSTERIOR VACUNACIÓN, POR LO QUE AHORA QUE LA SITUACIÓN SE HA NORMALIZADO ES MOMENTO PARA RETOMAR EL PLAN DE ACTUACIÓN DEL CALENDARIO VACUNAL EN LA EDAD ADULTA

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
GENERAL : AUMENTAR LA COBERTURA VACUNAL FRENTE A NEUMOCOCO DE LA POBLACIÓN ADULTA DE LA ZONA BÁSICA DE ATECA ENTRE UN 70-90%  
ESPECÍFICOS : AUMENTAR LA COBERTURA VACUNAL DE LOS MENORES DE 65 AÑOS CON FR SUSCEPTIBLES DE ÉSTA VACUNACIÓN ENTRE UN 30-60 % DURANTE EL PRIMER AÑO(2022)  
AUMENTAR LA COBERTURA VACUNAL DE LOS QUE CUMPLEN 65 AÑOS SUSCEPTIBLES DE ÉSTA VACUNACIÓN ENTRE UN 30-60% DURANTE EL PRIMER AÑO (2022)  
AUMENTAR LA COBERTURA VACUNAL DE LAS PERSONAS QUE CUMPLIERON LOS 65 AÑOS DURANTE LA PANDEMIA Y NO SE PUSO POR LA SITUACIÓN SANITARIA ENTRE UN 60-90%  
AUMENTAR LA COBERTURA VACUNAL DE LOS MENORES DE 65 AÑOS CON FR SUSCEPTIBLES DE ÉSTA VACUNACIÓN ENTRE UN 60-90 % DURANTE EL SEGUNDO AÑO (2023) PARA CONSEGUIR EL OBJETIVO GENERAL  
AUMENTAR LA COBERTURA VACUNAL DE LOS QUE CUMPLEN 65 AÑOS SUSCEPTIBLES DE ÉSTA VACUNACIÓN ENTRE UN 60-90 % DURANTE EL SEGUNDO AÑO (2023) PARA CONSEGUIR EL OBJETIVO GENERAL

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. INFORMAR AL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SITUACIÓN Y DEL PROYECTO DE MEJORA

Fecha inicio: 05/04/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: MÓNICA IBÁÑEZ FORNÉS

2. INFORMAR A LA SUBDIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD PÚBLICA DE ZARAGOZA PARA EXPLICAR EL PROYECTO  
Fecha inicio: 05/04/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: MÓNICA IBÁÑEZ FORNÉS

3. BÚSQUEDA ACTIVA DE PACIENTES CON FR MENORES DE 65 AÑOS  
Fecha inicio: 05/04/2022  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: MÓNICA IBÁÑEZ FORNÉS

4. POTENCIAR LA VACUNACIÓN EN LAS PERSONAS QUE RECIBEN CARTA DE SALUD PÚBLICA PARA VACUNARSE A LOS 65 AÑOS  
Fecha inicio: 07/06/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#304

### 1. TÍTULO

#### AUMENTAR LA COBERTURA DE VACUNACION ANTINEUMOCOCICA 23 EN LA ZONA BASICA DE ATECA

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: MÓNICA IBÁÑEZ FORNÉS

5. BÚSQUEDA ACTIVA DE AQUELLAS PERSONAS DE ENTRE 66-67 AÑOS QUE NO RECIBIERON SU DOSIS

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: MÓNICA IBÁÑEZ FORNÉS

6. REGISTRO EN OMI DE LA VACUNACIÓN, TANTO DE LA ACEPTACIÓN COMO DE SU RECHAZO SI SE PRODUCE

Fecha inicio: 05/04/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: MÓNICA IBÁÑEZ FORNÉS

7. REVISIÓN DE PERSONAS- POBLACIÓN DIANA QUE YA SE HABÍAN PUESTO LA VACUNA VPN23 TANTO EN LA ZONA BÁSICA COMO EN ALGÚN SERVICIO DE ESPECIALIZADA

Fecha inicio: 05/04/2022

Fecha final.:

Responsable.: MÓNICA IBÁÑEZ FORNÉS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. COBERTURA VACUNAL EN PACIENTES CON FR MENORES DE 65 AÑOS DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: NÚMERO DE PACIENTES CON FR MENORES DE 65 AÑOS VACUNADOS DE VPN23

Denominador .....: POBLACIÓN DIANA DE PACIENTES MENORES DE 65 AÑOS CON FR

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP Y HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. COBERTURA VACUNAL EN PACIENTES QUE ÉSTE AÑO CUMPLAN 65 AÑOS DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: NÚMERO DE PACIENTES QUE CUMPLAN 65 AÑOS EN 2022 Y EN 2023 VACUNADOS DE VPN23

Denominador .....: POBLACIÓN DIANA DE PACIENTES DE LAS COHORTES DE EDAD CORRESPONDIENTES

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP Y HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. COBERTURA VACUNAL DE PACIENTES ENTRE 66-67 AÑOS QUE NO RECIBIERON SU DOSIS

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: NÚMERO DE PACIENTES DE ENTRE 66-67 AÑOS VACUNADOS DE VPN23

Denominador .....: POBLACIÓN DIANA DE PACIENTES DE LAS COHORTES POR EDAD

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI-AP Y HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#342

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL CARRO DE PARADAS EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE ATECA SIGUIENDO EL PROTOCOLO DE GESTION Y CONTROL DEL CARRO DE PARADAS DE LOS EAP DEL SECTOR CALATAYUD

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#342 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BLANQUEZ PUEYO MERCEDES

Título  
IMPLEMENTACION DEL CARRO DE PARADAS EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE ATECA SIGUIENDO EL PROTOCOLO DE GESTION Y CONTROL DEL CARRO DE PARADAS DE LOS EAP DEL SECTOR CALATAYUD

Colaboradores/as:  
BUENO TABERNEIRO ANTONIO  
GOMEZ LLORENS MARIA CARMEN  
IBÁÑEZ FORNES MONICA  
MELENDO BUENO MAGDALENA

Ubicación principal del proyecto.: CS ATECA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ATECA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La dotación de los Centros de Salud con un carro de paradas es imprescindible para una adecuada asistencia de las demandas urgentes. El Centro de Salud ATECA estaba pendiente de recibir un carro de paradas ya que no se disponía de ninguno. Con la llegada de la pandemia covid-19 hubo que reestructurar el centro, momento que se aprovechó para gestionarlo.

Con este proyecto se intenta conseguir unificar en un infraestructura concreta toda la medicación necesaria en una situación de riesgo vital para el paciente, en el que el tiempo es fundamental para el buen desarrollo de la práctica clínica.

#### ÁREAS DE MEJORA

-Gestión y organización de recursos materiales del carro de paradas en urgencias .

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

-Disminuir el tiempo de actuación ante una situación de riesgo vital para el paciente  
-Mejora en dotación de material necesario en el carro de paradas de urgencias.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Equipar el Centro de Salud de ATECA con un carro de paradas. No se ha recibido el carro que estaba previsto por lo que se opta por adaptar dos carros de curas.

-Establecer un listado de la medicación y material necesarios en el carro de paradas para garantizar un equipamiento correcto.

-Establecer revisiones periódicas y registro de incidencias del carro de paradas.

-Disminuir el tiempo de actuación ante una situación de riesgo vital para el paciente

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Sesión informativa al Equipo de Atención Primaria del proyecto de mejora.

Fecha inicio: 04/01/2022

Fecha final.: 04/01/2202

Responsable.: Mónica Ibáñez Fornés

2. - Acondicionamiento de dos carros de curas para poder utilizarlos como carro de paradas. Se les añaden dos cajones metálicos para el almacenaje de material y medicación.

Fecha inicio: 15/12/2021

Fecha final.: 04/01/2022

Responsable.: Mónica Ibáñez Fornés

3. - Se crea registro semanal de revisión del carro de paradas (funcionamiento del equipamiento, reposición de material y revisión de caducidades). Responsable de esta revisión será el personal sanitario

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Mercedes Blánquez Pueyo

4. - Se elabora listado de stock mínimo de material y medicación (anexo al carro de paradas para facilitar la revisión)

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final.: 31/01/2022

Responsable.: Carmen Gomez Llorens

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#342

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL CARRO DE PARADAS EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE ATECA SIGUIENDO EL PROTOCOLO DE GESTION Y CONTROL DEL CARRO DE PARADAS DE LOS EAP DEL SECTOR CALATAYUD

5. - Rotulación de los cajetines de medicación.

Fecha inicio: 03/01/2022

Fecha final: 14/01/2022

Responsable.: Mercedes Blánquez Pueyo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Dispone de listado de stock mínimo de material/medicación (SI/NO)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: stock mínimo de medicación

Denominador .....: medicación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: 100 SI

0 NO

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Proporción de revisiones realizadas a lo largo del año

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de revisiones realizadas

Denominador .....: Número de revisiones programadas.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: 100% todas las revisiones realizadas según el registro

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Mejora práctica clínica

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#446

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL CONTROL Y ORGANIZACION DE MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA DEL COCHE Y SALA DE URGENCIAS DEL C. S . ATECA

Fecha de entrada: 01/07/2022

Nº de registro: 2022#446 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GRACIA JARABO MYRIAM

Título  
MEJORA EN EL CONTROL Y ORGANIZACION DE MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA DEL COCHE Y SALA DE URGENCIAS DEL C. S .  
ATECA

Colaboradores/as:  
DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO  
GARCIA GRACIA RAQUEL  
LAHOZ ABADIAS RAQUEL ISABEL  
PARRILLA GIL MARIA JOSE

Ubicación principal del proyecto.: CS ATECA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ATECA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La asistencia sanitaria urgente tanto en el centro de salud como en domicilio, implica que debemos tener unas instalaciones y unos recursos de calidad y cantidad adecuados para poder atenderla en el menor tiempo y de la mejor forma posible ya que puede llegar a ser una situación crítica para el paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Evitar duplicidades de material y medicación de los maletines de urgencias.
- Controlar ubicación de estos materiales y medicación por el personal sanitario tanto en maletines como en la sala de urgencias.
- Mantener la sala de urgencias y el coche ordenados.
- Evitar medicación caducada en maletines y sala de urgencias.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Nos encontramos medicación caducada.
- No conocemos bien la distribución exacta de los recursos necesarios.
- A veces nos falta medicación que no hemos repuesto una vez usada.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Conocer la distribución de materiales y medicación de los maletines de atención domiciliaria y de la sala de urgencias.
- Evitar duplicidades y disminuir la probabilidad de encontrar material y medicación caducada así como la ausencia de ella.
- Adecuar los maletines del coche según necesidades de urgencias domiciliarias.
- Proporcionar una atención adecuada tanto al paciente que viene al centro de salud como en su domicilio, acortando tiempos de acción.
- Aumentar la seguridad del profesional.
- Implementar un mecanismo de feedback entre el EAP para incorporar posibles mejoras o aportaciones.
- Implicar a todos los profesionales sanitarios del centro de salud para conseguir todo lo anterior.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión del equipo para presentar el proyecto y elaborar el calendario de actividades a realizar semanalmente.

Fecha inicio: 09/05/2022

Fecha final.: 09/05/2022

Responsable.: Pablo de Lora Novillo

2. Rotulación de los cajetines del material y medicación de la sala de urgencias.

Fecha inicio: 16/05/2022

Fecha final.: 22/05/2022

Responsable.: M. José Parrilla Gil

3. Organizar maletines de urgencias unificándolos y dejando tres: respiratorio, circulatorio y medicación.

Fecha inicio: 16/05/2022

Fecha final.: 31/05/2022

Responsable.: Raquel García Gracia

4. Cumplimentar el calendario de actividades con fecha, firmas e incidencias. ( Responsable de esta actividad el equipo sanitario que esté de guardia ese día)

Fecha inicio: 01/06/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#446

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL CONTROL Y ORGANIZACION DE MALETINES DE ATENCION DOMICILIARIA DEL COCHE Y SALA DE URGENCIAS DEL C. S . ATECA

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Myriam Gracia Jarabo

5. Revisión del material de ventilación(balas oxígeno, ambu, guedel...) tanto de la sala de urgencias como del coche. (Responsable el equipo sanitario que esté de guardia ese día)

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Myriam Gracia Jarabo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Profesionales informados del protocolo a seguir.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales del C.S. que acuden a la reunión.

Denominador .....: Numero total de profesionales del centro de salud.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: DAP calatayud

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Cumplimiento de la hoja de registro de actividades.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de días cumplimentados correctamente.

Denominador .....: Número de días totales a cumplimentar.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Planillas elaboradas en el propio centro de salud.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Satisfacción del personal sanitario del C. S. en relación al proyecto

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de profesionales con un grado de satisfacción igual o mayor al 70%

Denominador .....: Número total de profesionales que han contestado la encuesta.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: La encuesta entregada a cada profesional.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Atención sanitaria urgente.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#536

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ENTREGA DE INFORMACION ESCRITA AL PACIENTE, EN FORMA DE RECOMENDACIONES Y CONSEJOS, EN RELACION CON LAS PATOLOGÍAS MAS PREVALENTES EN ATENCION CONTINUADA EN EL C.S. ATECA

Fecha de entrada: 09/07/2022

Nº de registro: 2022#536 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA GRACIA RAQUEL

Título  
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ENTREGA DE INFORMACION ESCRITA AL PACIENTE, EN FORMA DE RECOMENDACIONES Y CONSEJOS, EN RELACION CON LAS PATOLOGÍAS MAS PREVALENTES EN ATENCION CONTINUADA EN EL C.S. ATECA

Colaboradores/as:  
BLANQUEZ PUEYO MERCEDES  
DELGADO BUENO ANA  
JUNCOSA OLIVERA DANIEL  
MILLA PEREZ MARIA MAR  
RODRIGALVAREZ DE VAL SARA

Ubicación principal del proyecto.: CS ATECA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ATECA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el ámbito de la Atención Continuada, la atención y tratamiento de parte de las patologías atendidas, pueden ser complementados con consejos y recomendaciones a seguir por el paciente tras ser dado de alta. Consideramos es ésta una acción importante que permite aportar al paciente, de forma escrita, un complemento a la información recibida por el personal sanitario, en relación a su patología y al seguimiento de la misma, basada en protocolos consensuados y actualizados y explicada de forma clara y sencilla.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Desarrollo de contenidos escritos de interés para el paciente que complementen la atención recibida por el profesional.
- Difusión de dicha información al paciente.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Ausencia de protocolos escritos.
- Ausencia de supervisión.
- Ausencia de consenso del contenido de la documentación entregada.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Existencia de información escrita en forma de consejos y recomendaciones al paciente en el contexto de la Atención Continuada.
- Adecuación, organización y accesibilidad del espacio destinado a dicha información.
- Actualización continuada y consensuada de los protocolos.
- Asegurar que siempre existan documentos para la realización de una atención de calidad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de la información escrita en forma de protocolos recabando información de guías recientes y validadas.

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 12/01/2023

Responsable.: Raquel García Gracia

2. Divulgación de los nuevos protocolos al equipo del Centro de Salud.

Fecha inicio: 14/02/2023

Fecha final.: 14/02/2023

Responsable.: Mercedes Blánquez Pueyo

3. Creación de una encuesta para valorar el grado de satisfacción de cada profesional.

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final.: 18/09/2022

Responsable.: María Mar Milla Pérez

4. Impresión en papel de la información, organización y etiquetado de la misma.

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 12/01/2023

Responsable.: Ana Delgado Bueno

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#536

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE ENTREGA DE INFORMACION ESCRITA AL PACIENTE, EN FORMA DE RECOMENDACIONES Y CONSEJOS, EN RELACION CON LAS PATOLOGÍAS MAS PREVALENTES EN ATENCION CONTINUADA EN EL C.S. ATECA

5. Control de reposición de los documentos estableciendo un mínimo de stock.

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: Daniel Juncosa Sanz

6. Entrega de la encuesta a los profesionales y análisis de la misma.

Fecha inicio: 14/02/2023

Fecha final: 31/12/2023

Responsable.: Sara Rodríguez De Val

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Profesionales del Centro de Salud asistentes a la sesión divulgativa de los nuevos protocolos.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de profesionales que acuden a la sesión.

Denominador .....: Número total de profesionales.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: DAP Calatayud.

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Satisfacción del personal sobre la idoneidad y correcto funcionamiento del proyecto.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de profesionales que alcanzan más del 80% de satisfacción.

Denominador .....: Número de profesionales que han contestado a la encuesta.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: La encuesta entregada a cada profesional.

Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías atendidas en At.Continuada cuyo tto y seguimiento son susceptibles de ser mejorados con la entrega al paciente de información escrita

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#629

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO LA RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN EL CS ATECA

Fecha de entrada: 14/07/2022

Nº de registro: 2022#629 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
RODRIGALVAREZ DE VAL SARA

Título  
MEJORANDO LA RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN EL CS ATECA

Colaboradores/as:  
DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO  
DELGADO BUENO ANA  
JUNCOSA OLIVERA DANIEL  
LAHOZ ABADIAS RAQUEL ISABEL  
MILLA PEREZ MARIA MAR

Ubicación principal del proyecto.: CS ATECA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ATECA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Estrategia de Atención Comunitaria en Aragón (EACA) tiene como objetivos promover y mejorar la salud y el bienestar de las personas en Aragón. Una de sus tres vías de acción es el enfoque comunitario basado en activos, mediante la recomendación comunitaria y la dinamización de activos para la salud. El modelo de activos en salud permite empoderar a la ciudadanía y disminuir la medicalización de malestares cotidianos, aportando intersectorialidad, participación, equidad y orientación en determinantes de la salud. Para poder realizar correctamente esta prescripción de activos desde el centro de salud, es importante conocer la comunidad con la que trabajamos, así como tener la formación necesaria. Por ello proponemos este proyecto.

#### ÁREAS DE MEJORA

- En estos momentos no se realiza prescripción de activos en salud reglada en el centro de salud
- No existe colaboración intersectorial entre los agentes de la zona.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Se desconocen los activos en la zona básica de salud.
- El consejo de salud de zona no tiene actividad en estos momentos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la formación sobre prescripción en activos en salud del equipo de atención primaria.
- Elaborar un mapa de activos en salud de los municipios que engloban la ZBS Ateca.
- Contactar con dichos recursos para explicar el enfoque de activos en salud, e invitar a participar en Consejo de Salud o consensuar colaboraciones.
- Informar a los recursos sobre la posibilidad de activarse en el buscador de activos en salud de la EACA.
- Informar periódicamente al equipo del centro de salud sobre los activos contactados para conocer su oferta.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación en el equipo en recomendación de activos en salud y atención comunitaria

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final: 31/12/2023  
Responsable.: SARA RODRIGÁLVAREZ

2. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar e intersectorial

Fecha inicio: 28/09/2022  
Fecha final: 07/11/2022  
Responsable.: MARIA MAR MILLA

3. Realización de mapeo de activos con la comunidad

Fecha inicio: 07/11/2022  
Fecha final: 31/03/2023  
Responsable.: DANIEL JUNCOSA

4. Reunión con los recursos mapeados para invitar a incluirse en el buscador de activos de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón

Fecha inicio: 07/11/2022  
Fecha final: 31/03/2023  
Responsable.: ANA DELGADO

5. Devolución a la población para que conozcan sus recursos

Fecha inicio: 12/06/2023  
Fecha final: 15/10/2023



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#629

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO LA RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN EL CS ATECA

Responsable.: RAQUEL LAHOZ

6. Presentación de los resultados en reunión de equipo

Fecha inicio: 02/10/2023

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: PABLO DE LORA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

En primer lugar, se realizará formación en el equipo en recomendación de activos en salud y la herramienta inserta en OMI al respecto, facilitado ello por el equipo de la EACA.

Tras ello, se formará un grupo de trabajo con aquellas personas interesadas en llevar a cabo el trabajo. Se informará al consejo de salud de zona para intentar que el grupo sea multidisciplinar e intersectorial. Para realizar el mapeo de activos, se plantearán actividades en las que la comunidad identifique aquellos recursos y activos que piensen que mejoran su salud. Para completarlo, se realizarán entrevistas a informantes clave, tanto del centro de salud como del territorio (trabajadora social, farmacias, educación, ayuntamiento, comarca...).

Tras ello, se realizará una aproximación a los recursos identificados para reunirse con ellos, presentar el proyecto, establecer marcos colaborativos y animarlos a incluirse en el buscador de la EACA, para lo cual les explicaremos el procedimiento.

También se realizará una devolución a la población para que conozcan sus recursos.

Se presentarán los resultados en reunión de equipo para que todos conozcamos los recursos disponibles y podamos recomendarlos.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Profesionales formados en atención comunitaria

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Porcentaje de profesionales que acuden a la formación en recomendación de activos

Denominador .....: Número total de profesionales del equipo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas de sesiones del equipo

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Número de recursos y activos contactados

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de recursos y activos contactados

Denominador .....: Número total de recursos y activos identificados en el mapeo

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Documento de recogida de datos tras el mapeo

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

3. Número de recursos incluidos en buscador de EACA

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de recursos incluidos en buscador de EACA

Denominador .....: Número de recursos y activos contactados

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Documento de recogida de datos tras el mapeo, buscador de la estrategia de atención comunitaria de Aragón

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Los indicadores corresponden a la zona básica de salud de Ateca (Sector Calatayud).

La recogida de información se hará por un lado en soporte físico (mapas, cartulinas...) y posteriormente se trasladará a un documento compartido desde el cual trabajaremos.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Dirigido a todo tipo de población, tanto enferma como sana.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#290

### 1. TÍTULO

#### ACTUACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO EN URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE Y SUR

Fecha de entrada: 25/06/2022

Nº de registro: 2022#290 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GIMENEZ LOPEZ VIRGINIA

Título  
ACTUACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO EN URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE Y SUR

Colaboradores/as:  
HILA MONICA ANICUTA  
JABAL CALVILLO RAQUEL  
MORALES FERRUZ RAQUEL  
PARDOS PASCUAL CARMEN  
PERALES MARTINEZ JOSE IGNACIO

Ubicación principal del proyecto.: CS CALATAYUD

Servicio/Unidad principal .....: EAP CALATAYUD NORTE

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La asistencia a urgencias pediátricas en Atención Primaria, aunque es poco frecuente, forma parte de nuestra actividad diaria. Para su correcta realización se requiere, además de una capacitación técnica, una infraestructura, material y medicación adecuadas y específicas para la Atención Pediátrica. Los distintos profesionales debemos estar familiarizados con la organización y el equipamiento de la sala de urgencias para poder realizar de forma eficiente esta asistencia. Hay que adecuar la actividad sanitaria a modelos de calidad asistencial donde la seguridad del paciente quede patente mediante la realización de actuaciones seguras por parte del personal sanitario.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la calidad en la asistencia al paciente pediátrico en urgencias del centro de salud.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Muchos profesionales que atienden niños en el Centro de Salud no están familiarizados con los protocolos de urgencias pediátricos, instrumental y dosis de fármacos a usar en estos pacientes.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1.- Facilitar la asistencia a los distintos profesionales que atienden Urgencias pediátricas mediante el uso de tablas y algoritmos sencillos y actualizados.
- 2.- Informar a todos los profesionales del equipo de Atención Primaria del equipamiento y distribución del material pediátrico disponible en la sala de urgencias y revisar algoritmos actualizados de las urgencias pediátricas más frecuentes.
- 3.- Mejoría de la calidad en la asistencia a los pacientes pediátricos en Urgencias del Centro de Salud.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de varias tablas sencillas y esquemáticas en las que figuren los tamaños de instrumental y dosis de fármacos recomendadas en urgencias para cada edad y peso en niños.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Virginia Giménez López, Raquel Morales Ferruz, José Ignacio Perales Martínez

2. Elaboración de algoritmos de urgencias pediátricas actualizados para su consulta en la sala.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: José Ignacio Perales Martínez, Raquel Morales Ferruz, Virginia Giménez López

3. Realización de una sesión clínica informativa con el EAP en la sala de urgencias para dar a conocer la organización y disposición del material y revisión de las tablas y algoritmos de urgencias.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Raquel Morales Ferruz, Virginia Giménez López, José Ignacio Perales Martínez

4. Encuesta a los profesionales médicos y de enfermería para valorar la utilidad, facilidad de uso y repercusión en la atención pediátrica de las tablas y algoritmos realizados.

Fecha inicio: 01/09/2023

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Raquel Javal Calvillo, Mónica Anicuta Hila, Carmen Pardos Pascual

5. Análisis de datos, evaluación de indicadores y memoria final.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#290

### 1. TÍTULO

#### ACTUACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO EN URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE Y SUR

Fecha inicio: 01/12/2023  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: Virginia Giménez López

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de asistencia a la sesión formativa.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de médicos y enfermeras asistentes a la sesión  
Denominador .....: Número de médicos y enfermeras que atienden urgencias pediátricas en el centro.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Acta sesión  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Elaboración de tabla de tamaños de instrumental de urgencias pediátricas según edad y peso.

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Tabla de tamaños de instrumental  
Denominador .....: No necesario  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Elaboración propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

3. Elaboración de tabla de dosis de fármacos de uso en urgencias pediátricas según edad y peso.

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Tabla de dosis de fármacos  
Denominador .....: No necesario  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Elaboración propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

4. Creación de un documento recopilatorio de algoritmos actualizados de urgencias pediátricas.

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Documento recopilatorio de algoritmos de urgencias pediátricas  
Denominador .....: No necesario  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Elaboración propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

5. Encuesta a los profesionales para valorar la utilidad de los protocolos y tablas realizadas.

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Número de encuestas valoradas por encima de un 65%  
Denominador .....: Total de encuestas realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Urgencias pediátricas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#290

### 1. TÍTULO

#### ACTUACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO EN URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE Y SUR

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#335

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DE CARIES Y MEJORA DE LA SALUD BUCODENTAL DE LA POBLACION INFANTIL DE ENTRE 5 Y 11 AÑOS DE EDAD ESCOLARIZADA EN LA LOCALIDAD DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#335 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SAIZ BURGUEÑO ZAIDA

Título  
PREVENCIÓN DE CARIES Y MEJORA DE LA SALUD BUCODENTAL DE LA POBLACION INFANTIL DE ENTRE 5 Y 11 AÑOS DE EDAD ESCOLARIZADA EN LA LOCALIDAD DE CALATAYUD

Colaboradores/as:  
PEREZ TORNOS MARIA CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: CS CALATAYUD

Servicio/Unidad principal .....: EAP CALATAYUD NORTE

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La salud bucodental en la infancia se define como la ausencia de dolor orofacial, aftas bucales, infecciones, caries y enfermedades periodontales. Disponer de una buena salud bucodental en la edad infantil es fundamental para gozar de una buena salud y calidad de vida tanto en la infancia como en la adolescencia y en la edad adulta.

#### ÁREAS DE MEJORA

El equipo de salud bucodental de la unidad de odontología del Sector Calatayud conoce la prevalencia de patologías tales como la caries, gingivitis, etcétera, así como de hábitos no saludables relacionados con la alimentación y cuidado de la cavidad oral y por ello pretende ampliar la información acerca de pautas de higiene y dieta que consiguen mejorar la salud oral.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La falta de asesoramiento e información (tanto de los padres como de la población infantil) acerca de los cuidados de salud oral y el cambio en los hábitos alimenticios en la actualidad, están originando un aumento de la incidencia de patologías de la cavidad oral.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mejorar la salud oral de los pacientes.
- Prevenir la aparición de enfermedades bucodentales tales como gingivitis, pulpitis, etcétera.
- Aumentar los conocimientos de padres/tutores acerca de pautas de higiene y dieta recomendables para conseguir una salud bucodental óptima.
- Promover hábitos adecuados de salud oral.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de sesiones formativas de prevención y promoción de salud oral en la población infantil de entre 5 y 11 años escolarizados en la localidad de Calatayud.

Fecha inicio: 15/02/2022

Fecha final.: 15/06/2023

Responsable.: Zaida Saiz Burgueño

2. Entrega de trípticos informativos para divulgación de información a padres y tutores acerca de las coberturas y prestaciones incluidas en el SALUD.

Fecha inicio: 15/02/2022

Fecha final.: 15/06/2023

Responsable.: Zaida Saiz Burgueño

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de niños que han recibido la formación.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de niños que han recibido la formación.

Denominador .....: Nº de niños escolarizados de entre 5 y 11 años en la localidad de Calatayud.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: - Página web de educación del Gobierno de Aragón - Personal de dirección de los centros educativos.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.30

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.60

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#335

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DE CARIES Y MEJORA DE LA SALUD BUCODENTAL DE LA POBLACION INFANTIL DE ENTRE 5 Y 11 AÑOS DE EDAD ESCOLARIZADA EN LA LOCALIDAD DE CALATAYUD

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Prevención de enfermedades de la cavidad oral.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#368

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD Y COMUNICACION EN EL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE MEDIANTE EL USO DE PICTOGRAMAS Y LENGUAJE INCLUSIVO

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#368 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HERNANDEZ GIL RUTH

Título  
MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD Y COMUNICACION EN EL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE MEDIANTE EL USO DE PICTOGRAMAS Y LENGUAJE INCLUSIVO

Colaboradores/as:  
CHUECA GORMAZ ISABEL  
GIMENEZ LOPEZ VIRGINIA  
LABORDA HIGES FATIMA  
MARTINEZ IBAÑEZ PAOLA  
PONCE LAZARO M. JOSEFA  
RODRIGUEZ MIJANGOS IDOIA  
ROYO VILLA ALBERTO

Ubicación principal del proyecto.: CS CALATAYUD

Servicio/Unidad principal .....: EAP CALATAYUD NORTE

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario y principal responsable de la promoción de la salud. Los principios de Atención Primaria giran en torno a la equidad y establecen que debe ser accesible para todas las personas, independientemente de factores como el origen socioeconómico, la raza o la sexualidad. Atendemos a una población diversa en cuanto a idioma, cultura y capacidades, este hecho, en algunas ocasiones puede dificultar la comunicación en las distintas fases del proceso asistencial. Mediante el uso de apoyos visuales, como pueden ser pictogramas, mejoraríamos la accesibilidad de las personas con dificultades para la comunicación, ayudando a identificar los distintos lugares del centro de salud, así como facilitar ciertos procedimientos médicos y de enfermería. La mejora de la comunicación entre usuarios y trabajadores del centro de salud ayudaría a evitar el estrés que la situación puede generar en ambos, optimizaría el tiempo de atención, facilitaría la continuidad asistencial y aumentaría la seguridad en las atenciones a estos usuarios.

#### ÁREAS DE MEJORA

Dificultad de comunicación en las distintas fases del proceso asistencial.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Diversidad en cuanto a idioma, cultura y capacidades de la población que atendemos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Fomentar y sensibilizar sobre la importancia del lenguaje inclusivo entre los trabajadores del centro de salud. Facilitar la accesibilidad al centro de salud Calatayud Norte a los usuarios con dificultades en la comunicación. Ayudar en el proceso de la asistencia sanitaria por medio de pictogramas del catálogo del Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa (ARASAAC), a los usuarios con dificultades en la comunicación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Contactar vía correo electrónico con ARASAAC para solicitar permiso para uso de sus pictogramas y mantener vía abierta de comunicación con ellos.

Fecha inicio: 03/05/2022

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Ruth Hernández Gil

2. Realizar inventario de espacios del centro de salud que deben ser señalizados y selección de los pictogramas del catálogo de ARASAAC más adecuados para cada zona.

Fecha inicio: 04/07/2022

Fecha final.: 15/03/2023

Responsable.: María Josefa Ponce Lázaro

3. Sesiones formativas en lenguaje inclusivo para trabajadores del centro de salud Calatayud Norte.

Fecha inicio: 16/03/2022

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Fátima Laborda Higes

4. Elaboración de secuencias explicativas de procedimientos, pruebas médicas y prácticas de enfermería

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#368

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD Y COMUNICACION EN EL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE MEDIANTE EL USO DE PICTOGRAMAS Y LENGUAJE INCLUSIVO

mediante un cuaderno de comunicación con pictogramas.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Paola Martínez Ibáñez

5. Elaboración de encuesta de satisfacción visual para usuarios de cuaderno de comunicación y hoja de registro de pacientes encuestados.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Idoia Rodríguez Mijangos

6. Recogida de resultados y análisis de datos de encuestas de satisfacción.

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Isabel Chueca Gormaz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Desde que planteamos la idea en el grupo de Atención Comunitaria del centro de salud hemos estado en contacto con ARASAAC. Solicitamos su permiso para el uso de su catálogo de pictogramas. Nos han felicitado por la iniciativa y apoyado dando indicaciones de como utilizarlos de forma legal y sin coste.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Asistencia a las sesiones formativas por los trabajadores del centro de salud.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Asistentes a las sesiones clínicas

Denominador ..... Número total de trabajadores del centro de salud.

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Hoja de firmas en sesiones

Est.Mín.1ª Mem .. 30.00

Est.Máx.1ª Mem .. 50.00

Est.Mín.2ª Mem .. 60.00

Est.Máx.2ª Mem .. 80.00

2. Señalización de espacios en el centro de salud.

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Espacios señalizados

Denominador ..... Total de espacios a señalar

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Inventario de espacios a señalar

Est.Mín.1ª Mem .. 50.00

Est.Máx.1ª Mem .. 70.00

Est.Mín.2ª Mem .. 70.00

Est.Máx.2ª Mem .. 90.00

3. Encuesta de satisfacción

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Resultado favorable en encuesta de satisfacción

Denominador ..... Total de encuestados

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 0.00

Est.Mín.2ª Mem .. 50.00

Est.Máx.2ª Mem .. 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Población diversa en cuanto a idioma, cultura y capacidades.

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#397

### 1. TÍTULO

#### EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD EN FACEBOOK E INSTAGRAM

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#397 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ROYO VILLA ALBERTO

Título  
EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD EN FACEBOOK E INSTAGRAM

Colaboradores/as:  
CHUECA GORMAZ ISABEL  
HERNANDEZ GIL RUTH  
MATA CRESPO LUZ DIVINA  
PIQUERAS LORIENTE SUSANA  
PONCE LAZARO M. JOSEFA  
RUIZ GARCIA RAQUEL  
SANCHEZ MELUS JORGE

Ubicación principal del proyecto.: CS CALATAYUD

Servicio/Unidad principal .....: EAP CALATAYUD NORTE

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las redes sociales son herramientas utilizadas tanto en la comunicación sanitaria entre profesionales como en la relación profesional-paciente, desde el grupo de trabajo de atención comunitaria hemos observado que el uso de estas plataformas es todavía muy escaso en nuestro medio, por lo que la creación de 2 cuentas en las redes sociales más utilizadas en nuestro país, Facebook e Instagram, podría ser de utilidad para difundir mensajes en la población general y realizar actividades de educación para la salud, aportando un escenario complementario para funciones sanitarias no asistenciales como la formación continuada, la docencia y la investigación. Además su carácter participativo y horizontal posibilita la creación de grupos virtuales en salud comunitaria, compartiendo información y experiencias con otros centros de salud. El uso adecuado de las redes sociales favorece que las personas estén bien informadas y les permite ser autónomas en la toma de decisiones sobre su salud.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Mejorar la difusión de temas relacionados con la salud entre la población general, profesionales y otros centros de salud.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Escasa interacción entre la población general y el sistema sanitario.
- Dificultad en el acceso a información de calidad en temas relacionados con la salud.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Mostrar el centro de salud a la población general.
- Informar sobre aspectos sanitarios, organizativos y recursos disponibles del centro.
- Fomentar la promoción, educación para la salud y la prevención de enfermedades.
- Promover la autonomía del paciente y el uso de activos para la salud.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Solicitar permiso a Dirección de Atención Primaria del sector Calatayud y al gabinete de la Consejera de Sanidad.

Fecha inicio: 26/05/2022  
Fecha final.: 03/06/2022  
Responsable.: ALBERTO ROYO VILLA

2. Realizar una primera sesión informativa para presentar el proyecto y que el personal del Centro de Salud pueda aportar ideas sobre temas a tratar en redes sociales.

Fecha inicio: 04/07/2022  
Fecha final.: 04/07/2022  
Responsable.: ALBERTO ROYO VILLA

3. Crear las cuentas de Facebook e Instagram.

Fecha inicio: 08/07/2022  
Fecha final.: 08/07/2022  
Responsable.: ALBERTO ROYO VILLA

4. Impresión de cartelería.

Fecha inicio: 11/07/2022  
Fecha final.: 15/07/2022  
Responsable.: SUSANA PIQUERAS LORIENTE

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#397

### 1. TÍTULO

#### EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD EN FACEBOOK E INSTAGRAM

5. Colocación de carteles en zonas visibles del Centro de Salud.

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final.: 18/07/2022

Responsable.: RAQUEL RUIZ GARCIA

6. Contactar con Onda Local Calatayud y el Ayuntamiento de Calatayud para potenciar la difusión de las redes sociales en la población general.

Fecha inicio: 11/07/2022

Fecha final.: 11/07/2022

Responsable.: M. JOSEFA PONCE LAZARO

7. Segunda reunión de equipo.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.:

Responsable.: RUTH HERNANDEZ GIL

8. Tercera reunión de equipo.

Fecha inicio: 15/11/2022

Fecha final.: 15/11/2022

Responsable.: ISABEL CHUECA GORMAZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Actualizar la información publicada en redes sociales --> persona responsable --> JORGE SANCHEZ MELUS.

- Recoger sugerencias de los usuarios sobre aspectos que sean de su interés --> persona responsable --> LUZ DIVINA MATA CRESPO.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de publicaciones semanales

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de publicaciones por semana

Denominador .....: semanas-año

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Facebook e Instagram

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % obtenidos en pequeñas encuestas realizadas a través del formato "stories"

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de usuarios con interés por un determinado tema de salud

Denominador .....: total de usuarios

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Facebook e Instagram

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Promoción de la salud

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#287

### 1. TÍTULO

#### MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN EL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL. COMENZAMOS

Fecha de entrada: 25/06/2022

Nº de registro: 2022#287 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
COMPES DEA MARTA

Título  
MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN EL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL. COMENZAMOS

Colaboradores/as:  
BARRIENDO ORTILLES CERES  
DOMINGUEZ GARCIA MARTA  
GRANERO BERLANGA NICOLAS  
HILA MONICA ANICUTA  
MOROS SANZ MARIA-ESTHER  
SEBASTIAN ALCAIN MARIA DEL MAR  
SISAMON MARCO ISRAEL

Ubicación principal del proyecto.: CS CALATAYUD

Servicio/Unidad principal .....: EAP CALATAYUD SUR

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La estrategia de Atención Comunitaria en Aragón comenzó su andadura en 2016, se estructura en tres vías de acción, una de ellas es la recomendación de Activos para la Salud. Para iniciar el proceso de recomendación de Activos para la Salud en las consultas, tenemos que conocer los activos que hay en nuestra ZBS. La definición de activo para la salud según Morgan y Ziglio 2007 es " Cualquier factor ( o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud". Estos recursos presentes en la comunidad pueden actuar a nivel individual, familiar y/o comunitario. Tienen como denominador común la capacidad de fortalecer la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud física, social y emocional, contrarrestar situaciones de estrés y superar las dificultades frente a la desigualdad . Son esenciales para articular la búsqueda de capacidades y habilidades hacia lo que genera salud y estima individual y colectiva. En consecuencia menor dependencia del Sistema Sanitario. Los mapas de activos, mediante su desarrollo participativo, son una herramienta útil para fomentar el empoderamiento de la población en su salud y aumentar el conocimiento de los recursos de salud disponibles en el entorno, ayudando a crear un enfoque positivo de la salud y aumentar la relación entre profesionales sanitarios, sociales y vecinos de una comunidad, lo que es lo mismo crear redes.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la orientación comunitaria del equipo de Atención Primaria del Centro de Salud Calatayud Rural.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desconocimiento de la estrategia de Atención Comunitaria del Servicio Aragonés de Salud.  
Falta de trabajo en red con instituciones y entidades de la ZBS.  
Escasa visión salutogénica. ( Enfoque positivo de la salud).

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Poner en marcha el abordaje comunitario y la recomendación de Activos para la salud descrita en la Estrategia de Atención Comunitaria en nuestro Equipo de Atención Primaria.

Fomentar el empoderamiento de la población de nuestra comunidad en referencia a la gestión de su salud, dando visibilidad a los factores o recursos que mejoran y mantienen su salud así como la creación de cohesión social, redes y asociaciones.

Generar una visión salutogénica en el Equipo de Atención Primaria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Reuniones del grupo de atención comunitaria

Fecha inicio: 18/05/2022  
Fecha final.: 14/12/2022  
Responsable.: Israel Sisamón

#### 2. Fiesta de Mapeo de activos en Munébrega.

Fecha inicio: 21/09/2022  
Fecha final.: 14/12/2022  
Responsable.: Maria del Mar Sebastian Alcain

#### 3. Fiesta de Mapeo de activos en Miedes

Fecha inicio: 28/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#287

### 1. TÍTULO

#### MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN EL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL. COMENZAMOS

Fecha final.: 14/12/2022

Responsable.: Marta Domínguez García

4. Coordinación con entidades e instituciones (Ayuntamientos, asociaciones y Comarca) para publicar sus activos en la web de la Alianza y poder recomendar de manera formal a través de OMI AP.

Fecha inicio: 04/04/2022

Fecha final.: 14/12/2022

Responsable.: Marta Compés Dea

5. Presentación de la Estrategia al sistema educativo y conocimiento de sus programas de salud a través de una carta de presentación y la encuesta de situación y necesidades en promoción de salud.

Fecha inicio: 18/05/2022

Fecha final.: 14/12/2022

Responsable.: Monica Anicuta Hila

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Programación, elaboración e implementación del proyecto.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de reuniones de equipo realizadas.

Denominador .....: Número de reuniones de equipo programadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Actas de reuniones.

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Trabajo en red con Instituciones ( Ayuntamientos y comarca Comunidad de Calatayud)

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de instituciones que colaboran con el proyecto y suben sus activos.

Denominador .....: Número total de instituciones contactadas.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Grupo de Atención Comunitaria de Calatayud Rural.

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

3. Situación de activos validados y añadidos a la plataforma de recomendación.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de activos nuevos añadidos a la plataforma desde abril 22 hasta diciembre del 22 en nuestra ZBS.

Denominador .....: Número de activos totales en la plataforma en nuestra ZBS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Buscador de Activos para la Salud de la Alianza.

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

4. Recomendación de activos por los profesionales de nuestra ZBS.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de profesionales que han recomendado al menos 1 activo para la salud desde abril 22 hasta diciembre del 22.

Denominador .....: Número de profesionales totales de nuestro equipo.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Profesionales de nuestro EAP, datos de OMI-AP.

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#287

### 1. TÍTULO

#### MAPEO DE ACTIVOS PARA LA SALUD EN EL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL. COMENZAMOS

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#339

### 1. TÍTULO

#### SALUD BUCODENTAL EN LA ESCUELA RURAL

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#339 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PEREZ TORNOS MARIA CARMEN

Título  
SALUD BUCODENTAL EN LA ESCUELA RURAL

Colaboradores/as:  
SAIZ BURGUEÑO ZAIDA

Ubicación principal del proyecto.: CS CALATAYUD

Servicio/Unidad principal .....: EAP CALATAYUD SUR

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La caries es una de las enfermedades cada vez más frecuente en la infancia, pudiendo influir en el desarrollo físico, social, académico y psicológico del niño.  
La Educación para la Salud en las escuelas es un instrumento de promoción y prevención de la Salud Bucodental.

#### ÁREAS DE MEJORA

La Unidad de Salud Bucodental del Sector Calatayud propone realizar esta actividad comunitaria en las diferentes escuelas rurales pertenecientes al Sector Sanitario de Calatayud. Se pretende solucionar el acceso por problemas con el transporte de algunos alumnos de dichas escuelas e impide poder recibir una educación e información adecuada para poder mejorar su Salud Bucodental.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En la escuela Rural existe un alto porcentaje de población inmigrante, con problemas de desplazamiento e idioma, esto les impide conocer y entender las diferentes coberturas que abarca el Programa de Salud Bucodental del Gobierno de Aragón.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Aumentar la participación de los centros escolares de nuestra Zona Básica de Salud.
- Motivar una higiene bucodental correcta.
- Identificar los alimentos cariogénicos y su relación con la producción de caries.
- Fomentar la importancia de la salud bucodental en los niños de una manera divertida.
- Informar de la importancia de acudir a las revisiones odontológicas periódicamente.
- Captación y motivación de pacientes, familiares y comunidad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Acción formativa y dinámica de grupo mediante un Power point y una arcada dentaria con cepillo. Se pretende dar una formación adecuada a la edad de cada grupo de niños.

Fecha inicio: 02/05/2022

Fecha final.: 15/06/2023

Responsable.: M. CARMEN PEREZ TORNOS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de colegios rurales que han recibido la formación.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de centros que han realizado la formación.

Denominador .....: Número de escuelas rurales pertenecientes al sector sanitario de Calatayud.

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Gobierno de Aragón. Educación.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.25

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.15

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.40

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#339

### 1. TÍTULO

#### SALUD BUCODENTAL EN LA ESCUELA RURAL

---

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> SALUD BUCODENTAL.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#445

### 1. TÍTULO

#### DETECCION DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS, REALIZACION DE, AL MENOS, UNA ACTUACION BREVE, ESPIROMETRIA E INFORMACION ACERCA DE ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE FUMAR

Fecha de entrada: 01/07/2022

Nº de registro: 2022#445 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CUADRADO GONZALEZ AINOA

Título  
DETECCION DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS, REALIZACION DE, AL MENOS, UNA ACTUACION BREVE, ESPIROMETRIA E INFORMACION ACERCA DE ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE FUMAR

Colaboradores/as:  
ANDRES BERGARECHE IGNACIO  
BARRENA MARINA EMILIA  
CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL  
MARCELIN JEAN ELIE  
PARDILLOS MARIN CARLOS  
RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS  
SIMON APARICIO MARIA PAZ

Ubicación principal del proyecto.: CS DAROCA

Servicio/Unidad principal .....: EAP DAROCA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El tabaco continua siendo la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. En Aragón, la venta de cajetillas continúa en descenso, pero a pesar de las múltiples estrategias realizadas para conseguir la abstinencia tabáquica, el numero de fumadores es aún muy elevado. Tal es la preocupación, que el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ha incluido un tratamiento contra el tabaquismo en el sistema de financiación del Sistema Nacional de Salud. Desde nuestro centro de salud se inició el año pasado un proyecto como estrategia para detectar fumadores en los usuarios del centro y se incidió en la prevención y ayudas para dejar de fumar mediante una intervención breve (entendiéndose como intervención breve los criterios que marca el OMI-AP de abordaje oportunista mediante la entrevista profesional/paciente centrada en el uso de tabaco y cuya duración no exceda los 10 minutos, no supere las 3 visitas anuales y la duración total anual no sobrepase los 30 minutos) y la creación de carteles informativos. Además, en aquellos pacientes fumadores, se les realizó una espirometria para detectar de forma precoz patologías respiratorias derivadas del consumo de tabaco para mejorar el pronóstico en la mayoría de los casos. Si bien es cierto que durante el tiempo que se llevó a cabo el proyecto, tuvimos un incidente con el espirómetro por lo que el objetivo no llegó a cumplirse; considerando necesario continuar con dicho proyecto durante este año.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Detección precoz de patologías respiratorias cuyo factor de riesgo principal sea el tabaco
2. Apoyo y seguimiento en la deshabituación tabáquica
3. Realización de espirometría

#### ANALISIS DE CAUSAS

1. El tabaco es el principal factor de múltiples patologías respiratorias, con este proyecto se pretende detectarlas de forma precoz e iniciar un tratamiento efectivo para el paciente.
2. Seguimiento e información de deshabituación tabáquica con soporte al paciente y premiando la motivación
3. La espirometría es una prueba complementaria no invasiva que permite detectar de forma rápida alteraciones del patrón respiratorio patológicos o empeoramiento de la función respiratoria que pueda justificar un inicio de tratamiento que beneficie al paciente

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Mejorar el registro en OMI de detección del hábito tabáquico entre los usuarios del CS (Pacientes mayores o igual a 15 años a quienes se les ha preguntado por consumo de tabaco (DGP "TABACO") en los últimos 2 años).
  2. Realizar una intervención breve en fumadores para reducir el consumo de tabaco y establecer hábitos saludables, la cual se activa en pacientes de mas de 15 años registrados como fumadores ("FUMADOR = SI") al menos un año antes del periodo de evaluación, sobre los que se ha hecho algún tipo de intervención relacionada con el tabaquismo.
  3. Tener en los fumadores mayores de 40 años una espirometria y, en caso de no tenerla, realizarla
  4. En aquellos pacientes que al realizar el test de Richmond veamos que está con una motivación alta (>7) se procederá a realizar una intervención intensiva; realizando el test de Fagestrom (para valorar el nivel de dependencia). Ante aquellos pacientes que encontremos con una motivación alta (Richmond mayor a 7) y con muy alto nivel de dependencia (Fagestrom mayor a 8) se les informará acerca de los fármacos financiados por el SNS para dejar de fumar (Terapia sustitución nicotina [TSN], Bupropión o Varenicilina).
- Población diana: Usuarios del CS mayores de 15 años



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#445

### 1. TÍTULO

#### DETECCION DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS, REALIZACION DE, AL MENOS, UNA ACTUACION BREVE, ESPIROMETRIA E INFORMACION ACERCA DE ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE FUMAR

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión por parte de medicina de las historias de OMI de usuarios del CS (programada/demanda) del registro de hábito tabáquico para realizar intervención breve  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final: 31/12/2022  
Responsable.: Ainoa Cuadrado González, Jose Manuel Castaño Prieto e Ignacio Andrés Bergareche

2. Revisión por parte de medicina de las historias de OMI de usuarios del CS (programada/demanda) del registro de hábito tabáquico y comprobar si tienen realizada al menos una espirometría  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final: 31/12/2022  
Responsable.: Carlos Pardillos Marín y Jean Elie Marcelin

3. Captación de nuevos usuarios al registro de hábitos tóxicos (Tabaco "SI o NO") en visitas programadas/demanda  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final: 31/12/2022  
Responsable.: Cada médico y/o enfermera responsable del cupo

4. Realizar espirometría a los usuarios del CS fumadores mayores de 40 años que no se hayan realizado nunca una  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final: 31/12/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Paz Simón Aparicio

5. Información individual en consulta a aquellos pacientes con una motivación alta para dejar de fumar y un muy alto nivel de dependencia de las opciones que puede tener para dejar de fumar.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final: 31/12/2022  
Responsable.: Emilia Barrena Marina y Juan Carlos Rihuete Castán

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % registro de hábitos tóxicos.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Numero de pacientes mayores de 15 años del CS Daroca a los que se les ha preguntado y registrado sus hábitos tóxicos  
Denominador .....: Numero de pacientes mayores de 15 años del CS de Daroca  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. % intervención breve en pacientes registrados con hábito tabáquico  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Numero de pacientes mayores de 15 años registrados con hábito tabaquico a los que se les ha realizado una intervención, al menos, breve  
Denominador .....: Total de pacientes mayores de 15 años registrados con hábito tabáquico  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 65.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

3. % pacientes con hábito tabáquico a los que se les ha realizado una espirometría  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Numero de pacientes mayores de 40 años registrados con hábito tabáquico a los que se les ha realizado una espirometría en el año  
Denominador .....: Total de pacientes mayores de 40 años registrados como hábito tabáquico  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 55.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#445

### 1. TÍTULO

**DETECCION DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS, REALIZACION DE, AL MENOS, UNA ACTUACION BREVE, ESPIROMETRIA E INFORMACION ACERCA DE ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE FUMAR**

4. %intervención intensiva en pacientes registrados como hábito tabáquico

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Numero de pacientes mayores de 15 años registrados como hábito tabaquico en OMI a los que se les ha realizado una intervención intensiva

Denominador .....: Total de pacientes mayores de 15 años registrados con hábito tabáquico

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#451

### 1. TÍTULO

#### REVISION DE LA ADHERENCIA Y LA ADECUACION AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

Fecha de entrada: 03/07/2022

Nº de registro: 2022#451 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL

Título  
REVISION DE LA ADHERENCIA Y LA ADECUACION AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

Colaboradores/as:  
ALIJARDE LORENTE SARA  
ANDRES BERGARECHE IGNACIO  
GORDO BLANCO M. ISABEL  
MARGINEAN MONICA LUCRETIA  
PARDILLOS MARIN CARLOS  
ROBLES LOPEZ ANA  
SIMON APARICIO MARIA PAZ

Ubicación principal del proyecto.: CS DAROCA

Servicio/Unidad principal .....: EAP DAROCA

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La población anciana es, en la actualidad, la principal consumidora de fármacos, siendo su utilización adecuada un componente fundamental de la calidad asistencial. En esta población es especialmente frecuente la polimedicación, que puede estar asociada a la prescripción y uso de fármacos innecesarios o inadecuados y que en esta franja de edad supone mayor riesgo de mal uso por errores de dosificación, de baja adherencia terapéutica o incumplimiento, de interacciones farmacológicas y de reacciones adversas medicamentosas (RAM). La polimedicación además es un factor de riesgo independiente para la mortalidad en el anciano.

La no adherencia al tratamiento, o incumplimiento, está favorecida por la pérdida de memoria, la soledad, la disminución de la capacidad intelectual y los déficit sensoriales. Muchos de nuestros ancianos se automedican, originando un mayor consumo de fármacos y un mayor riesgo de RAM e interacciones farmacológicas. Las RAM son definidas como cualquier respuesta a un fármaco que sea nociva o indeseable y que se produzca a las dosis utilizadas en el hombre para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento. Son especialmente frecuentes en el anciano, y su prevalencia es del 5% cuando se consume un fármaco, cifra que se eleva hasta prácticamente el 100% cuando se consumen 10 o más fármacos. Con frecuencia, su presentación clínica es inespecífica y difícil de reconocer y se debe descartar ante caídas, depresión, pérdida de memoria, cambios del comportamiento, inquietud,... Muchas RAM en los ancianos son evitables y pueden disminuirse con una prescripción individualizada, y comprobando periódicamente la adherencia al tratamiento y la adecuación de los mismos.

#### ÁREAS DE MEJORA

La mala adherencia al tratamiento supone descompensaciones de la patología que pueden desencadenar en ingresos innecesarios y/o complicaciones que reduzcan la calidad de vida del paciente.

La revisión de los fármacos en ancianos polimedificados permite duplicidades de tratamiento y la retirada de aquellos fármacos que no presentan efectividad reduciendo así los efectos adversos ya que los beneficios del fármaco no los está obteniendo.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Es habitual que en los pacientes ancianos se introduzcan fármacos que posteriormente no se revisan de forma eficaz los beneficios que se están otorgando. Además, en pacientes ancianos presentan fármacos prescritos de varios años de evolución que no están aportando ningún beneficio pero no ha habido nadie que considerase la retirada del mismo suponiendo posibles complicaciones o efectos adversos evitables.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Mejorar el registro de pacientes ancianos polimedificados (= 75 años) a los que se ha efectuado revisión de adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería (%) dentro del Plan Personal de Revisión Estructurada de la Medicación.
2. Desde las consultas de Medicina se revisarán periódicamente las listas que, desde Farmacia de Atención Primaria del Sector de Calatayud, se envían con los pacientes que cumplan estas características dentro de cada cupo, así como las potenciales interacciones que puedan surgir de la combinación de dicha polifarmacia.  
Población diana: OMI-AP Y e-RECETA que cumplan las características reseñadas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión con el equipo para informar de la implantación del proyecto de calidad y las actividades y objetivos a alcanzar.  
Fecha inicio: 01/07/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#451

### 1. TÍTULO

#### REVISION DE LA ADHERENCIA Y LA ADECUACION AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Jose Manuel Castaño Prieto

2. Sesión intermedia para revisión de resultados y una última reunión de equipo a final de año para resultados definitivos.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Ignacio Andrés Bergareche y Ana Robles Lopez

3. Revisión por parte de enfermería y cumplimentación del protocolo de cartera de Servicios: Polimedicado: revisión por Enfermería

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Paz Simón Aparicio, Sara Alijarde Lorente y Monica Lucretia Marginean

4. Revisión de los pacientes por parte de Medicina que se nos envían periódicamente desde Farmacia de Atención Primaria y que cumplen dichas características.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Isabel Gordo Blanco y Carlos Pardillos Marín

5. Revisión del porcentaje de pacientes que desconocen por qué toman al menos uno de sus medicamentos.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Paz Simón Aparicio y Jose Manuel Castaño Prieto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes ancianos polimedificados a los que se ha efectuado revisión de adherencia

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Pacientes incluidos en el Denominador con revisión de adherencia (DGP &#39

CTMORSKY&#39

)

Denominador ..... Número total de pacientes ancianos polimedificados = 75 años identificados por eReceta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI y e-receta

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Porcentaje de pacientes ancianos polimedificados a los que se ha efectuado adecuación por enfermería

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... adecuación de la medicación(DGP &#39

AD\_TERA&#39

) en el periodo de evaluación (ambos criterios).

Denominador ..... Número total de pacientes ancianos polimedificados = 75 años identificados por eReceta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI y e-receta

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. % de pacientes a los que se les ha retirado al menos un fármaco, tras ser derivado a consulta médica

Tipo de indicador: alcance

Numerador ..... Pacientes a los que se les ha retirado al menos un fármaco

Denominador ..... Número total de pacientes remitidos a consulta médica desde enfermería para retirada de fármacos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: OMI y e-receta

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#451

### 1. TÍTULO

#### REVISION DE LA ADHERENCIA Y LA ADECUACION AL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Paciente Polimedicado

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1099

### 1. TÍTULO

#### CONOCIMIENTOS DE DIABETES Y CONSULTA MONOGRAFICA DEL PIE DIABETICO EN LA POBLACION DIABETICA DEL CENTRO DE SALUD DE DAROCA

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1099 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARGINEAN MONICA LUCRETIA

Título  
CONOCIMIENTOS DE DIABETES Y CONSULTA MONOGRAFICA DEL PIE DIABETICO EN LA POBLACION DIABETICA DEL CENTRO DE SALUD DE DAROCA

Colaboradores/as:  
ALIJARDE LORENTE SARA  
APARICIO SORIANO MARIA OLGA  
BES GIMENEZ ANA VICTORIA  
GORDO BLANCO M. ISABEL  
MARTI GUILLEN M. LOURDES  
RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS  
ROBLES LOPEZ ANA

Ubicación principal del proyecto.: CS DAROCA

Servicio/Unidad principal .....: EAP DAROCA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La diabetes está aumentando de forma progresiva, siendo una de las enfermedades potencialmente considerada como pandemia. El campo de actuación está en continuo progreso, surgiendo nuevos tratamientos que mejoran la salud y el bienestar de las personas con diabetes. Pero no sólo conviene que nos centremos en la terapéutica como única fuente de abordaje hacia nuestros pacientes. Debemos incidir en sus conocimientos sobre la enfermedad, para que en caso de que estos sean deficientes o mejorables, podamos actuar sobre ello. También, cuando se trata de personas mayores con algún déficit cognitivo, algo muy habitual en esta patología, este trabajo informativo lo realizaremos sobre las familias y principales cuidadores. Abordaremos diferentes campos: dieta, ejercicio, hábitos inadecuados, dosis y efectos secundarios de los medicamentos y saber reconocer signos de alarma y actuar ante ellos.

Por otro lado, desde la atención primaria, formamos parte del primer nivel de atención que puede ayudar a prevenir el pie diabético y las múltiples complicaciones posteriores.

Las principales manifestaciones del pie diabético son la disminución de la sensibilidad y de la circulación distal, provocando un empeoramiento de la cicatrización en caso de aparición de úlceras o heridas. Nos proponemos, además de la exploración en las consultas programadas de enfermería, la creación de una consulta monográfica al respecto, con un número limitado de pacientes, para que se les pueda enseñar cómo hacer el cuidado básico de los pies, corte de uñas, reconocer signos de alarma..., pues nos parece interesante y creemos que de más calado para las personas participantes, que se haga de manera grupal y sabiendo con cierta antelación que acudirán a dicha cita.

#### ÁREAS DE MEJORA

Dar herramientas a los pacientes para detectar de forma precoz las manifestaciones del pie diabético  
Evitar aparición de úlceras o heridas  
Mejorar el control de la diabetes  
Realizar seguimiento estrecho a los pacientes

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Otorgar la importancia a los síntomas que deben alarmar a los pacientes para la prevención de heridas y úlceras en los pies.  
Aumentar conocimientos en cuanto a los efectos de un mal control de diabetes para circulación  
Vincular al paciente en consulta para dudas y seguimiento

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Mejorar el registro de intervención por conocimientos deficientes en diabetes en el periodo de evaluación sobre pacientes diabéticos (T90) = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación
2. Creación de una Consulta Monográfica sobre Pie Diabético, con una periodicidad mensual y con un número de asistentes de entre 6 y 10 personas.

Población diana: Usuarios del CS incluidos en la cartera de servicios de atención al paciente crónico: Diabetes

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesión con el equipo para informar de la implantación del proyecto de calidad y las actividades y objetivos a alcanzar.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1099

### 1. TÍTULO

#### CONOCIMIENTOS DE DIABETES Y CONSULTA MONOGRAFICA DEL PIE DIABETICO EN LA POBLACION DIABETICA DEL CENTRO DE SALUD DE DAROCA

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Monica Marginean

2. Posteriormente se hará una sesión intermedia para revisión de resultados y una última reunión de equipo a final de año para resultados definitivos  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Monica Marginean

3. Revisión por parte de enfermería y cumplimentación de la evaluación del pie diabético.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Cada enfermera realizará la revisión de su cupo de pacientes

4. Captación de pacientes con riesgo moderado-alto de pie diabético para ofrecerles su participación en la Consulta Monográfica.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Cada profesional determinará los pacientes con riesgo moderado-alto para consulta monográfica

5. Creación en la Agenda de OMI del EAP una Unidad específica para la creación de la Consulta Monográfica  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Responsable de OMI

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % pacientes con registro de conocimiento de diabetes que se especifica dentro del protocolo  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Pacientes incluidos en el Denominador con al menos un registro entre el 1-ene del año anterior y la fecha de cálculo en los DGP 'NA\_00126'=1 y ('RDS\_5602'=1 o 'CDC\_5612'=1 o 'CDC\_5614'=1 o 'CDC\_5616'  
Denominador .....: Pacientes diabéticos (T90) = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

2. % de pacientes diabéticos que acuden a la Consulta Monográfica de Pie Diabético  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Numero de pacientes diabéticos del CS Daroca a los que se les proporciona educación e información relativo al pie diabético  
Denominador .....: Numero de pacientes diabéticos del CS de Daroca  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: OMI  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#7

### 1. TÍTULO

#### APRENDEMOS A CUIDAR NUESTROS DIENTES

Fecha de entrada: 18/05/2022

Nº de registro: 2022#7      \*\* Atención Comunitaria      \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA FRUCTUOSO MARIA TERESA

Título  
APRENDEMOS A CUIDAR NUESTROS DIENTES

Colaboradores/as:  
GARCIA REDONDO M. PILAR  
MURO CULEBRAS MARIA

Ubicación principal del proyecto.: CS ILLUECA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ILLUECA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Prevención de un problema sanitario detectado en nuestra población : falta de higiene bucodental , caries, etc.. Este proyecto pretende empoderar a la población infantil en el momento crucial de cambio de dentición temporal a definitiva en cuanto a hábitos saludables e higiene bucodental.

#### ÁREAS DE MEJORA

Observación de falta de hábitos saludables e higiene bucodental en las revisiones pediátricas rutinarias. No se trata únicamente de la presencia de caries dental sino también de la ausencia del hábito de la higiene, por falta de conocimiento, motivación y autonomía del niño para llevarla a cabo.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Poca adhesión familiar a consolidar los hábitos saludables por parte de la familia.  
Falta de motivación del niño por desconocimiento de las consecuencias de un mal hábito a medio- largo plazo  
No realizar revisiones periódicas en el odontólogo por diferentes causas( falta de recursos económicos,culturales, experiencias negativas anteriores, poca accesibilidad en zonas rurales..)en algunos grupos poblacionales.  
No utilización de un recurso preventivo como el PABIJ por desconocimiento.

Falta de uso de los programas de prevención(PABIJ), por desconocimiento

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Con el enfoque en la prevención el proyecto pretende:

- 1.-Enseñar a todos los niños de 6 años (primero de primaria) de los colegios pertenecientes a la zona básica de salud de Illueca, de manera teórica y práctica, como debe hacerse un correcto cepillado dental
- 2.-Conseguir que los niños valoren positivamente el aprendizaje del taller.
- 3.-Ampliar los conocimientos y habilidades previas de los niños en salud bucodental.

El proyecto se desarrollará en el ámbito escolar, dirigido a la población de niños de 6 años (primero de primaria) ya que es la edad en que comienzan a erupcionar las piezas dentales definitivas y consideramos el mejor momento para desarrollar y asentar este hábito de la higiene dental. Clases de primero de primaria de las escuelas de Brea de Aragón (Diputación Provincial), Illueca (Benedicto XIII) y CRA Aranda-Isuela.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Contactar con las escuelas para acordar fechas de la actividad

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: María Pilar García Redondo

2. Estudio del programa PABIJ para tener un conocimiento de sus objetivos y recursos.

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: María Teresa García Fructuoso y María Pilar García Redondo

3. Revisión de la bibliografía científica respecto a la salud bucodental

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 30/04/2022

Responsable.: María Teresa García Fructuoso y María Pilar García Redondo

4. Contactar con laboratorios y con odontología con el fin de obtener material e información para la elaboración del taller en la escuela.

Fecha inicio: 15/03/2022

Fecha final.: 31/03/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#7

### 1. TÍTULO

#### APRENDEMOS A CUIDAR NUESTROS DIENTES

Responsable.: María Pilar García Redondo

5. Elaboración de la encuesta para pasar a los niños pre y post-actividad. Al inicio y al final del taller se pasará una encuesta muy breve que refleje si se han adquirido los conocimientos necesarios.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 15/05/2022

Responsable.: María Pilar García Redondo

6. Elaboración de un Power Point informativo adaptado a los niños que refuerce visualmente la información que les facilitaremos en el taller.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 15/05/2022

Responsable.: María Pilar García Redondo

7. Preparación de un taller educativo teórico-práctico, con todos los aspectos que queremos enseñar y reforzar.

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.:

Responsable.: María Pilar García Redondo y María Teresa García Fructuoso

8. Talleres teórico práctico:

1º ciclo primaria CRA Aranda -Isuela, 1º primaria colegios de Brea de Aragón e Illueca.

Fecha inicio: 23/05/2022

Fecha final.: 06/06/2022

Responsable.: María Pilar García Redondo, María Teresa García Fructuoso y María Muro Culebras

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Este proyecto se programa para dos años en los que se realizarán los talleres en los diferentes colegios para los niños de 6 años (primero de primaria)

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % niños que asisten al taller respecto al total de niños convocados

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de niños que asisten al taller

Denominador .....: Nº de niños convocados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Alumnado CRA Aranda-Isuela, CEIP Benedicto XIII de Illueca , CEIP Diputación Provincial de Brea.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % niños respecto al total asistentes que al finalizar el taller reconocen la actividad como positiva

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de niños que al finalizar el taller reconocen la actividad como positiva (responden SI a la pregunta: ¿Te ha gustado la actividad?)

Denominador .....: Nº de niños que asisten al taller

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Alumnado CRA Aranda-Isuela, CEIP Benedicto XIII de Illueca , CEIP Diputación Provincial de Brea.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % niños respecto al total asistentes que mejoran las respuestas en la segunda encuesta

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de niños que mejoran las respuestas en la segunda encuesta respecto a la primera.

Denominador .....: Nº de niños que asisten al taller

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Alumnado CRA Aranda-Isuela, CEIP Benedicto XIII de Illueca , CEIP Diputación Provincial de Brea.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#7

### 1. TÍTULO

#### APRENDEMOS A CUIDAR NUESTROS DIENTES

---

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#10

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE RETINOGRAFO Y CRIBADO DE RETINOPATIA DIABETICA EN CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Fecha de entrada: 20/05/2022

Nº de registro: 2022#10 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ORTEGA GARCIA VANESA

Título  
IMPLANTACION DE RETINOGRAFO Y CRIBADO DE RETINOPATIA DIABETICA EN CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Colaboradores/as:  
BELOPE HENAR ESPERANZA  
MORENO LOS ARCOS MONICA

Ubicación principal del proyecto.: CS ILLUECA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ILLUECA

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Según la redGDPS (Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud), se recomienda el cribado sistemático para el diagnóstico precoz de la retinopatía diabética en todos los pacientes diabéticos Tipo 2 dentro del primer año tras el diagnóstico y posteriormente con una frecuencia de 2-3 años en los pacientes que no presentan lesiones y tienen buen control de su diabetes con un perfil glucémico estable o anualmente en los que presentan un mal control.

En nuestra ZBS según el Cuadro de Mandos de Diabetes el porcentaje de pacientes diabéticos a los que se les realizó una retinografía en los dos últimos años ha sido del 10%, y en el periodo de los últimos 24 a 36 meses un porcentaje del 17%. Esto es consecuencia, en gran medida, de la pandemia por Covid-19 en la que estamos inmersos desde 2020, pero también puede deberse a la dificultad que entraña para algunos pacientes tener que desplazarse a Calatayud para someterse a la prueba, así como la saturación que podemos encontrarnos en dicho centro como consecuencia de ser el único lugar donde se realizaban las retinografías en todo el sector.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar el número de diabéticos a los que se les realiza retinografía  
Diagnóstico precoz de retinopatía diabética  
Disminuir progresión a grados más avanzados de la enfermedad como consecuencia de diagnóstico tardío

#### ANALISIS DE CAUSAS

Baja cobertura de realización de retinografías como consecuencia de tener que desplazarse a otra localidad para realizarse la prueba, agravado por la situación de pandemia por covid.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

\* Aumentar la cobertura de revisión de fondo de ojo en los pacientes con DM2 en los que la retinografía está indicada al menos en un 55% hasta el 30 de abril de 2023.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de sesión clínica con las recomendaciones actuales sobre la realización de retinografías en pacientes diabéticos.

Fecha inicio: 20/05/2022

Fecha final.: 20/05/2022

Responsable.: Vanesa Ortega

2. Revisión del cuadro de mandos de diabetes, sacando listado de los pacientes a los que no se les ha realizado retinografía en los dos últimos años, llamarlos y realizarles la prueba

Fecha inicio: 20/04/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Vanesa Ortega, Esperanza Belope

3. Formación en el uso de planes personales para poder realizar la petición a través de dicho medio.

Fecha inicio: 20/04/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Vanesa Ortega, Esperanza Belope

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de pacientes diagnosticados de DM con una retinografía realizada en los últimos 24 meses

Tipo de indicador: Impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#10

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE RETINOGRAFO Y CRIBADO DE RETINOPATIA DIABETICA EN CENTRO DE SALUD DE ILLUECA

Numerador .....: número de pacientes con retinografía realizada  
Denominador .....: número de diabéticos diagnosticados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: cuadro de mandos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 45.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

2. Implantación de consulta monográfica de retinografía  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: número de pacientes con retinografía realizada  
Denominador .....: centro de salud Illueca  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: dirección de Atención Primaria  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del ojo y sus anexos

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#538

### 1. TÍTULO

#### REANIMACION Y USO DEL D.E.A. EN LA Z.B.S. DE ILLUECA

Fecha de entrada: 09/07/2022

Nº de registro: 2022#538 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHEZ LOPEZ ANGELA M.

Título  
REANIMACION Y USO DEL D.E.A. EN LA Z.B.S. DE ILLUECA

Colaboradores/as:  
GARCIA REDONDO M. PILAR

Ubicación principal del proyecto.: CS ILLUECA

Servicio/Unidad principal .....: EAP ILLUECA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La gran mayoría de las actuaciones que requieren una RCP se producen fuera del ámbito sanitario . Tanto la supervivencia, como la gravedad de las secuelas que se producen tras un episodio de este tipo, están directamente relacionados con el tiempo transcurrido hasta que se comienzan las maniobras de RCP.El CS Illueca atiende a pueblos muy dispersos, el más distante a 40 minutos de la cabecera. Su población durante los meses de verano aumenta en gran medida, tanto, que en algunas localidades llega a duplicarse.Poco antes del comienzo de la pandemia, la Comarca instala DEA en todos los pueblos que la componen, realizando, la empresa que los instala, talleres de formación sobre su uso. Desde entonces no se han hecho recordatorios. El mes pasado uno de los alcaldes de nuestra zona de salud solicitó formación sobre el uso del DEA. Como respuesta a todos estos condicionantes es por lo que nos planteamos realizar una serie de talleres sobre RCP básica y uso del DEA; así como un recordatorio a los ayuntamientos sobre ubicación y mantenimiento del mismo.

#### ÁREAS DE MEJORA

1º-Tiempo transcurrido desde el inicio de la parada hasta que se comienzan las maniobras de reanimación básica

#### ANALISIS DE CAUSAS

1º- Falta formación en la población general sobre la realización de la RCP básica y el uso del DEA  
2º- Larga distancia desde el C.S hasta los demás pueblos

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Impartir una sesión de formación en los pueblos que pertenecen al C.S.
- Dotar a la población no sanitaria de los conocimientos necesarios para realizar una eficaz RCP ante una PCR .
- Conseguir un alto nivel de satisfacción en relación a la formación impartida.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Oferta al Consejo de Salud del proyecto.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Angela María Sánchez López

2. Elaboración del material audiovisual y escrito que se va a entregar en las sesiones de RCP y las encuestas de evaluación y valoración

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: María Pilar García Redondo y Angela María Sánchez López

3. Realización de sesiones de RCP en cada pueblo perteneciente a la Z.B.S.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: María Pilar García Redondo y Angela María Sánchez López

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Las sesiones de formación se realizaran para grupos de 10 personas como máximo; con una duración de 90 minutos, de los cuales 30 serán teóricos y 60 prácticos. Al finalizar las sesiones se rellenarán las encuestas de evaluación y valoración, y se realizarán los simulacros.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pueblos pertenecientes al C.S. en los que se ha impartido una sesión.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pueblos pertenecientes al C.S. en los que se ha impartido una sesión

Denominador .....: Número total de pueblos pertenecientes al C.S.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#538

### 1. TÍTULO

#### REANIMACION Y USO DEL D.E.A. EN LA Z.B.S. DE ILLUECA

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Z.B.S.  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Porcentaje de asistentes que contestan correctamente al cuestionario final

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de asistentes que contestan correctamente al 60% de las preguntas del cuestionario final

Denominador .....: Número total de asistentes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionarios de evaluación  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. Grado de satisfacción de los asistentes en cuanto a los conocimientos impartidos y los medios usados

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de asistentes que valoran el curso con un 6 al menos

Denominador .....: Número de asistentes

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuestionarios de valoración  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Personas válidas y con buen estado de salud, que residan en la Z.B.S.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#439

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL PARA DIABETICOS

Fecha de entrada: 01/07/2022

Nº de registro: 2022#439 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOZANO ALONSO SILVIA

Título  
EDUCACION GRUPAL PARA DIABETICOS

Colaboradores/as:  
ABAD TUDELA MARIA DEL CORO  
GIMENEZ SILVESTRE IRENE  
JABBOUR NEEMI ISSA  
NAVARRO LOPEZ FRANCISCO J.  
SOPESENS GARETA JOSE MARIANO  
SOS ROYO BERTA  
TEJEDOR SANJOSE MARIA ROSARIO

Ubicación principal del proyecto.: CS MORATA DE JALON

Servicio/Unidad principal .....: EAP MORATA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El informe mundial sobre diabetes de la OMS (2016) refleja que la prevalencia de la enfermedad ha aumentado en las últimas décadas. Las cifras se han duplicado en la población adulta pasando del 4,7% al 8,5%, por lo que supone un grave problema de salud que conlleva un gran gasto sanitario.

La Educación para la salud (EpS) constituye la herramienta más eficaz para conseguir mejorar los conocimientos y autocuidado, el control metabólico, la calidad de vida y reduce la morbimortalidad y los costes en salud. Consiste en proporcionar los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y la protección de la salud, capacitando a la población para que participe activamente en detectar sus necesidades y elaborar acciones para mantener o aumentar su salud. El personal de enfermería de Atención Primaria es el encargado de llevar a cabo estas acciones, generando grandes beneficios en la población.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar los conocimientos del proceso de la enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus  
Mejorar los autocuidados en pacientes con Diabetes Mellitus  
Empoderar a la población diabética

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La falta del correcto seguimiento del paciente diabético tras realizar el diagnóstico, se debe realizar educación para la salud en diversas sesiones para que el paciente pueda mantener unos correctos autocuidados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Principal  
Mejorar los conocimientos de los pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus para así mejorar sus autocuidados.  
Específicos:  
Mejorar el acceso de la población a la atención primaria ofertando la educación grupal como actividad participativa  
Aumentar conocimientos sobre la enfermedad, tratamiento farmacológico, realización de ejercicio físico, alimentación saludable y uso de nuevas tecnologías en la salud  
Obtener un alto grado de satisfacción de los usuarios  
Fomentar la Atención Comunitaria

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. La diabetes ¿Qué es?

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 02/11/2022

Responsable.: SILVIA LOZANO ALONSO

2. Aprender a cuidarnos con una alimentación saludable

Fecha inicio: 09/11/2022

Fecha final.: 09/11/2022

Responsable.: MARIA ROSARIO TEJEDOR SAN JOSÉ

3. ¿Hacemos el ejercicio físico que deberíamos?

Fecha inicio: 16/11/2022

Fecha final.: 16/11/2022

Responsable.: JAVIER NAVARRO LÓPEZ

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#439

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL PARA DIABETICOS

4. Tratamientos farmacológicos, ¿Qué sabemos de ellos?  
Fecha inicio: 23/11/2022  
Fecha final.: 23/11/2022  
Responsable.: CORO ABAD TUDELA

5. Hipo e hiperglucemias, como prevenirlas y tratarlas  
Fecha inicio: 30/11/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: JOSE MARIANO SOPESENS GARETA

6. La importancia del cuidado de los pies y el pie diabético  
Fecha inicio: 07/12/2022  
Fecha final.: 07/12/2022  
Responsable.: IRENE GIMÉNEZ SILVESTRE

7. Nuevas tecnologías en diabetes  
Fecha inicio: 14/12/2022  
Fecha final.:  
Responsable.: BERTA SOS ROYO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de usuarios que han acudido al 100% de las sesiones impartidas  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Usuarios que han acudido al 100% de las sesiones  
Denominador .....: Total de usuarios que forman el grupo  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Recogida de firmas de asistencia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Porcentaje de usuarios que han mejorado sus conocimientos en diabetes y autocuidados  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Usuarios que han mejorado sus conocimientos en diabetes y autocuidados  
Denominador .....: Total de usuarios que forman el grupo  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1008

### 1. TÍTULO

#### "APRENDIENDO A REALIZAR RCP BASICA Y MANEJO DEL D.E.S.A. EN POBLACION ADULTA DEL C.S. MORATA DE JALON"

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#1008 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN

Título  
"APRENDIENDO A REALIZAR RCP BASICA Y MANEJO DEL D.E.S.A. EN POBLACION ADULTA DEL C.S. MORATA DE JALON"

Colaboradores/as:  
ABAD TUDELA MARIA DEL CORO  
GONZALVO SANCHEZ PASCUAL  
JABBOUR NEEMI ISSA  
LOZANO ALONSO SILVIA  
NAVARRO LOPEZ FRANCISCO J.  
SOPESENS GARETA JOSE MARIANO  
SOS ROYO BERTA

Ubicación principal del proyecto.: CS MORATA DE JALON

Servicio/Unidad principal .....: EAP MORATA

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las paradas cardíacas extrahospitalarias son un problema de primera magnitud para la salud pública. Así, se estima que cada año se producen en España más de 24.500, lo que equivale a una media de una parada cardíaca cada 20 minutos.

El funcionamiento de la "cadena de socorro o de supervivencia" es fundamental para lograr mejorar las tasas de supervivencia tras un evento dramático como es la Parada Cardio- Respiratoria (PCR).

La cadena se activa cuando alguien reconoce la situación de PCR. Para ello es esencial la educación del ciudadano para que pueda ser el primer eslabón de la "cadena de la vida", conociendo tanto los síntomas y signos de la PCR, como la mecánica para activar inmediatamente al SIE (Sistema Integral de Emergencias).

La RCP básica precoz debe comenzarse lo antes posible tras la parada cardíaca (antes de 4 minutos), mientras se consigue acceder a la desfibrilación (8 minutos) y al soporte vital avanzado. Todos estos elementos hacen que en un medio donde hay dispersión como es el ámbito rural donde trabajamos, sea especialmente interesante contar con "colaboradores" que actúen en un primer momento cuando el factor tiempo es fundamental. En nuestro medio no existe un conocimiento amplio por parte de la población de estas maniobras. La Zona básica de salud de Morata de Jalón: Nigüella, Mesones de Isuela, Arándiga, Morata, Chodes, Sta. Cruz de Grío, Tobed y Codos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del centro y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR, mediante la optimización de cada paso en la cadena de supervivencia.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Las principales causas son la dispersión de la población y distancia de asistencia urgente.

Escasez en la información de la población sobre actuación en R.C.P. y manejo de DESA.

Prevalencia de la patología cardiovascular en la población.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Iniciar un proceso de concienciación, formación y participación de la población general (adultos) sobre la importancia de la correcta detección y realización de la RCP precoz.
- Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del centro y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR, mediante la optimización de cada paso en la cadena de supervivencia.
- Motivación de los profesionales participantes en la tarea de formar y formarse en esta materia.
- Iniciar tras la experiencia otros procesos comunitarios.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de talleres en las poblaciones que lo soliciten del CS de Morata de Jalón, comenzando por las que tienen a su disposición Desfibrilador Semiautomático

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final: 01/12/2022

Responsable.: ANA BELEN VELAZQUEZ TRIANA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Primera fase de difusión con cartelera y bandos en las localidades y en el Consejo de Salud.

Segunda fase: Realización de los talleres

Tercera fase: Evaluación de la actividad.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1008

### 1. TÍTULO

#### "APRENDIENDO A REALIZAR RCP BASICA Y MANEJO DEL D.E.S.A. EN POBLACION ADULTA DEL C.S. MORATA DE JALON"

1ª y 2ª memoria)

##### 1. ? FORMACIÓN POR LOCALIDADES:

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de pueblos en los que se realiza taller/

Denominador .....: total de pueblos donde no se ha realizado ningún taller previamente

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Proyecto previo de capacitación en el C. Salud año 2017

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. ? EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de aprobados en el test/

Denominador .....: n° test realizados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Ítems principales de los los protocolos del Consejo Europeo de Resucitación con las últimas recomendaciones del 2021.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

##### 3. ? ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de participantes que contestan bastante satisfech@ o muy satisfech@

Denominador .....: Total de participantes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: No fuente de datos.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

El proyecto se circunscribe a la Zona Básica de Salud. Se priorizarán las poblaciones donde no se haya realizado ningún taller de este tipo (Tobed, Santa Cruz, Arándiga, Nigüella, Chodes y Morata). Posteriormente en el segundo año del proyecto se incluirán aquellas poblaciones que soliciten segunda vuelta de talleres.

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Educación para la salud

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#76

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES >= DE 40 AÑOS MEDIANTE LA REALIZACION DE PRUEBAS DE CRIBADO CON COPD-6 EN LA ZBS DE SABIÑAN

Fecha de entrada: 10/06/2022

Nº de registro: 2022#76 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
HUERTAS BADOS MARIA LUISA

Título  
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES >= DE 40 AÑOS MEDIANTE LA REALIZACION DE PRUEBAS DE CRIBADO CON COPD-6 EN LA ZBS DE SABIÑAN

Colaboradores/as:  
BERNAL FRANCO CRISTINA  
BLAS GABARDA JESUS  
CARAZO ANGON JESUS  
ELIAS GAVILANES MERCEDES  
ISARRE GARCIA DE JALON PEDRO  
JASO GRAU MARIA DOLORES  
MENDIZ ORTIGAS MARTA

Ubicación principal del proyecto.: CS SAVIÑAN

Servicio/Unidad principal .....: EAP SAVIÑAN

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La EPOC es una enfermedad crónica que se caracteriza por una limitación crónica al flujo aéreo poco reversible, asociada principalmente al humo del tabaco, con una elevada prevalencia y un gran infradiagnóstico. Según recoge el estudio EPISCAN de 2007 se calcula una prevalencia en la población mayor de 40 años en España de un 10,2% y un infradiagnóstico del 73%. Según los resultados preliminares del estudio EPISCAN II, la prevalencia sería de un 11,8% y un infradiagnóstico del 74,7%. El diagnóstico temprano de la EPOC es responsabilidad principalmente de atención primaria, por ser el primer nivel de atención.

#### ÁREAS DE MEJORA

Según los datos obtenidos en el análisis del cuadro de mandos la prevalencia de EPOC en nuestro EAP es de un 2,90% lo que justifica implementar acciones de mejora con el objetivo de incrementar las cifras de diagnóstico y que los pacientes puedan beneficiarse de un correcto control y tratamiento.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Dada la dificultad para realizar regularmente espirometrías a todos los pacientes fumadores >= de 40 años con sospecha de EPOC de nuestro EAP, se ha planteado la posibilidad de utilizar el medidor portátil Vitalograph COPD-6, validado como herramienta diagnóstica para el cribado de EPOC.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Incrementar la prevalencia de diagnóstico de EPOC en pacientes fumadores >= 40 años en la ZBS de Sabiñan

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Información a los miembros del EAP sobre el proyecto en una reunión.

Fecha inicio: 28/02/2022

Fecha final: 28/02/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Luisa Huertas

2. Designar a las personas encargadas de realizar la prueba del COPD-6.

Fecha inicio: 28/02/2022

Fecha final: 28/02/2022

Responsable.: Enfermería

3. Taller práctico de realización prueba y el aprendizaje del COPD-6

Fecha inicio: 15/03/2022

Fecha final: 15/03/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Luisa Huertas

4. Obtener listados de pacientes fumadores registrados en OMI

Fecha inicio: 18/03/2022

Fecha final: 18/03/2022

Responsable.: Jesus Carazo

5. Realizar COPD-6 a todos aquellos fumadores que no tengan diagnóstico de EPOC ni se les haya realizado una espirometría en los últimos 2 años.

Fecha inicio: 28/03/2022

Fecha final: 20/12/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#76

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES >= DE 40 AÑOS MEDIANTE LA REALIZACION DE PRUEBAS DE CRIBADO CON COPD-6 EN LA ZBS DE SABIÑAN

Responsable.: Enfermería

6. En aquellos pacientes en los que el resultado del Copd-6 sea anormal se derivarán para la realización de una espirometría y confirmación del diagnóstico de EPOC

Fecha inicio: 28/03/2022

Fecha final.: 15/12/2023

Responsable.: Enfermería

7. Realizar al menos , 2 reuniones para control de la evaluación del indicador en cuadro de mandos

Fecha inicio: 22/12/2022

Fecha final.:

Responsable.: El equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Prevalencia de EPOC registrada en pacientes fumadores >= 40 años.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes fumadores >= 40 años con diagnóstico de EPOC

Denominador .....: Pacientes fumadores >= 40 años

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mandos

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 4.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 6.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#13

### 1. TÍTULO

#### FORMACION DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL SOCIOSANITARIO DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE SABIÑAN

Fecha de entrada: 24/05/2022

Nº de registro: 2022#13 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ISARRE GARCIA DE JALON PEDRO

Título  
FORMACION DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL SOCIOSANITARIO DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE SABIÑAN

Colaboradores/as:  
BARBERA PEREZ LUIS DANIEL  
BERNAL FRANCO CRISTINA  
HUERTAS BADOS MARIA LUISA  
JASO GRAU MARIA DOLORES  
MENDIZ ORTIGAS MARTA  
SUÑER GARCIA SARA

Ubicación principal del proyecto.: CS SAVIÑAN

Servicio/Unidad principal .....: EAP SAVIÑAN

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En España se producen unas 52 300 paradas cardíacas al año según datos de la Sociedad Española de Cardiología (SEC). Más de la mitad de ellas, unas 30000, tienen lugar en el ámbito comunitario, estrechamente vinculado a la actividad de la atención primaria. Estos datos son aún más elevados en poblaciones con elevada edad y comorbilidad como es el ámbito de actuación exclusivamente rural del Centro de Salud de Sabiñán. En nuestra zona básica de salud (ZBS) esta avanzada edad y comorbilidad se concentran especialmente en la residencia de ancianos de la localidad de Sabiñán, único centro de estas características en nuestra ZBS.

Por todo ello consideramos de vital importancia la formación de los trabajadores de la mencionada residencia en maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) hasta la llegada de los profesionales sanitarios. Ya se realizan varias iniciativas orientadas a la población en general en nuestra ZBS pero creemos que hacer más hincapié en la formación de estos trabajadores puede ser aún más beneficiosa para la comunidad. Principalmente porque la mayoría de ellos, salvo una facultativo de enfermería en horario de mañanas, no tienen formación sanitaria específica.

Varios estudios han avalado la importancia de un reconocimiento rápido de la situación de parada cardiorrespiratoria (PCR) y el consecuente inicio de la RCP. La importancia de la rapidez en el inicio de la RCP viene definida no solo por el aumento de recuperación de PCR sino por la disminución de secuelas tras la misma.

#### ÁREAS DE MEJORA

Déficit de formación en reanimación cardiopulmonar del personal sociosanitario de la residencia de Sabiñán

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de programas de mejorar esa formación.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo Principal: adquisición por parte de los trabajadores de la residencia de los conocimientos teórico-prácticos suficientes para iniciar una reanimación cardiopulmonar (RCP) efectiva hasta la llegada de los profesionales sanitarios.

#### Objetivos Secundarios:

- Reconocimiento de una parada cardiorrespiratoria (PCR).
- Importancia de la cadena de supervivencia.
- Indicación de la posición lateral de seguridad y cuando proceder a colocar al paciente en ella.
- Como realizar y cuándo llevar a cabo la maniobra frente mentón.
- Como realizar correctamente las compresión torácicas durante la RCP.
- Como realizar correctamente las ventilación durante la RCP.
- Como colaborar con los servicios sanitarios a su llegada para atender a una PCR.
- Identificación y conducta ante una obstrucción de la vía aérea.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Primera sesión formativa con carácter eminentemente teórico. En ella se explicaran la situación de PCR y se las distintas formas de reconocerla. Una vez reconocida se explicará la secuencia a seguir.

Fecha inicio: 08/06/2022

Fecha final.: 09/06/2022

Responsable.: Pedro Isarre García de Jalón

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#13

### 1. TÍTULO

#### FORMACION DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL SOCIOSANITARIO DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE SABIÑAN

2. La segunda de la sesiones consistirá en aplicar a la práctica diaria de la residencia lo explicado en la primera sesión. Para ello se dividirá a los trabajadores en grupos de 5 personas máximo.

Fecha inicio: 09/06/2022

Fecha final.: 10/06/2022

Responsable.: Pedro Isarre García de Jalón

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Para conseguir los objetivos propuestos se realizarán dos sesiones formativas con los trabajadores de la residencia.

La primera de ellas tendrá un carácter eminentemente teórico. En ella se explicaran la situación de PCR y se las distintas formas de reconocerla. Una vez reconocida se explicará la secuencia a seguir: avisar e iniciar RCP. También se explicará con los asistentes como y cuando está indicada la posición lateral de seguridad y su utilidad. Así mismo se explicará como reconocer una obstrucción de la vía aérea y como actuar ante ella.

La segunda de la sesiones consistirá en aplicar a la práctica diaria de la residencia lo explicado en la primera sesión. Para ello se dividirá a los trabajadores en grupos de 5 personas máximo y con el apoyo de maniqués se repasarán los conocimientos explicados.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de sesiones formativas impartidas.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de sesiones ejecutadas

Denominador .....: Número de sesiones programadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de actividades formativas

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Satisfacción: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Personal que asiste al curso que considera la actividad adecuada

Denominador .....: Personal que asiste al curso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Personal de la residencia sociosanitaria (sanos)

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#319

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA PREVALENCIA DE EPOC DETECTADA EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA

Fecha de entrada: 27/06/2022

Nº de registro: 2022#319 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BORAO GOMEZ JULITA

Título  
MEJORA DE LA PREVALENCIA DE EPOC DETECTADA EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA

Colaboradores/as:  
ARANDA GRACIA M. JESUS  
ARRANZ LOPEZ MARIA CRISTINA  
GASCON BRUMOS JOSE LUIS  
GOTOR LAZARO JOSE-MARIA  
PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

Servicio/Unidad principal .....: EAP VILLARROYA DE LA SIERRA

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica y poco reversible al flujo aéreo, habitualmente progresiva, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco.

La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada y los casos no detectados presentan con frecuencia alteraciones significativas en la calidad de vida relacionada con la salud y tienen limitaciones en las actividades de la vida diaria. Ambos marcadores no sólo indican que existe una alteración del bienestar de estos enfermos, sino que también son importantes predictores de supervivencia en las personas con EPOC. Todo ello pone de relieve la importancia del diagnóstico precoz de la enfermedad. Así debe haberlo entendido también la Organización del SALUD cuando fija unos objetivos de detección de EPOC en el Acuerdo de Gestión de 2022.

#### ÁREAS DE MEJORA

La prevalencia de EPOC registrada en nuestra zona de salud es baja a pesar de haber desarrollado un proyecto para mejorarla hace 4 años, pero importantes dificultades para llevar a cabo la captación de los pacientes impidió alcanzar los objetivos deseados. En el presente proyecto nos centraremos en el diagnóstico precoz de la EPOC, y para ello es necesario la captación activa de toda persona que acude a los servicios sanitarios, mayor de 40 años con factor de riesgo, la generalización de la espirometría como medio diagnóstico y la sensibilización y formación de profesionales en la realización e interpretación de esta prueba con unos criterios de calidad consensuados. La Atención Primaria es el ámbito por excelencia en el que deben desarrollarse estas actividades. Es decir, se trata de incrementar la detección de pacientes con EPOC. En ese sentido, el estudio EPI-SCAN indica una prevalencia de EPOC en España en población de 40 a 80 años de edad del 10,2%. En nuestra zona de salud la prevalencia de EPOC registrada en diciembre 2021 es solamente del 2,70%

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Escasa utilización de la espirometría
- Escasa formación en la realización e interpretación de la espirometría.
- Dificultad para la captación de la población diana.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General :  
Incrementar la prevalencia de EPOC registrada en la zona de salud de Villarroya de la Sierra .

#### Objetivo Especifico:

Realización y valoración de espirometría forzada con broncodilatación a personas mayores de 40 años con factor de riesgo de EPOC (fumador o exfumador) de la zona de salud de Villarroya de la Sierra.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Actividad de formación:

- Adiestramiento de una enfermera en la realización de espirometrías mediante la realización de un taller de espirometría.

Fecha inicio: 11/07/2022

Fecha final.: 11/07/2022

Responsable.: Isabel Peñalosa García

#### 2. Actividad de formación:

- Formación a los médicos en la interpretación de espirometrías mediante una sesión clínica

Fecha inicio: 21/07/2022



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#319

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA PREVALENCIA DE EPOC DETECTADA EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA

Fecha final.: 21/07/2022

Responsable.: José Luis Gascón Brumós

#### 3. Actividades de organización y control:

- Reunión trimestral a partir de junio de 2022 para evaluación periódica del proyecto y proponer mejoras en la coordinación del mismo

Fecha inicio: 20/10/2022

Fecha final.: 20/10/2022

Responsable.: Julia Borao gómez

#### 4. Actividades de desarrollo del proyecto:

- Captación activa en consulta médica o de enfermería de pacientes mayores de 40 años fumadores o exfumadores.

Fecha inicio: 12/07/2022

Fecha final.: 07/12/2023

Responsable.: Todos

#### 5. Actividades de desarrollo del proyecto:

- Citación de pacientes en agenda de Espirometrías.

Fecha inicio: 12/07/2022

Fecha final.: 11/12/2023

Responsable.: Todos

#### 6. Actividades de desarrollo del proyecto:

-Realización de Espirometría forzada con prueba broncodilatadora en todo paciente fumador o exfumador mayor de 40 años con o sin síntomas respiratorios.

Fecha inicio: 12/07/2022

Fecha final.: 11/12/2023

Responsable.: Cristina Arranz López

#### 7. Actividades de desarrollo del proyecto:

- Valoración de resultado de espirometría y registro en historia electrónica

Fecha inicio: 22/07/2022

Fecha final.:

Responsable.: Médicos del proyecto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de > 40 años fumadores o exfumadores a los que se ha realizado espirometría forzada

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Pacientes >40 años fumadores o excusadores a los que se ha realizado una espirometría forzada

Denominador ..... Pacientes con registro en OMI > 40 años fumadores o exfumadores

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Agenda de espirometría de OMI-AP

Listados OMI

Est.Mín.1ª Mem .. 7.50

Est.Máx.1ª Mem .. 15.00

Est.Mín.2ª Mem .. 35.00

Est.Máx.2ª Mem .. 45.00

2. Razón de prevalencia de EPOC

Tipo de indicador: impacto

Numerador ..... Prevalencia de EPOC registrada en zona de salud de Villarroya de la Sierra

Denominador ..... Prevalencia de EPOC esperada según estudio EPI-SCAN

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mandos de Acuerdos de Gestión

Est.Mín.1ª Mem .. 36.20

Est.Máx.1ª Mem .. 38.70

Est.Mín.2ª Mem .. 38.70

Est.Máx.2ª Mem .. 39.20

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#319

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA PREVALENCIA DE EPOC DETECTADA EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#341

### 1. TÍTULO

#### IDENTIFICACION DEL NIVEL DE RIESGO DE PIE DIABETICO EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#341 \*\* Diabetes \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ARANDA GRACIA M. JESUS

Título  
IDENTIFICACION DEL NIVEL DE RIESGO DE PIE DIABETICO EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA

Colaboradores/as:  
ARRANZ LOPEZ MARIA CRISTINA  
ARRIBAS DIAZ EVA MARIA  
AZON LOPEZ ESTER  
PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

Servicio/Unidad principal .....: EAP VILLARROYA DE LA SIERRA

Línea estratégica: Diabetes

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El pie diabético engloba un conjunto de síndromes en los que la presencia de neuropatía, isquemia o infección pueden causar lesiones tisulares o úlceras debido a pequeños traumatismos, produciendo una importante morbilidad que puede llegar incluso a amputaciones. Para prevenirla debe realizarse en todos los pacientes diabéticos una evaluación, al menos anual, de los pies para detectar la presencia de factores de riesgo para la formación de úlceras y amputaciones. Esta evaluación es tan importante que el SALUD fija unos objetivos para cumplir en el Acuerdo de Gestión de 2022.

#### ÁREAS DE MEJORA

En el acuerdo de Gestión se fijan unos estándares por encima de los que alcanza nuestro equipo en la actualidad. Por tanto, creemos necesario el desarrollo de este proyecto que contribuirá a una mejor exploración del pie en paciente diabético y un mejor registro en OMI, con lo que se conseguirá una asistencia de mayor calidad al paciente diabético

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

-Escasa formación en la exploración de pie diabético.  
-Registro deficiente en OMI del resultado de la exploración

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general:

Prevenir las complicaciones que pueden aparecer en el pie del paciente diabético.

Objetivo específico:

Exploración del pie a todo paciente diabético >15 años para detectar los factores de riesgo causantes de su morbilidad

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Actividades de formación

-Adiestramiento del personal de enfermería en la exploración física del pie diabético, monofilamento e índice tobillo/brazo mediante la realización de un taller.

Fecha inicio: 14/07/2022

Fecha final.: 21/07/2022

Responsable.: María Jesús Aranda Gracia

#### 2. Actividades de organización y control:

-Reunión trimestral a partir de junio de 2022 para evaluación periódica del proyecto y valorar la evolución del cuadro de mandos de Acuerdo de Gestión.

Fecha inicio: 20/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: María Jesús Aranda Gracia

#### 3. Actividades de desarrollo del programa:

-Exploración y detección de factores de riesgo del pie a todo diabético que acuda a consulta de enfermería.

-Cumplimentar en OMI resultado de la exploración.

Fecha inicio: 14/07/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Enfermería

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#341

### 1. TÍTULO

#### IDENTIFICACION DEL NIVEL DE RIESGO DE PIE DIABETICO EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes diabéticos > 15 años con valoración del nivel de riesgo de pie diabético

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Pacientes incluidos en el denominador con valoración del riesgo de pie diabético (DGP'V\_RIESGP) en el período de evaluación

Denominador .....: Pacientes diabéticos, diagnosticados antes del período de evaluación, con algún registro en el período de evaluación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de mandos de Acuerdo de Gestión. OMIAP

Est.Mín.1ª Mem ..: 13.20

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 45.20

2. Porcentaje de enfermeras del EAP que han realizado el taller de exploración de pie diabético

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de enfermeras del EAP que han realizado el taller de exploración de pie diabético

Denominador .....: Número total de enfermeras del EAP

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de sesiones clínicas del EAP

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#706

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION CLÍNICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 20/07/2022

Nº de registro: 2022#706 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LOPEZ GARCIA CONCEPCION

Título  
PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION CLÍNICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
DORADO ALVARADO PURIFICACION  
FORTEA GRAN M. SONIA  
FUERTES BLASCO NATIVIDAD  
GOMEZ HERNANDO ANA  
KICHELESKI ZANELA ROSE CLEIA  
MORENO GIL BEATRIZ  
UTRERA GOMICIA DAVID

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ADMISION

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar:

El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo, etc.)

La planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc.)

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la numerosa rotación del personal que se produce en el servicio y la necesidad de saber desarrollar todos los procesos administrativos relacionados con el servicio

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Este manual pretende facilitar conocimiento de la unidad, su organización y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación.
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.
- Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Constitución de un equipo de trabajo:

- Búsqueda bibliográfica, recopilación y actualización de documentos
- Elaboración de un borrador

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: equipo de trabajo

#### 2. Revisión y aprobación por la Unidad de Calidad y comisión

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: equipo de trabajo

#### 3. Difusión y presentación del manual en la unidad por el responsable del proyecto

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: equipo de trabajo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#706

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION CLÍNICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Personal de la unidad que conoce y recibe el manual de acogida

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de personal que recibe el manual de incorporación

Denominador .....: número de personal incorporado en la unidad desde la puesta en marcha del manual

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Responsable del proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Grado de satisfacción de los trabajadores con respecto al manual de acogida

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº Trabajadores que han considerado util el manual de acogida

Denominador .....: Nº Total de encuestas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Responsable del proyecto y unidad de calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#917

### 1. TÍTULO

#### GESTION CENTRALIZADA DE LAS SOLICITUDES DE LICENCIAS A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA WEB

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#917 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
SEDILES ORTIZ JOSE

Título  
GESTION CENTRALIZADA DE LAS SOLICITUDES DE LICENCIAS A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA WEB

Colaboradores/as:  
AYNAGA BERNAL JOSE ANTONIO  
CODES GOMEZ JOSE  
DEZA IBAÑEZ ANA ISABEL  
DEZA IBAÑEZ MARIA ELENA  
GARZA ANDRES SORAYA  
GIMENO DE SAN MAURICIO JOSE SIMON

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ADMISION

Ubicación/es secundaria/s  
ALCAÑIZ\*HOSPITAL DE ALCAÑIZ \*INFORMÁTICA\*HOSP (Hospitalización)  
CALATAYUD\* AP CALATAYUD\*OTROS SERVICIOS\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La tramitación de licencias conlleva una gran cantidad de uso de papel hasta que cada una sea validada o denegada. Todas las licencias deben pasar por distintas personas que deben dar su conformidad. Por otro lado, estas personas no siempre van a estar disponibles cuando se requiera su validación. El trasiego de papeles puede provocar posibles pérdidas de éstos. A su vez no existe una manera normalizada entre responsables para la gestión de las licencias. Esto puede generar un difícil seguimiento a nivel estadístico de las licencias que se van generando entre distintos servicios.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Disponer de un procedimiento común para la tramitación de licencias en todos servicios facultativos de atención especializada y los centros de salud de atención primaria.
- Mejorar la clasificación y accesibilidad de la documentación relativa a las licencias solicitadas en distintos servicios de atención especializada y atención primaria del sector Calatayud
- Eliminación del papel innecesario para la solicitud de licencias.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- En cada servicio facultativo de atención especializada existen distintos criterios para la recogida de las licencias del personal asociado que compone éste.
- En cada centro de salud el coordinador gestiona las licencias del personal a su cargo con un criterio que puede coincidir o no con otros centros de salud. Estos coordinadores envían las licencias a dirección usando distintas vías y formatos.
- Se acumula una cantidad de papel innecesario que es difícil gestionar por la disparidad de criterios a la hora del envío. Es a su vez, se hace difícil hacer un seguimiento a nivel global de todos centros.
- No es posible hacer seguimiento real de licencias solicitadas al tener que hacerse un conteo por papeles recibidos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Desarrollo de una aplicación web que permita la gestión de las licencias tanto de atención especializada como de atención primaria del sector Calatayud de forma centralizada con un criterio consensuado con las distintas direcciones. La aplicación permitirá hacer un seguimiento de los estados de aprobación de las licencias y facilitará la explotación de datos a nivel estadístico. Por otro lado permitirá reducir de forma considerable el papel usado

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión de puesta en común de cómo se organizan servicios y centros de salud para la tramitación de licencias

Fecha inicio: 10/01/2022

Fecha final: 10/01/2022

Responsable.: José Sediles Ortiz / Jose Antonio Aynaga Bernal / Jose Codes Gomez / Soraya Garza Andrés

2. Toma de requisitos de la aplicación y propuesta de desarrollo

Fecha inicio: 17/01/2022

Fecha final: 14/02/2022

Responsable.: Jose Antonio Aynaga Bernal / Jose Codes Gomez / José Sediles Ortiz /

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#917

### 1. TÍTULO

#### GESTION CENTRALIZADA DE LAS SOLICITUDES DE LICENCIAS A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA WEB

3. Desarrollo de la aplicación web a partir de toma de requisitos

Fecha inicio: 14/02/2022

Fecha final.: 27/06/2022

Responsable.: 27/06/2022 Soraya Garza Andrés / Alberto Reche Sabater / José Sediles Ortiz

4. Montar entorno de producción sobre el que se ejecutará la aplicación.

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: Jose Simón Gimeno de San Mauricio / Ana Isabel Deza Ibáñez

5. Elaboración de manual de la aplicación

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 04/07/2022

Responsable.: Soraya Garza Andrés / Ana Isabel Deza Ibáñez

6. Puesta en Marcha de la aplicación

Fecha inicio: 11/07/2022

Fecha final.: 11/08/2022

Responsable.: Soraya Garza Andrés / Maria Elena Deza Ibáñez

7. Resolución de incidencias encontradas

Fecha inicio: 11/07/2022

Fecha final.: 11/09/2022

Responsable.: Ana Isabel Deza Ibañez / Maria Elena Deza Ibañez / Jose Simon Gimeno de San Mauricio / Soraya Garza

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Uso de usuarios de la aplicación

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Desarrollo proyecto

Denominador .....: Desarrollo completo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Informática

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Uso de la aplicación por parte del personal de atención primaria

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de usuarios que han usado la aplicación en un periodo de 3 meses en atención primaria

Denominador .....: Número de usuarios que podrían haber usado la aplicación en atención primaria en un periodo de 3 meses

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de aplicación, SIRHGA, Active Directory

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Uso de la aplicación por parte del personal facultativo de atención especializada

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de usuarios facultativos que han usado la aplicación en un periodo de 3 meses en atención especializada

Denominador .....: Número de usuarios facultativos que podrían haber usado la aplicación en atención especializada en un periodo de 3 meses

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos de aplicación, SIRHGA

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#917

### 1. TÍTULO

#### GESTION CENTRALIZADA DE LAS SOLICITUDES DE LICENCIAS A TRAVES DE UNA HERRAMIENTA WEB

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Otro tipo de Patología: No es un proyecto dirigido a un grupo de edad con una patología sino al personal sanitario y no sanitario del sector Calatayud

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#406

### 1. TÍTULO

#### MANUAL DE ACOGIDA DE LA UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#406 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANZ PEREZ NOEMI

Título  
MANUAL DE ACOGIDA DE LA UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Colaboradores/as:  
FRANCO RUBIO JOSE IGNACIO  
GONZALEZ SUAREZ DANIELA  
INIESTA FENOR LUIS  
ROS GIMENEZ JOSEFA  
VILLALBA MELUS JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ANATOMÍA PATOLÓGICA

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar:

El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo, etc.)

La planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc.)

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La Unidad de Anatomía Patológica está formada por un equipo multidisciplinar que lleva a cabo el análisis de biopsias, citologías, piezas quirúrgicas, etc.,

La esencia es el trabajo en equipo centrada en realizar un correcto diagnóstico de la forma más eficaz y rápida posible.

El equipo de la Unidad de Anatomía Patológica del hospital Ernest LLuch está formado por 1 patólogo/a, 3 TSEAP, 1 Aux. Admin y 1 Celdaor.

La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la rotación del personal que se produce en el servicio, así como la especialización del mismo para realizar las diferentes técnicas necesarias.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Este manual pretende facilitar conocimiento de la unidad, su organización Y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

Objetivos:

- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer el correcto diagnóstico
- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación.
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.
- Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Búsqueda bibliográfica, recopilación y actualización de documentos relacionados con los procesos, técnicas y aparatos.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: NOEMI SANZ

2. Elaborar borrador

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: NOEMI SANZ

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#406

### 1. TÍTULO

#### MANUAL DE ACOGIDA DE LA UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLOGICA

3. Difusión y presentación del manual en la unidad por el responsable del proyecto

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: NOEMI SANZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizará una encuesta de satisfacción para cumplimentar por el personal de nueva incorporación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración del manual completo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 100%

Denominador .....: Fuente de datos: unidad de calidad

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Unidad de calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Integración de las auptosias fetales.Reanudar las PAAF

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1037

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU) DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1037 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CORTES CASADO AFRICA

Título  
PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU) DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
GARCIA PLAZA ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ATENCIÓN AL PACIENTE

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración de los nuevos profesionales y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del responsable del servicio, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar:

El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, distribución del trabajo, etc.)

La planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc.)

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El SIAU está formado en nuestro centro por una enfermera cuyo trabajo lo constituyen dos pilares básicos: las gestiones de apoyo a los usuarios para el ejercicio de sus derechos, a las que llamamos gestorías (donde se incluyen las sugerencias y agradecimientos) y las quejas. Denominamos gestorías a todas aquellas actuaciones, trámites o gestiones administrativas, o labor de comunicación con los usuarios y que se dirigen a proporcionar un mejor soporte a la atención e información de todas las personas que como pacientes o usuarios/as del Servicio Aragonés de Salud precisan de alguna gestión especial en su interacción con el sistema sanitario. Las quejas constituyen la expresión, por escrito, de la disconformidad como consecuencia de cualquier actuación en el ámbito sanitario que pueda ser percibida como insatisfactoria o irregular en el funcionamiento de los servicios o ante el incumplimiento de los derechos expresados por la normativa vigente.

Todas estas gestiones se derivan de las necesidades o la disconformidad/insatisfacción, que manifiestan los usuarios. El SIAU se encarga de registrarlas y codificarlas, así como ponerlas en conocimiento de los profesionales de los Servicios y Unidades del Servicio Aragonés de Salud implicadas en las mismas, y proceder a su resolución.

La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la importancia de conocer aquellos procesos y procedimientos de trabajo que más frecuentemente nos encontramos en nuestra labor diaria de información y atención al usuario. Todo ello enmarcado en la búsqueda continua de mejorar la calidad de dicha atención y hacer nuestra labor más eficiente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

Este manual pretende facilitar el conocimiento de la unidad, su organización y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

Objetivos:

- Proporcionar información adecuada y completa a los trabajadores de nueva incorporación de los procesos y procedimientos con los que habitualmente se trabaja en el SIAU, para mejorar la calidad en la atención al usuario.
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en el SIAU.
- Disminuir la carga laboral del responsable del SIAU que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Búsqueda bibliográfica, recopilación y actualización de doc relacionados con los procesos y procedimientos que se realizan, organigrama, planos del servicio, descripción de la unidad y de las funciones d

Fecha inicio: 01/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1037

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU) DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Africa Cortés Casado

2. Revisión y aprobación por la Unidad de Calidad.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Africa Cortés Casado

3. Difusión y presentación del manual en la unidad por el responsable del proyecto.

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Africa Cortés Casado

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizará una encuesta de satisfacción para cumplimentar por el personal de nueva incorporación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. ?

Elaboración del manual completo= 100%

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....

Denominador ..... = 100%

x(1-100-1000) .... 100

Fuentes de datos.: Unidad de Calidad

Est.Mín.1ª Mem .. 0.00

Est.Máx.1ª Mem .. 100.00

Est.Mín.2ª Mem .. 0.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

2. Nº de personal de enfermería que recibe el manual de incorporación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Porcentaje de personal de enfermería que reciben el manual de incorporación

Denominador .....: número de enfermeras incorporadas en la unidad desde la puesta en marcha del manual

x(1-100-1000) .... 100

Fuentes de datos.: Enfermera de la unidad:

o Registro de personal de nueva incorporación

o Registro de guías entregadas

Est.Mín.1ª Mem .. 80.00

Est.Máx.1ª Mem .. 90.00

Est.Mín.2ª Mem .. 80.00

Est.Máx.2ª Mem .. 90.00

3. Grado de satisfacción de los trabajadores con respecto al manual de acogida

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Porcentaje de trabajadores que han considerado útil la guía de acogida

Denominador .....: x 100

x(1-100-1000) .... 100

Fuentes de datos.: Enfermera de la unidad. Encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem .. 80.00

Est.Máx.1ª Mem .. 90.00

Est.Mín.2ª Mem .. 80.00

Est.Máx.2ª Mem .. 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#932

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LAS NUEVAS RECOMENDACIONES DEL MANUAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (SEXTA EDICION) PARA EL EXAMEN Y EL PROCESAMIENTO BASICO DEL SEMEN EN EL LABORATORIO

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#932 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAHOZ ALONSO RAQUEL

Título  
IMPLEMENTACION DE LAS NUEVAS RECOMENDACIONES DEL MANUAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (SEXTA EDICION) PARA EL EXAMEN Y EL PROCESAMIENTO BASICO DEL SEMEN EN EL LABORATORIO

Colaboradores/as:  
GALVE LAHOZ VICTOR  
GIL LAFUENTE OSCAR  
GONZALEZ SANCHEZ RUTH  
GONZALEZ SUAREZ DANIELA  
RAMO ORTIZ MARIA CARMEN  
SANZ PEREZ NOEMI  
SEBASTIAN LAFUENTE MARIA JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: BIOQUÍMICA

Ubicación/es secundaria/s  
CALATAYUD\*HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN\*ANATOMÍA PATOLÓGICA\*HOSP (Hospitalización)  
CALATAYUD\*HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN\*OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA\*HOSP (Hospitalización)  
CALATAYUD\*HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN\*UROLOGIA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Manual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el examen y el procesamiento de semen humano ha sido reconocido por proporcionar estándares globales para el análisis del semen, siendo ampliamente utilizado por laboratorios clínicos y de investigación.

El examen de semen es importante por diferentes razones:

- Evaluación de la función reproductiva masculina y la permeabilidad del tracto genital para permitir el tratamiento adecuado de la infertilidad y monitorizar la respuesta al tratamiento;
- Evaluación del potencial de fertilidad y elección de la modalidad de tratamiento reproductivo adecuado para una pareja infértil;
- Medir la eficacia de la anticoncepción masculina.

Los métodos proporcionados en el manual en anteriores ediciones ya han sido utilizados por este laboratorio como procedimientos operativos de referencia. De este modo, se considera importante la actualización de los mismos, ya que pueden mejorar la calidad del análisis del semen y la comparabilidad de los resultados, así como la interpretación adecuada de estos mediante los límites de decisión.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualización y adaptación al procedimiento del laboratorio de los diferentes apartados del estudio básico del espermograma (movilidad, vitalidad, concentración y morfología), así como del informe final del estudio, a las nuevas recomendaciones del manual.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El análisis del semen es una técnica completamente manual lo que conlleva mayor subjetividad tanto en el manejo de la muestra como en la emisión de resultados. La nueva edición de la OMS se centra en el desarrollo de técnicas confiables, enfatizando la importancia de la formación, estandarización y el control de calidad en la evaluación de este tipo de muestras cuyos resultados presenta una alta relevancia en el manejo clínico. También ha mejorado la información sobre la interpretación adecuada de los límites de decisión. La inclusión de todo ello en la práctica clínica del estudio del espermograma va a permitir mejorar la calidad de este, disminuyendo la variabilidad mediante la estandarización del proceso.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo de este proyecto es adecuar el estudio del semen que se lleva a cabo en nuestro laboratorio a las nuevas recomendaciones de la OMS, manteniendo así actualizado el procedimiento y realizando una mejora continua de las técnicas basada en la evidencia. De este modo, se mejorará la calidad de los espermogramas, lo que permitirá a los clínicos tomar decisiones para la salud de los pacientes apoyándose en resultados de confianza.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión del manual de la OMS y adecuación del protocolo de trabajo interno del laboratorio para el estudio del espermograma

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#932

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LAS NUEVAS RECOMENDACIONES DEL MANUAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (SEXTA EDICION) PARA EL EXAMEN Y EL PROCESAMIENTO BASICO DEL SEMEN EN EL LABORATORIO

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Raquel

2. Modificación de las pruebas en el Sistema Informático del Laboratorio (SIL) para introducir los resultados y generar el informe que también se verá modificado.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Raquel

3. Modificación de la hoja de instrucciones para la recogida de la muestra para que el paciente indique si ha tenido una infección/enfermedad inflamatoria en los últimos 6 meses o si está en tratamiento

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Ruth

4. Creación de una hoja de trabajo para la recogida de los datos en papel que será escaneada y adjuntada a la petición del SIL

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Ruth

5. Generación de una Agenda para las citas que permita programar los estudios desde el laboratorio asegurando la presencia del personal necesario para llevarlos a cabo

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: María José

6. Realización de los estudios de semen teniendo en cuenta las nuevas recomendaciones

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Raquel, Ruth, María Carmen, Daniela, Noemí

7. Generación y evaluación de los indicadores propuestos a partir de los datos del SIL y la Historia Clínica Electrónica (HCE)

Fecha inicio: 01/07/2023

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Raquel, Víctor, Óscar

8. Elaboración de la memoria

Fecha inicio: 01/08/2023

Fecha final.: 31/08/2023

Responsable.: Raquel

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Las nuevas recomendaciones a tener en cuenta serán las siguientes:

o Movilidad: se diferenciará los espermatozoides que se mueven de manera progresiva rápida de los que tienen movilidad progresiva lenta y se informará el porcentaje de ambos.

o Vitalidad: únicamente se realizará el estudio en aquellos que tengan un porcentaje de movilidad inferior al 40%. Como novedad, también se considerarán muertos aquellos espermatozoides cuya cabeza se haya teñido débilmente.

o Morfología: se realizará la tinción de Papanicolaou en el Servicio de Anatomía Patológica. Se informará el porcentaje de espermatozoides ideales y el índice de teratozoospermia (TZI), quedando reflejado también el porcentaje de defectos de cabeza, pieza intermedia, cola y exceso de residuo citoplasmático de los espermatozoides.

o Concentración: se prepararán las diluciones para su estudio según el número de espermatozoides observado por campo en el microscopio (se favorece con las nuevas recomendaciones el uso del factor de dilución 1:20). Indicar en la prueba creada el factor de dilución empleado.

o También se indicará como información adicional el tiempo transcurrido desde que el paciente recoge la muestra hasta el inicio del estudio, que deberá ser inferior a 60 minutos. La hora de inicio del estudio quedará registrada en la prueba creada para ello.

o Se informarán límites de decisión (no de referencia), desapareciendo el comentario de normozoospermia, astenozoospermia, teratozoospermia, oligozoospermia/azoospermia y/o necrozoospermia.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Información adicional cumplimentada

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de estudios con toda la información adicional cumplimentada correctamente por el paciente

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#932

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LAS NUEVAS RECOMENDACIONES DEL MANUAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (SEXTA EDICION) PARA EL EXAMEN Y EL PROCESAMIENTO BASICO DEL SEMEN EN EL LABORATORIO

Denominador .....: n° total de estudios  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: SIL  
Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Informe completo  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: n° de estudios con todas las pruebas correctamente informadas  
Denominador .....: n° total de estudios  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: SIL  
Est.Mín.1ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Inicio del estudio  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: n° de estudios iniciados antes de que haya transcurrido una hora desde la recogida  
Denominador .....: n° total de estudios  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: SIL  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Vitalidad  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: n° de estudios de vitalidad que no proceden  
Denominador .....: n° de estudios con movilidad <40%  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: SIL  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Estudios normales  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: n° de estudios sin alteraciones  
Denominador .....: n° total de estudios  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: SIL  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. Alteraciones o repetición del estudio en pacientes enfermos y/o en tratamiento  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: n° de estudios con alteraciones y/o recomendación de repetición  
Denominador .....: n° pacientes con declaración de enfermedad y/o tratamiento en los últimos 6 meses  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: SIL  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

7. Pacientes urológicos derivados para estudios complementarios  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: n° de pacientes urológicos derivados  
Denominador .....: n° total de pacientes urológicos con estudio espermático  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: SIL y HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#932

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LAS NUEVAS RECOMENDACIONES DEL MANUAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (SEXTA EDICION) PARA EL EXAMEN Y EL PROCESAMIENTO BASICO DEL SEMEN EN EL LABORATORIO

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

8. Pacientes ginecológicos derivados para estudios complementarios  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº de pacientes ginecológicos derivados  
Denominador .....: nº total de pacientes ginecológicos con estudio espermático  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: SIL y HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Hombres

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1142

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL ALCANCE FLEXIBLE DE LA ACREDITACION ISO 15189 EN EL LABORATORIO DE ANALISIS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 01/08/2022

Nº de registro: 2022#1142 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ESCOBAR MEDINA ANTONIA

Título  
IMPLANTACION DEL ALCANCE FLEXIBLE DE LA ACREDITACION ISO 15189 EN EL LABORATORIO DE ANALISIS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
AINA MARTINEZ MARIA ANTONIA  
BERNAL TORRES GLORIA  
ESTEVE ALCALDE PATRICIA ISABEL  
ROMERO SANCHEZ NAIARA  
SANTOS GIL MARIA TERESA  
VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA  
ZABALA SERRANO ESTHER

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: BIOQUÍMICA

Ubicación/es secundaria/s  
CALATAYUD\*HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN\*UNIDAD DE CALIDAD\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El laboratorio del Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica tiene la acreditación ISO 15189 desde el año 2011, lo que supone un importante valor añadido para el laboratorio y para el medio hospitalario, pues la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) acredita que tenemos un Sistema de Gestión de Calidad que es la herramienta reconocida internacionalmente para que los servicios diagnósticos puedan demostrar su calidad y competencia técnica.

Debido a la constante evolución de las necesidades de los laboratorios clínicos, como es la inclusión de nuevas magnitudes biológicas en su cartera de servicios o la actualización de métodos y equipos, surge la necesidad de establecer mecanismos que permitan que, aplicando los procedimientos adecuados y bajo ciertas condiciones, los laboratorios puedan llevar a cabo estas actividades sin requerir la evaluación previa de ENAC. Este sistema se recoge en los denominados Alcances Flexibles, de tal forma que el laboratorio define el alcance a partir de los mismos elementos descritos en los Alcances Fijos expresados en forma de categorías o grupos, y de forma que los límites de la flexibilidad queden claramente reflejados. El nivel de flexibilidad puede referirse al espécimen, categoría de magnitudes biológicas, categoría de las técnicas/métodos/procedimientos/equipos o combinación de 2 o más de las anteriores.

#### ÁREAS DE MEJORA

Ampliar el tipo de alcance de la acreditación ISO 15189, partiendo de un Alcance Fijo pasar a un Alcance Flexible que nos permita ante un cambio de equipos reacreditar las pruebas sin necesidad de prorrogar la acreditación hasta que ENAC evalúe el cambio. Además de tener la posibilidad de incluir nuevos parámetros a la Lista de Alcance Flexible.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Una de las acciones de mejora introducidas recientemente en el laboratorio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica ha sido la implantación del Sistema Automatizado CCM (Módulos de Conexión Cobas), haciendo más eficiente el proceso analítico y priorizando un circuito de muestras preferentes, y cambio de los analizadores por los modelos Cobas PRO. Como consecuencia de estos cambios, algunas técnicas acreditadas tienen que ser de nuevo evaluadas por ENAC en la próxima auditoría y hemos tenido que cambiar el alcance de acreditación.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Implantar el Alcance Flexible de la acreditación ISO 15189.
- Describir la estrategia de gestión del Alcance Flexible en el Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica para demostrar que tiene la capacidad de incorporación de nuevas magnitudes al alcance y/o actualización de los métodos o los equipos.

Los resultados esperados se relacionan directamente con la necesidad de reacreditar las pruebas derivadas del cambio de equipos, para que en un futuro cambio no haya que prorrogar la acreditación de las técnicas ya acreditadas, además de tener la posibilidad de incluir nuevos parámetros a la Lista de Alcance Flexible.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaborar el Procedimiento Técnico General (PTG) de Gestión del Alcance Flexibles, PTG-04\_CA(E)E\_L-BQ.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1142

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL ALCANCE FLEXIBLE DE LA ACREDITACION ISO 15189 EN EL LABORATORIO DE ANALISIS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Responsable de Calidad del Laboratorio

2. Aprovechar el cambio de equipos como ejemplo de implantación del PTG-04\_CA(E)E\_L-BQ para demostrar la competencia técnica y actualización de la documentación vigente en la intranet.

Fecha inicio: 01/07/2021

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Directora del Laboratorio

3. Elaborar el nuevo PTA correspondiente al Procedimiento de Análisis y el nuevo PTE correspondiente al Procedimiento de Equipos. Funcionamiento y Mantenimiento Cobas PRO.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Responsable Técnico

4. Comprobar las actividades a realizar en todas las etapas del proceso: pre-analítico, analítico y post analítico, y registrar evidencias en la Lista de Comprobación en el Alcance Flexible.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Responsable Técnico y Responsable de Calidad del Laboratorio

5. Defender la auditoria Externa de ENAC para la evaluación del cambio de equipos y ampliación del alcance de Fijo a Flexible.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Todos los integrantes del Grupo de Mejora

6. Corregir las desviaciones y observaciones que se hallen en la Auditoria de ENAC y envío del PAC (Plan de Acciones Correctivas) en el plazo establecido.

Fecha inicio: 13/10/2022

Fecha final.: 13/11/2022

Responsable.: Directora del Laboratorio, Responsable de Calidad del Laboratorio

7. Mantener el Alcance Flexible de la acreditación y acreditar nuevos analitos como: lipasa, ASLO y anticuerpos antitiroideos.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Directora, Responsable de Calidad, Supervisora, Responsable Técnico y Técnicos Especialistas

8. Cálculo y evaluación de los indicadores, junto con la valoración global que se realizará en la revisión por la dirección.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/12/2023

Responsable.: Todos los integrantes del Grupo de Mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

El sistema de calidad es un proyecto vivo en continua evolución según las necesidades de los laboratorios clínicos, por lo que pueden surgir nuevas necesidades/actividades a desarrollar.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de ensayos acreditados frente al total de propuestos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de ensayos acreditados

Denominador .....: nº total de ensayos propuestos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Alcance concedido

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % actuaciones realizadas del total de acciones del Check List

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº actuaciones/comprobaciones realizadas

Denominador .....: nº total de acciones del Check List

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Lista de Comprobación de Alcance Flexible

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1142

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL ALCANCE FLEXIBLE DE LA ACREDITACION ISO 15189 EN EL LABORATORIO DE ANALISIS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Número de Desviaciones Mayores en Auditoría Externa

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: n° desviaciones mayores  
Denominador .....: no aplica  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Informe de Evaluación de ENAC  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

#### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

La evaluación se realizará según los puntos indicados en la propia norma ISO 15189: auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa.

Las auditorías internas de la calidad se realizan con una periodicidad mínima anual en base a un programa elaborado por la Unidad de Calidad de SALUD, para este año 2022 todavía no tenemos fecha prevista.

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1204

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE LA DEMANDA DE PROCALCITONINA EN FUNCION DE LOS NIVELES DE PCR

Fecha de entrada: 05/08/2022

Nº de registro: 2022#1204 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ROMERO SANCHEZ NAIARA

Título  
GESTION DE LA DEMANDA DE PROCALCITONINA EN FUNCION DE LOS NIVELES DE PCR

Colaboradores/as:  
ESCOBAR MEDINA ANTONIA  
FERNANDEZ DOMINGUEZ NURIA  
FLORIDO HARANA INMACULADA  
IBÁÑEZ GUTIERREZ ALEJANDRO  
LITAGO CORTES ANA ISABEL  
MOLINA ALEJANDRE ISABEL  
SANCHEZ MELUS JORGE

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: BIOQUÍMICA

Ubicación/es secundaria/s  
CALATAYUD\*HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN\*URGENCIAS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Procalcitonina (PCT) es un marcador que proporciona una valiosa información en el diagnóstico de infección bacteriana sistémica, ya que su producción se ve estimulada sobre todo por la presencia de lipopolisacáridos de bacterias Gram negativas. Concentraciones superiores a 0.5 mg/L son indicativas de proceso infeccioso con riesgo de consecuencias sistémicas y, en general, concentraciones inferiores a este valor indican que la bacteriemia no es probable. Al tratarse de una determinación útil para el diagnóstico diferencial de SRIS de origen infeccioso y no infeccioso, determinar la gravedad de la sepsis y monitorizar la infección y la respuesta terapéutica, entre otras, se ha convertido en una determinación solicitada con frecuencia en el ámbito hospitalario.

Al mismo tiempo, se trata de una prueba que tiene un impacto significativo en el coste total de la analítica, por lo que, en un contexto de reducción del gasto, se hace especialmente importante la gestión adecuada de los recursos sin que ello afecte a la calidad de la asistencia.

Los resultados arrojados por algunos estudios indican que ajustando el punto de corte de la proteína C reactiva (PCR) en 8 mg/L, como valor mínimo necesario para realizar la determinación de PCT, se obtenían solo un 1% de resultados falsos negativos. En estos mismos estudios, el p99 para la PCT era de 1.5 mcg/L, un valor considerado significativo para la toma de decisiones clínicas.

#### ÁREAS DE MEJORA

Reducción del número de determinaciones de PCT innecesarias.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Demanda sistemática de pruebas disponibles en la cartera de servicio del hospital.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Optimización de los recursos económicos del laboratorio mediante la implantación de gestión de la demanda de PCT.  
- La población diana son los pacientes ingresados en cualquiera de las unidades del hospital, así como pacientes procedentes del servicio de urgencias.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Establecimiento de una regla de rechazo de PCT en pacientes con PCR <8 mg/L y generación de comentario automatizado en el informe clínico.

Fecha inicio: 02/06/2021

Fecha final.: 12/06/2021

Responsable.: Responsable de Calidad del Laboratorio

2. Revisión de las solicitudes de PCT para eliminar el rechazo en aquellas en las que previamente existían valores elevados.

Fecha inicio: 12/06/2021

Fecha final.: 02/06/2023

Responsable.: Responsable Técnico del Laboratorio

3. Revisión de la historia clínica de los pacientes con resultado de PCR <8 mg/L para detectar posibles

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1204

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE LA DEMANDA DE PROCALCITONINA EN FUNCION DE LOS NIVELES DE PCR

rechazos inadecuados de PCT.

Fecha inicio: 12/06/2021

Fecha final.: 02/06/2023

Responsable.: Responsable Técnico del Laboratorio

4. Evaluación de los indicadores

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 02/06/2023

Responsable.: Todos los integrantes del proyecto

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de PCT no realizadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de PCT rechazadas

Denominador .....: nº de peticiones solicitadas con PCR y PCT

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Sistema informático del Laboratorio

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

2. Ahorro generado

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: coste determinación de PCT x nº de PCT no realizadas

Denominador .....: No aplica

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Sistema informático del Laboratorio

Est.Mín.1ª Mem ..: 2000.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3000.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2000.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 3000.00

3. % de pacientes con sepsis sin PCT inicial realizada

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº pacientes con diagnóstico de sepsis a los que no se realizó determinación inicial de PCT

Denominador .....: nº total de pacientes con sepsis

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Sistema informático del Laboratorio

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1264

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LA DEMANDA DE LAS PETICIONES DE MAGNESIO PARA AYUDAR AL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES OCULTAS EN PACIENTES INGRESADOS MEDICINA INTERNA Y DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1264 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GONZALEZ SANCHEZ RUTH

Título  
ADECUACION DE LA DEMANDA DE LAS PETICIONES DE MAGNESIO PARA AYUDAR AL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES OCULTAS EN PACIENTES INGRESADOS MEDICINA INTERNA Y DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
ALGARA MENDOZA DAVID  
ALONSO ALCAÑIZ MARTA  
LAHOZ ALONSO RAQUEL  
PE DE LA RIVA VICTOR  
SANCHEZ RODRIGUEZ ESTELA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: BIOQUÍMICA

Ubicación/es secundaria/s  
CALATAYUD\*HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN\*BIOQUÍMICA\*HOSP (Hospitalización)  
CALATAYUD\*HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN\*BIOQUÍMICA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El magnesio es esencial para la vida, siendo el segundo catión intracelular más importante después del potasio, estando involucrado en numerosas reacciones enzimáticas, procesos metabólicos (función mitocondrial, procesos inflamatorios, inmunológicos y actividad neuronal, neuromuscular y vasomotora) formando parte del ADN y la síntesis proteica.

La homeostasis del Mg viene determinada por el balance entre la absorción intestinal y la eliminación renal, controlada fundamentalmente por su propia concentración plasmática, ya que, a diferencia del calcio y el fosfato, no se han identificado hormonas ni moléculas que alteren el transporte intestinal de magnesio ni la excreción renal de magnesio en respuesta a cambios en su equilibrio. Los cambios en la ingesta se equilibran con cambios en la reabsorción urinaria de magnesio, principalmente en el asa de Henle y el túbulo distal. Siendo por tanto las pérdidas gastrointestinales o renales los principales mecanismos por los que se puede producir una hipomagnesemia.

La prevalencia de hipomagnesemia en la población general es difícil de determinar dado que habitualmente es una entidad muy infradiagnosticada. En pacientes hospitalizados se estima entorno al 12%, llegando a cifras del 60-70% en aquellos pacientes ingresados en unidades de intensivos. En estos últimos se asocia con una mayor mortalidad.

La hipomagnesemia se acompaña frecuentemente de hipocalcemia e hipopotasemia por lo que cuando se combinan todas estas alteraciones es difícil saber si la hipomagnesemia es la única responsable de los síntomas. Los principales signos y síntomas son neuromusculares, cardiacos y del sistema nervioso central.

La importancia de la hipomagnesemia y la necesidad de tratamiento son poco reconocidas y subestimadas en la práctica clínica. El magnesio a menudo se pasa por alto a pesar de su papel crucial en la función celular (especialmente el de las neuronas y los cardiomiocitos).

#### ÁREAS DE MEJORA

Incrementar el diagnóstico de hipomagnesemias en los servicios de Medicina Interna y Urgencias del HELL.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Posible infradiagnóstico de las hipomagnesemias por la ausencia de signos y síntomas específicos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Diagnóstico de hipomagnesemias ocultas mediante de la determinación de Mg en suero en pacientes con hipocalcemias y/o hipopotasemia.

Diagnóstico de hipomagnesemia en pacientes con lipasa > 600 IU/L

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Crear una regla en el sistema informático del laboratorio (SIL) para la ampliación de las determinaciones de magnesio en muestras con hipocalcemias y/o hipopotasemias procedentes de MI y Urgencias

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Estela y Ruth

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1264

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LA DEMANDA DE LAS PETICIONES DE MAGNESIO PARA AYUDAR AL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES OCULTAS EN PACIENTES INGRESADOS MEDICINA INTERNA Y DE URGENCIAS

2. Crear una segla en el sistema informático del laboratorio (SIL) para la ampliacion de las determinaciones de magnesio en muestras con lipasa >600IU/L procedentes de MI y Urgencias

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: David y Ruth

3. Evaluación de los indicadores a partir de los datos del SIL y la HCE

Fecha inicio: 01/08/2024

Fecha final.: 15/09/2024

Responsable.: Raquel, Marta, Ana Isabel y Ruth

4. Elaboración de la memoria

Fecha inicio: 01/09/2024

Fecha final.: 30/09/2024

Responsable.: Ruth

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de ampliaciones de magnesio debidas a hipocalcemias

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de magnesios ampliados

Denominador .....: nº de hipocalcemias < 7,5 mg/dL

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: SIL

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 25.00

2. Número de ampliaciones de magnesio debidas a hipopotasemias

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de magnesios ampliados

Denominador .....: nº de hipopotasemias < 2,5 mmol/L

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: SIL

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Número de ampliaciones de magnesio debidas a lipasa >600 IU/L

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de magnesios ampliados

Denominador .....: nº de lipasa >600IU/L

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: SIL

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

4. Porcentaje de hipomagnesemias detectadas debido a hipocalcemias

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de hipomagnesemias

Denominador .....: nº de hipocalcemias < 7,5 mg/dL

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: SIL

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

5. Porcentaje de hipomagnesemias detectadas debido a hipopotasemias

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de hipomagnesemias

Denominador .....: nº de hipopotasemias < 2,5 mmol/L

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: SIL

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1264

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DE LA DEMANDA DE LAS PETICIONES DE MAGNESIO PARA AYUDAR AL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES OCULTAS EN PACIENTES INGRESADOS MEDICINA INTERNA Y DE URGENCIAS

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

6. Porcentaje de hipomagnesemias detectadas debido a lipasa >600 IU/L

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: n° de hipomagnesemias  
Denominador .....: n° de lipasa >600IU/L  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: SIL  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.50  
Est.Máx.1ª Mem ..: 35.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.50  
Est.Máx.2ª Mem ..: 35.00

7. Porcentaje de hipomagnesemias detectadas del total de ampliaciones realizadas

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: n° de hipomagnesemias  
Denominador .....: n° total de magnesios ampliados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: SIL  
Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 65.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 3.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 65.00

8. Porcentaje de hipomagnesemias severas detectadas del total de hipomagnesemias detectadas

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: n° de hipomagnesemias <1mg/dL  
Denominador .....: n° total de hipomagnesemias detectadas por las ampliaciones  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: SIL  
Est.Mín.1ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 22.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 4.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 22.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1278

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DEL DIAGNOSTICO DE PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 09/08/2022

Nº de registro: 2022#1278 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ESTEVE ALCALDE PATRICIA ISABEL

Título  
PROYECTO DE MEJORA DEL DIAGNOSTICO DE PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
GOMEZ DE LINARES RODRIGUEZ HELENA MARIA  
LITAGO CORTES ANA ISABEL  
PASSARINO IGLESIAS JUAN ANDRES

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: BIOQUÍMICA

Ubicación/es secundaria/s  
CALATAYUD\*HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN\*URGENCIAS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad frecuente, con una variada presentación clínica, desde casos muy leves y autolimitados hasta fallos multiorgánicos y muerte. El diagnóstico de PA puede ser dificultoso en ocasiones por la necesidad de diferenciarlo de otras patologías abdominales con hallazgos clínicos similares. Su diagnóstico requiere al menos 2 de las siguientes características: dolor abdominal característico, evidencia bioquímica de pancreatitis, y/o evidencia radiográfica de pancreatitis. La confirmación del diagnóstico de PA mediante pruebas bioquímicas se realiza con la determinación en suero de las magnitudes Lipasa y Amilasa. La elevación de más de tres veces el límite superior de la normalidad de enzimas pancreáticas resultan, en general, diagnósticas, si bien no siempre se encuentran concentraciones tan elevadas en el momento del diagnóstico, y hasta un 20 % de pacientes con PA pueden tener normoamilasemia. Por estas razones, la determinación de lipasa y amilasa de forma conjunta en pacientes con elevaciones moderadas puede condicionar la actitud terapéutica inmediata y tener un impacto en el pronóstico del paciente realizando un abordaje más eficiente del proceso diagnóstico. Por otro lado, una vez establecido el diagnóstico de PA, la medición seriada de enzimas pancreáticas no aporta mucho valor al tratamiento del paciente, por tanto, la implantación de estrategias para evitar la utilización de enzimas pancreáticas en este supuesto persigue adecuar su solicitud a la evidencia científica.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora del diagnóstico bioquímico de la PA, y de la utilización de enzimas pancreáticas en el seguimiento de pacientes diagnosticados de PA.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Baja sensibilidad de los marcadores bioquímicos utilizados de forma aislada en el diagnóstico de las PA cuando la elevación es moderada.  
Uso inadecuado de las enzimas pancreáticas en el seguimiento de pacientes diagnosticados de PA.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Optimización del diagnóstico bioquímico de la PA con la incorporación en la cartera de servicios del laboratorio de urgencias del test de Lipasa, y la implantación de un estudio estratificado de Lipasa y Amilasa para mejorar la capacidad diagnóstica de estos marcadores en pacientes con clínica compatible, pero con valores de lipasa inferiores a 3 veces los valores de referencia.  
Reducir el uso excesivo de enzimas pancreáticas en pacientes ya diagnosticados de PA.  
Población diana: pacientes que acuden al servicio de urgencias con cuadro clínico de dolor abdominal compatible con PA, pacientes ingresado con sospecha de PA sin diagnóstico previo, y pacientes diagnosticados de PA ingresados en el Hospital Ernest Lluch en seguimiento.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Desarrollar un protocolo de diagnóstico y manejo clínico de pacientes que acuden a urgencias con dolor abdominal.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Ana Litiago

2. Crear una regla en el sistema informático de laboratorio (SIL) para la ampliación de la determinación de amilasa en pacientes con valores de lipasa entre 1 y 3 veces el valor de normalidad

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1278

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DEL DIAGNOSTICO DE PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Responsable.: Patricia Esteve

3. Obtener mediante el Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD) los datos de PA de pacientes hospitalizados en el Hospital Ernest Lluch

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/08/2023

Responsable.: Juan Andrés Passarino y Helena Gómez

4. Definir el tiempo de rechazo en el estudio seriado de enzimas pancreáticas basándonos en la vida media de estos parámetros.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Patricia Esteve

5. Crear una regla en el sistema informático de laboratorio para el rechazo de enzimas pancreáticas en pacientes a los que se les ha solicitado previamente en el mismo episodio de ingreso .

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 14/10/2022

Responsable.: Patricia Esteve

6. Realizar una sesión clínica hospitalaria para explicar el uso de enzimas pancreáticas y otros aspectos de la PA

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Patricia Esteve

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La sesión clínica se realizará con la Unidad de Digestivo de nuestro de hospital (Dra. Laredo).

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Protocolo de diagnóstico y manejo clínico de pacientes con dolor abdominal en urgencias

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Partes del protocolo desarrolladas

Denominador ..... Protocolo aprobado

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: Propio de la persona encargada de su elaboración

Est.Mín.1ª Mem .. 30.00

Est.Máx.1ª Mem .. 80.00

Est.Mín.2ª Mem .. 50.00

Est.Máx.2ª Mem .. 100.00

2. Amilasas ampliadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador ..... Número de amilasas ampliadas

Denominador ..... Número de Lipasas realizadas

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: SIL

Est.Mín.1ª Mem .. 5.00

Est.Máx.1ª Mem .. 15.00

Est.Mín.2ª Mem .. 5.00

Est.Máx.2ª Mem .. 15.00

3. Pacientes diagnosticados de PA con amilasa y lipasa alterada

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Número de pacientes diagnosticados de PA

Denominador ..... Número de pacientes con lipasa y amilasa con valores por encima del valor de normalidad

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: SIL y RAE-CMBD

Est.Mín.1ª Mem .. 5.00

Est.Máx.1ª Mem .. 10.00

Est.Mín.2ª Mem .. 5.00

Est.Máx.2ª Mem .. 10.00

4. Pacientes no diagnosticados de PA con lipasa alterada (1-3 VR) y amilasa normal

Tipo de indicador: Impacto

Numerador ..... Número de pacientes no diagnosticados de PA

Denominador ..... Número de pacientes con lipasa entre 1 y 3 el límite superior del valor de referencia y amilasa con valores normales

x(1-100-1000) ... 100

Fuentes de datos.: SIL y RAE-CMBD

Est.Mín.1ª Mem .. 50.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1278

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DEL DIAGNOSTICO DE PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

5. Enzimas pancreáticas rechazadas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de peticiones con enzimas pancreáticas rechazadas

Denominador .....: Número de enzimas pancreáticas solicitadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: SIL

Est.Mín.1ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 15.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 15.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Nuestro indicador de pruebas rechazadas esperamos que sea el más bajo posible, y por eso vamos a realizar la sesión clínica.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#268

### 1. TÍTULO

#### ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO PARA DESCARTAR TROMBO EN OREJUELA IZQUIERDA Y CARDIOVERSION ELECTRICA URGENTE EN PACIENTES CON FA/FLUTTER DE DIAGNOSTICO EN URGENCIAS PERO DATA DE INICIO INDETERMINADA

Fecha de entrada: 24/06/2022

Nº de registro: 2022#268 \*\* Atención a tiempo: pruebas diagnósticas \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ANDRES SANCHEZ ARTURO

Título  
ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO PARA DESCARTAR TROMBO EN OREJUELA IZQUIERDA Y CARDIOVERSION ELECTRICA URGENTE EN PACIENTES CON FA/FLUTTER DE DIAGNOSTICO EN URGENCIAS PERO DATA DE INICIO INDETERMINADA

Colaboradores/as:  
ALAMEDA SERRANO JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: CARDIOLOGÍA

Línea estratégica: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Permitir la cardioversión a ritmo sinusal de paciente que ingresan por diagnóstico no conocido previamente de FA/Flutter de comienzo indeterminado descartando previamente la ocupación trombotica de orejuela izquierda.

ÁREAS DE MEJORA  
DISMINUIR LA TASA DE PACIENTE EN FA E ICTUS CARDIOEMBÓLICO

ANÁLISIS DE CAUSAS  
Cardioversión precoz de paciente en FA/Flutter de comienzo no conocido desde servicio de Urgencias con realización de ecocardiograma transesofágico para evitar cardioembolismos

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Mejorar el control de la arritmia desde Urgencias iniciando la medicación adecuada y dando alta a domicilio de manera precoz en ritmo sinusal.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO  
Fecha inicio: 27/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Dr. ARTURO ANDRÉS SÁNCHEZ

2. SEDACION  
Fecha inicio: 26/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Dr. JAVIER ALAMEDA SERRANO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. PORCENTAJE DE ÉXITO EN CARDIOVERSIÓN  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: 1  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Registro electrocardiográfico  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.01  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.01  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.01

2. COMPLICACIONES TRAS REALIZACIÓN DE ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: 1  
Denominador .....: 1  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Registro ecocardiográfico  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#268

### 1. TÍTULO

**ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO PARA DESCARTAR TROMBO EN OREJUELA IZQUIERDA Y  
CARDIOVERSION ELECTRICA URGENTE EN PACIENTES CON FA/FLUTTER DE DIAGNOSTICO EN URGENCIAS  
PERO DATA DE INICIO INDETERMINADA**

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema circulatorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#193

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 20/06/2022

Nº de registro: 2022#193 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
TORCAL AZNAR JAVIER

Título  
ACTUALIZACION MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
BAGUENA BERNE MARTA  
FERNANDEZ PERA DIEGO  
GONZALEZ SANZ GUILLERMO  
LAMATA DE LA ORDEN LAURA  
MARIN CAMERO NAIARA  
MILLAN GALLIZO GUILLERMO

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Existen unas Normas de Funcionamiento del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo redactadas hace más de 10 años. En este tiempo se han modificado aspectos de funcionamiento del Servicio así como de gestión, debido a mejoras introducidas con el paso del tiempo, como la informatización, las interconsultas electrónicas, creación de nuevas Consultas específicas,... Por otro lado las normas "iniciales" se han ido modificando para mejorar el funcionamiento del Servicio. Todos estos cambios en la práctica diaria deben quedar reflejados en la Normativa de funcionamiento interno del Servicio.

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualización de la Normativa interna del Servicio de Cirugía General

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Redacción existente muy antigua.  
Evolución de los medios

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Reflejar realmente el Modelo de Funcionamiento y Gestión actual del Servicio de Cirugía General del Hospital Ernest LLuch

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Redacción del nuevo Modelo de Funcionamiento y Gestión

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Javier Torcal Aznar

2. Evaluación y discusión con el resto de componentes del Servicio

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Javier Torcal Aznar

3. Redacción definitiva del Modelo de Funcionamiento y Gestión

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Javier Torcal Aznar

4. Presentación del Modelo definitivo a Dirección Médica del Hospital para su aprobación y conocimiento

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Javier Torcal Aznar

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Conocimiento de las Normas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#193

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. HOSPITAL ERNEST LLUCH

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de cirujanos del Servicio que conocen el Modelo  
Denominador .....: Número total de cirujanos del Servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta realizada  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#597

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION DEL INFORME QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#597 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MILLAN GALLIZO GUILLERMO

Título  
INFORMATIZACION DEL INFORME QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
FERNANDEZ PERA DIEGO  
GONZALEZ SANZ GUILLERMO  
LAMATA DE LA ORDEN LAURA  
MARIN CAMERO NAIARA  
TORCAL AZNAR JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El protocolo quirúrgico, entendido como el informe detallado de los hallazgos y actuaciones realizadas durante las operaciones, se trata de un documento de gran importancia para los servicios quirúrgicos. En estos documentos se refleja cierta información de los pacientes, que en ocasiones no existe otra forma de conocer con otros medios o pruebas. Es por ello, que se trata de un informe muy útil, que interesa preservar y ser fácilmente localizable en fechas futuras a la intervención quirúrgica, para ser consultado por el propio facultativo responsable u otros compañeros, ya sean del propio centro o de otro en nuestra Comunidad.

Tal y como se está realizando con gran parte de los procedimientos y actuaciones médicas, la forma más útil de tener acceso al protocolo es que esté disponible en la historia clínica electrónica (HCE), permitiendo de esta forma su consulta en cualquier momento, sin necesidad de tener la historia clínica en formato físico. En el Hospital Ernest Lluch, todavía no se ha implementado esta medida por lo que creemos necesario que pueda estar disponible próximamente, como ya se realiza en otros centros de Aragón.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar la accesibilidad del informe o protocolo quirúrgico mediante un soporte digital  
Reducir el gasto de papel  
Facilitar su legibilidad

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Se están eliminando los informes o notas en papel para cualquier registro de nuestra actividad laboral, y este informe no debe ser menos, requiere un formato actualizado

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Facilitar el acceso al protocolo quirúrgico en cualquier momento, sin necesidad de obtener la historia clínica física
- Permitir su consulta en todos los centros de Aragón a través de la H.C.E., ayudando a tener toda la información posible para la toma de decisiones
- Evitar la pérdida o extravío del mismo, así como localización más rápida del mismo
- Evitar problemas de legibilidad de dichos documentos, no perdiendo información por dicho motivo
- Favorecer su consulta para fines estadísticos o de investigación

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Creación de una plantilla o documento de acceso desde los ordenadores de uso habitual de los facultativos del servicio de Cirugía General, que pueda subirse como entrada en la H.C.E.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: Guillermo Millán Gallizo

2. Cumplimentación del protocolo informatizado en al menos 80% de los procedimientos de cirugía mayor (ambulatoria o con ingreso) realizados por el Servicio de Cirugía General.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/03/2023

Responsable.: Guillermo Millán Gallizo

3. Revisión todos los pacientes intervenidos de procedimientos de cirugía mayor urgente o programada para conocer el porcentaje de cumplimentación

Fecha inicio: 02/03/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Guillermo Millán Gallizo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#597

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION DEL INFORME QUIRURGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Revisión retrospectiva de los documentos de protocolo quirúrgico realizados en formato informático.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de informes quirúrgicos realizados en soporte digital de pacientes intervenidos

Denominador .....: Número total de pacientes intervenidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: H.C.E

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#545

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE CONSULTAS EXTERNAS ESPECIALIZADAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 11/07/2022

Nº de registro: 2022#545 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
TORNOS HERNANDEZ MARIA PEÑA

Título  
PROYECTO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE CONSULTAS EXTERNAS ESPECIALIZADAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Colaboradores/as:  
BAGUENA BERNE MARTA  
GARCIA PLAZA ANA MARIA  
GOMEZ HERNANDO MERCEDES  
LUNA GUTIERREZ MARIA DOLORES  
ROSU JUDELE ANDREEA DANIELA  
SANZ FOIX PERFECTA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El plan de acogida al personal de nueva incorporación al servicio de consultas externas constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar: El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo, etc.)  
La planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc.)

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El servicio de consultas externas está formado por un equipo multidisciplinar que da soporte a los pacientes que llegan de forma ambulatoria para una valoración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios. La plantilla está formada por una supervisora, 15 enfermeras, 11 técnicos de cuidados auxiliares de enfermería y 2 celadores distribuidos en turno fijo de mañanas y una tarde cada cuatro semanas (enfermeras y auxiliares).  
La necesidad de elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la numerosa rotación del personal que se produce en el servicio, así como la especialización y tecnificación de los cuidados que se proporcionan en consultas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal: Este manual pretende facilitar conocimiento de la unidad, su organización y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

Objetivos: Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente.

Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación

Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.

Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.

Facilitar las directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación.

Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Constitución de un equipo de trabajo que se ocupará de:

Búsqueda bibliográfica, recopilación y actualización de documentos relacionados con los procesos enfermeros

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 15/12/2022

Responsable: M<sup>a</sup> PEÑA TORNOS HERNANDEZ

2. Organigrama, planos del servicio, descripción de la unidad y de las funciones del puesto de trabajo a desempeñar.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final: 15/12/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#545

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE CONSULTAS EXTERNAS ESPECIALIZADAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Responsable.: MERCEDES GOMEZ HERNANDO

3. Elaboración del borrador

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: MARTA BAGUENA BERNE

4. revisión y aprobación por la Unidad de Calidad y comisión.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: PERFECTA SANZ FOIX

5. difusión y presentación del manual en la unidad por el responsable del proyecto

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: ANA M<sup>a</sup> GARCIA PLAZA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizará una encuesta de satisfacción para cumplimentar por el personal de nueva incorporación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicador de alcance (mide las actividades):

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Elaboración del manual completo

Denominador .....: Número de enfermeros incorporados en la unidad

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Unidad de calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Indicador de impacto (mide los resultados)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Porcentaje de personal de enfermería que reciben el manual

Denominador .....: Número de enfermeros incorporados en la unidad desde la puesta en marcha del manual

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora unidad:

- Registro de personal de nueva incorporación

-Registro de guías entregadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Indicador de impacto (mide los resultados)

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Porcentaje de trabajadores que han considerado útil la guía de acogida

Denominador .....: Número de enfermeros incorporados en la unidad desde la puesta en marcha del manual

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de unidad. Encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Realización de una encuesta de satisfacción.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#707

### 1. TÍTULO

#### FORMACION ONLINE

Fecha de entrada: 20/07/2022

Nº de registro: 2022#707 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARZA ANDRES SORAYA

Título  
FORMACION ONLINE

Colaboradores/as:  
DEZA IBAÑEZ ANA ISABEL  
PELLEJER LASSA ROSANA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: CONSULTAS EXTERNAS

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Durante los últimos años y debido a las restricciones derivadas de la pandemia el concepto de formación se ha modificado notablemente orientándose cada vez más a una formación online o teleformación. Cada sector debe fomentar una continua formación a sus trabajadores facilitándoles en medida de lo posible los recursos didácticos necesarios para ello.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disponer de un catálogo de sesiones clínicas, cursos, presentaciones, etc.  
Además de un registro de usuarios que utilizan este material didáctico que facilite el control y trazabilidad de los realizados.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de una plataforma donde poder colgar el catálogo de sesiones clínicas, cursos, presentaciones y donde se pueda llevar un control de donde se está conectando cada usuario.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal del proyecto es crear una plataforma donde poder colgar el catálogo de sesiones clínicas, cursos, presentaciones disponibles en el Sector de Calatayud. Con ello, se pretende garantizar que cualquier usuario pueda acceder a estos y poder llevar un control y trazabilidad. Facilitando en los casos que sea necesario la certificación de asistencia o realización de la formación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un boceto de la plataforma donde indicar las diferentes secciones

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 28/02/2022

Responsable.: Ana Isabel Deza Ibañez, Rosana Pellejer Lassa, Soraya Garza Andrés

2. Desarrollo de una aplicación web

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/05/2022

Responsable.: Ana Isabel Deza Ibañez, Soraya Garza Andrés

3. Selección de sesiones, curso, presentaciones, etc para colgar en la aplicación web.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Rosana Pellejer Lassa

4. Introducción de los contenidos en el aplicativo web.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Ana Isabel Deza Ibañez, Soraya Garza Andrés

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de recursos didácticos subidos a la plataforma.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº recurso publicados durante 3 meses

Denominador .....: Nº recursos previstos publicar durante 3 meses

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#707

### 1. TÍTULO

#### FORMACION ONLINE

Fuentes de datos.: Informática

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Grado de desarrollo de la aplicación web

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Desarrollo completo  
Denominador .....: Desarrollo completo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Informática  
Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#429

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DE LA UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#429 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LAREDO DE LA TORRE VIVIANA

Título  
IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DE LA UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER  
BELLOC BARBASTRO BLANCA  
MARTINEZ TOMEY M. CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: DIGESTIVO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la actualidad existe una alta demora en la atención de los pacientes en la Unidad de Aparato Digestivo, tanto en la realización de endoscopias digestivas como en la valoración en consultas externas. Todo ello sugiere la necesidad de replantear el modelo organizativo de la unidad para mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

En el momento de plantear este proyecto existe una demora excesiva en consultas sucesivas. Del mismo modo, el modelo organizativo previo contemplaba una única consulta de gastroenterología en la que se valoraba cualquier enfermedad gastrointestinal, sin hacer una diferenciación por patologías. Esto hace que, a priori, dentro del buzón de pacientes pendientes de revisión, no podamos diferenciar aquellos que precisan un seguimiento más prioritario en consulta.

Del mismo modo, nos encontramos con un alto volumen de solicitudes endoscópicas, algunas de ellas no idóneas, lo que conlleva una sobrecarga del sistema y un incremento notable de la lista de espera.

#### ANALISIS DE CAUSAS

1) Modelo organizativo de consulta en el que se contempla como único responsable de la atención a los pacientes, el facultativo especialista en Aparato Digestivo. Esta concepción ha ido cambiando a lo largo del tiempo, reconociendo cada vez más la importancia del personal de enfermería en el manejo de los pacientes. La implantación de una consulta de enfermería especializada ha demostrado ser eficiente y obtener resultados satisfactorios.

2) Seguimiento en Atención Especializada de patologías que pueden ser manejadas desde Atención Primaria. Se ha detectado una sobrecarga de pacientes seguidos crónicamente en consulta especializada y que, en base a las recomendaciones de las guías de práctica clínica, pueden manejarse en el ámbito de la Atención Primaria.

3) Tendencia a recitar de forma presencial, generando un alto volumen de consultas sucesivas, para informar de resultados de exploraciones. En patologías no graves y, previo acuerdo con el paciente, estos resultados se pueden informar telefónicamente sin necesidad de generar citas sucesivas.

4) Existencia de una consulta única de digestivo "general" en la que se engloban todo tipo de afecciones digestivas, sin diferenciar por patología.

4) No idoneidad en la solicitud de las endoscopias digestivas. Resulta fundamental la revisión sistemática de todas las solicitudes endoscópicas y su adecuación a las guías de práctica clínica.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Objetivos del proyecto:

- Disminuir el buzón de consultas externas y, por consiguiente, los tiempos de espera para consultas sucesivas
  - Clasificar a los pacientes por patologías y valorarlos en consultas específicas
  - Identificar a aquellos pacientes que no precisan seguimiento en Atención Especializada y pueden ser manejados en el ámbito de la Atención Primaria
  - Establecer una consulta de enfermería especializada
  - Identificar aquellos pacientes con patología digestiva que precisan seguimiento en Atención Especializada pero que pueden manejarse en consulta de enfermería
  - Disminuir el buzón de endoscopias y, por consiguiente, los tiempos de espera
  - Homogeneizar los seguimientos endoscópicos
- Población diana: pacientes del área de Calatayud que precisen atención en consulta de digestivo o en

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#429

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DE LA UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

##### endoscopias

- Desde el punto de vista de los resultados, es de esperar:

- Disminuir el número de pacientes en buzón (tiempo de espera para consultas sucesivas)
- Disminuir el número de pacientes que precisan seguimiento en consulta especializada
- Garantizar que los resultados de las exploraciones complementarias se informan en un tiempo razonable
- Mejorar la calidad de la atención a los pacientes mediante la creación de consultas específicas por patologías con facultativos especializados en ciertas áreas de la gastroenterología (Enfermedad inflamatoria Intestinal, Hepatología y Motilidad)
- Disminuir el número de pacientes en buzón de endoscopias digestivas (disminuir el tiempo de espera para la realización de endoscopias)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Actividad de revisión telefónica de pacientes "en buzón"

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Viviana Laredo De la Torre

2. Creación de consulta de enfermería

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: María Carmen Martínez toMEY

3. Creación de consultas específicas

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Viviana Laredo, Francisco Javier Aranguren, Blanca Belloc

4. Optimización de la unidad de endoscopias

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Francisco Javier Aranguren

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- • Actividad de revisión telefónica de pacientes "en buzón" de consulta. El objetivo es clasificar a los pacientes pendientes de revisión, en pacientes que precisan seguimiento en consulta específica y pacientes que pueden ser manejados desde Atención Primaria. Del mismo modo se pretende informar a los pacientes de los resultados de exploraciones que quedaban pendientes.

- Creación de consultas específicas de enfermedad inflamatoria intestinal, hepatología, motilidad y digestivo general

NOTA: En las actividades creación de consulta de enfermería, consulta específica y optimización de endoscopias, se añade fecha de fin, pero son actividades continuas

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Eficacia en la actividad de revisión de buzón

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de pacientes en buzón de consulta revisados

Denominador .....: número total de pacientes en buzón

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE, citaciones

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Eficacia en la información de resultados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de pacientes en buzón a los que se les ha informado de resultados

Denominador .....: número total de pacientes en buzón pendientes de informar de resultados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE, citaciones

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Reducción del número de pacientes en buzón (el indicador valora el % que continua en buzón)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de pacientes en buzón de consulta al final del proyecto

Denominador .....: número de pacientes en buzón de consulta al inicio del proyecto

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#429

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN NUEVO MODELO ORGANIZATIVO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DE LA UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fuentes de datos.: Citaciones

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

4. Porcentaje de pacientes en buzón dados de alta

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de pacientes en buzón dados de alta

Denominador .....: número total de pacientes en buzón de consulta

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE, citaciones

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#440

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA MEDIANTE LA UTILIZACION DE BOMBA DE PERFUSION PARA SEDACION Y REVISION SISTEMATICA DE LAS SOLICITUDES CON ADECUACION A LAS GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA

Fecha de entrada: 01/07/2022

Nº de registro: 2022#440 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:

ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER

Título

OPTIMIZACION DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA MEDIANTE LA UTILIZACION DE BOMBA DE PERFUSION PARA SEDACION Y REVISION SISTEMATICA DE LAS SOLICITUDES CON ADECUACION A LAS GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA

Colaboradores/as:

BELLOC BARBASTRO BLANCA  
LAREDO DE LA TORRE VIVIANA  
MARTINEZ MARTINEZ SANTIAGO  
VALLADARES FERNANDEZ MARGARITA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: DIGESTIVO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**

en la actualidad, la mayoría de procedimientos endoscópicos (siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica), se realizan utilizando sedación profunda, habitualmente mediante el empleo de propofol. La sedación ha demostrado ser beneficiosa para el paciente, ya que mejora la tolerabilidad de las exploraciones, disminuyendo significativamente el dolor (en el caso de las colonoscopias) y las náuseas (en el caso de las gastroscopias), y para el endoscopista, puesto que permite valorar con mayor detenimiento la mucosa del tracto gastrointestinal, así como realizar procedimientos que son peor tolerados en pacientes conscientes (por ejemplo, polipectomía de larga duración).

Por otra parte, adecuar las solicitudes de endoscopia a las guías de práctica clínica, resulta fundamental para mantener la eficiencia del servicio y garantizar tiempos de espera razonables

**ÁREAS DE MEJORA**

En nuestro centro se realizan las exploraciones endoscópicas utilizando propofol, administrado mediante "bolos de fármaco" en una jeringa convencional. En la mayoría de los centros esta forma de administración del fármaco se ha sustituido por la utilización de una bomba de perfusión continua.

Del mismo modo, el número de peticiones endoscópicas en los últimos años ha sido cada vez más elevado, detectando que muchas de las solicitudes no se adecúan a las actuales guías de práctica clínica. Todo ello origina una sobrecarga de exploraciones y, por consiguiente, un incremento significativo de la lista de espera. Del mismo modo, las endoscopias no son inocuas, por lo que solo se deberían realizar en aquellos pacientes en los que se encuentren indicadas.

**ANALISIS DE CAUSAS**

La sedación del paciente mediante "bolos" de propofol en comparación con la administración del fármaco mediante perfusión continua presenta las siguientes desventajas:

- Necesidad de una mayor dosis de fármaco para alcanzar un nivel profundo de sedación: al no recibir el paciente una dosis mantenida, infundida de forma continua, los requerimientos de propofol son mayores, pudiendo incrementarse el riesgo de complicaciones.
- Dificultad para realizar procedimientos endoscópicos complejos, que precisan una sedación profunda mantenida durante periodos largos de tiempo (por ejemplo, polipectomías complejas). Esto obliga a recitar exploraciones por la dificultad de mantener el nivel de sedación, con la consiguiente sobrecarga del sistema.
- Necesidad de dos enfermeros/as en la sala de exploración. En el caso de la sedación mediante "bolos" de propofol, es necesario un enfermero durante toda la exploración controlando la administración del fármaco y, a su vez, es necesario otro enfermero para instrumentar al endoscopista. La utilización de una perfusión continua de propofol facilita que el acto endoscópico precise de un único enfermero.

La solicitud inadecuada de endoscopias digestivas origina una sobrecarga en el número de exploraciones. Esta inadecuación de las exploraciones puede deberse a la ausencia de conocimiento sobre las guías de práctica clínica vigentes y, en otras ocasiones, a la falta de tiempo en consulta, que dificulta la valoración de las exploraciones previas del paciente.

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**

- Realizar la sedación profunda para las exploraciones endoscópicas mediante la administración de propofol

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#440

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA MEDIANTE LA UTILIZACION DE BOMBA DE PERFUSION PARA SEDACION Y REVISION SISTEMATICA DE LAS SOLICITUDES CON ADECUACION A LAS GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA

utilizando una bomba de perfusión continua

- Revisar de forma sistemática las solicitudes de endoscopia digestiva (las nuevas y las ya existentes en buzón), citando aquellas que se consideren adecuadas y justificando por escrito, aquellas que se consideran no indicadas.

- Población diana: pacientes del área de Calatayud a los que se solicite una endoscopia digestiva para ser realizada en el Hospital Ernest Lluch

- Desde el punto de vista de los resultados, es de esperar:

- Disminución de la dosis de propofol necesaria para garantizar la sedación profunda de los pacientes.
- Necesidad de un único enfermero en la sala de endoscopias para instrumentar al endoscopista y manejar la bomba de propofol.
- Posibilidad de realizar procedimientos endoscópicos de mayor complejidad.
- Incrementar el número de exploraciones endoscópicas que se realizan en cada jornada.
- Disminuir los tiempos de espera en la realización de endoscopias.
- Homogeneizar el seguimiento endoscópico de las patologías más prevalentes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. • Prueba preliminar de la bomba de perfusión de propofol con docencia por parte del responsable de material

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: enfermería, Santiago

2. • Inicio de sedación con perfusión de propofol en la mayor parte de las exploraciones

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: enfermería, Santiago y María Carmen

3. • Realizar prácticamente el 100% de exploraciones con perfusión de propofol tras el periodo de adaptación

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: enfermería, Santiago y María Carmen

4. • Reunión facultativos digestivo para homogenizar la aplicación de guías de práctica clínica en la revisión de solicitudes de endoscopia

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/07/2022

Responsable.: Francisco Javier, responsable

5. • Revisión progresiva de solicitudes de endoscopia "en buzón" y valoración de su idoneidad

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Dres Laredo, Aranguren y Belloc

6. • Revisión de todas las solicitudes nuevas de endoscopia y valoración de su idoneidad

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Dres Laredo, Aranguren y Belloc)

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. nº pacientes sedados mediante bomba/número total de pacientes exploración endoscópica

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº pacientes sedados mediante bomba

Denominador .....: número total de pacientes exploración endoscópica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Programa HYS

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

2. nº de solicitudes endoscópicas revisadas/nº total de solicitudes de endoscopia

Tipo de indicador: alcance

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#440

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA MEDIANTE LA UTILIZACION DE BOMBA DE PERFUSION PARA SEDACION Y REVISION SISTEMATICA DE LAS SOLICITUDES CON ADECUACION A LAS GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA

Numerador .....: nº de solicitudes endoscópicas revisadas  
Denominador .....: nº total de solicitudes de endoscopia  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Programa HYS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 85.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 85.00

3. incremento en el número de exploraciones endoscópicas realizadas por jornada  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Exploraciones realizadas por jornada a partir de julio 22  
Denominador .....: Exploraciones realizadas por jornada en el período previo  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Programa HYS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 2.00

4. reducción en el número de endoscopias tras revisión de volantes  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: número de exploraciones que se deniegan  
Denominador .....: número total de solicitudes  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Programa HYS  
Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#754

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE DIGESTIVO

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#754 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ TOMEY M. CARMEN

Título  
IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE DIGESTIVO

Colaboradores/as:  
GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN  
SANCHEZ GARCIA INMACULADA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: DIGESTIVO

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Supondrá una mejora de la situación proporcionando mayor accesibilidad y agilidad, tanto en la comunicación con los pacientes (telefónica o por email) cómo en la atención (consultas programadas y/o demanda) así cómo en pacientes crónicos.

Proporciona continuidad de cuidados, facilitando la comunicación con otros niveles asistenciales (A. Primaria, urgencias, hospital de día...)

Proporciona agilidad en la resolución precoz de resultados.

#### ÁREAS DE MEJORA

Desde la consulta se prestará una atención al ciudadano desde una perspectiva personalizada e integral, persiguiendo la máxima calidad y excelencia, así como el uso eficiente de los recursos

#### ANALISIS DE CAUSAS

Partiendo de la situación en la que existen aproximadamente 850 pacientes en buzón, pendientes de revisión en consulta, algunos de ellos valorados por última vez en 2019-2020, se decide crear la consulta de enfermería de digestivo, que se desarrollará en dos fases. La primera comienza en junio de 2022, en ella se realiza la revisión periódica de exploraciones solicitadas, tanto en la consulta presencial cómo en la telefónica (de nueva creación para reducir la demora de revisiones) y una vez realizadas las mismas se informa al facultativo responsable, quien indica los pasos a seguir. En la segunda fase se valorará presencialmente a pacientes crónicos (colitis ulcerosa en remisión, enfermedad de Crohn sin tratamiento en remisión, cirrosis hepática compensada...) que según guías de práctica clínica y con protocolos específicos pueden ser manejados desde enfermería.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

En la primera fase:

- Evitar visitas sucesivas innecesarias y principalmente, garantizar que los pacientes reciban el resultado de las exploraciones realizadas en un tiempo "razonable", así como disminuir la demora de revisión en consulta de digestivo.

- Mejorar la comunicación de los pacientes de digestivo con el personal del servicio.

- Evitar la repetición de pruebas por falta de información en cuanto a la preparación de las mismas.

- Evitar al paciente de consulta telefónica tener que desplazarse a Atención Primaria u hospital para recogida de material necesario para realización de pruebas ( SOH, calprotectina, antígeno de helicobacter pylori...)

- Comunicación continua con el resto de servicios del hospital involucrados en la realización de exploraciones solicitadas (endoscopias, radiología, laboratorio, citaciones extrahospitalarias...)

En la segunda fase:

- Mejorar los autocuidados del paciente crónico.

- Agilidad en resolución de dudas y problemas que puedan surgir al paciente crónico.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Formación del personal de enfermería de nuestro centro desde la consulta de Inocencio Jiménez

Fecha inicio: 02/05/2022

Fecha final.: 01/06/2022

Responsable.: BELEN ZAPATA LOPEZ

2. -Reuniones de equipo para plantear organización de la consulta y detectar áreas de mejora

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 10/06/2022

Responsable.: FEAS DIGESTIVO

3. -Reuniones con el servicio de citaciones para informar del nuevo funcionamiento de la consulta y creación de agenda.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 10/06/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#754

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE DIGESTIVO

Responsable.: BELEN ZAPATA LOPEZ

4. -Comunicación con los servicios de Radiología ,Endoscopias, Hospital de día, Laboratorio y Citaciones extrahospitalarias para dar a conocer el funcionamiento de la consulta y plantear las necesidades

Fecha inicio: 13/06/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: CARMEN MARTINEZ TOMEY

5. -Comunicación con Atención Primaria. Tras la realización de las exploraciones solicitadas se evoluciona en la HCE ,para dar a conocer a A. Primaria el funcionamiento de la consulta de enfermería, así

Fecha inicio: 13/06/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: CARMEN MARTINEZ TOMEY

6. -Comunicación con los pacientes, mediante carta enviada a domicilio, junto a los volantes necesarios para las exploraciones solicitadas en la consulta telefónica, dando a conocer la extensión de la co

Fecha inicio: 13/06/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: CARMEN MARTINEZ TOMEY

7. -Envío a domicilio de volantes de pruebas, así como material necesario, recomendaciones e instrucciones para la preparación y realización de las mismas.

Fecha inicio: 13/06/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: CARMEN MARTINEZ TOMEY

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. -Disminución del tiempo de demora desde la realización de pruebas hasta la comunicación de resultado

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes informados del resultado de pruebas.

Denominador .....: Número de pacientes con pruebas realizadas.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. -Grado de satisfacción de los pacientes con respecto a la resolución de pruebas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes satisfechos con la agilidad de comunicación de resultados.

Denominador .....: : Número de pacientes encuestados.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción realizadas a los paciente

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato digestivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#416

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE INSULINAS EN EL AMBITO HOSPITALARIO PARA ENFERMERIA

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#416 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANZ FOIX PERFECTA

Título  
ACTUALIZACION DE INSULINAS EN EL AMBITO HOSPITALARIO PARA ENFERMERIA

Colaboradores/as:  
ALTEMIR TRALLERO JARA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ENDOCRINOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La importancia viene dada para que el personal de enfermería sea conocedor de todas las marcas comerciales y principios activos con los que cuentan en su lugar de trabajo indicando mayor utilidad y disposición del fármaco para la capacitación del personal, la necesidad viene dada para aportar mayores conocimientos a las compañeras y mejorar la praxis de actuación de estos mismos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Plantas de hospitalización.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desconocimiento del producto hospitalario.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Un conocimiento total del material, formas, acciones del fármaco y con ello una mejora en la calidad asistencial del paciente hospitalizado.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Cursos de formación acreditados para todo el personal

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final: 05/12/2022

Responsable.: Perfecta Sanz Foix

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. porcentaje de personal de enfermeras formado

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de enfermeras que asistan

Denominador .....: Numero total de enfermeras de hospitalización

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hospital Ernest Lluch

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.01

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.01

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#702

### 1. TÍTULO

#### PETICION DE MENUS PARA LOS FACULTATIVOS DE GUARDIA

Fecha de entrada: 19/07/2022

Nº de registro: 2022#702 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ORNA MARTINEZ FRANCISCO JAVIER

Título  
PETICION DE MENUS PARA LOS FACULTATIVOS DE GUARDIA

Colaboradores/as:  
DEZA IBÁÑEZ MARIA ELENA  
FLORES RACAJ MARIA PILAR  
GIMENO DE SAN MAURICIO JOSE SIMON

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ENDOCRINOLOGÍA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Tanto desde Dirección del Centro como desde Cocina se está haciendo hincapié en la necesidad de poder gestionar y controlar con suficiente tiempo de antelación los menús de comida y cena que comerá el personal facultativo de guardia en el centro.  
Actualmente no se realiza ningún tipo de control y se están dando casos de personal que come sin estar de guardia, personal de guardia que cuando va a comer ya no tiene platos disponibles y la imposibilidad por parte de cocina de calcular cuantas raciones tienen que preparar de cada plato.

#### ÁREAS DE MEJORA

Que los facultativos de guardia puedan elegir el menú que más les apetezca de los ofrecidos por cocina.  
Poder llevar un control de los facultativos de guardia que tienen que comer y cenar cada día.  
Tener programado con suficiente tiempo de antelación cuantos platos de cada se necesitan.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Actualmente no existe ningún circuito para que los profesionales puedan elegir el menú que comerán ni tampoco se puede realizar ningún tipo de control sobre quien come cada día.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Conseguir una aplicación accesible desde cualquier ordenador del hospital, que sea sencilla de utilizar, capaz de conectarse al programa de cocina (diertools) para consultar los menús y que permita planificar desde cocina los platos que se van a comer por el personal del centro con suficiente tiempo de antelación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Definir el circuito de funcionamiento más adecuado.

Fecha inicio: 10/01/2022

Fecha final.: 01/03/2022

Responsable.: Fco. Javier Orna Martínez, María Pilar Flores Racaj

2. Desarrollo de aplicativo Web para elección de menú.

Fecha inicio: 02/03/2022

Fecha final.: 01/08/2022

Responsable.: Fco. Javier Orna Martínez, Elena Deza Ibáñez, José Simón Gimeno de San Mauricio

3. Realización de pruebas

Fecha inicio: 02/08/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: José Simón Gimeno de San Mauricio, Elena Deza Ibáñez, María Pilar Flores Racaj

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Grado de desarrollo del proyecto

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Desarrollo Completo

Denominador .....: Desarrollo Completo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Informática

Est.Mín.1ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#702

### 1. TÍTULO

#### PETICION DE MENUS PARA LOS FACULTATIVOS DE GUARDIA

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Número de menús solicitados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de menús que se han pedido por la aplicación en un periodo de tres meses.

Denominador .....: Número total de menús que hay que servir al personal facultativo de guardia en un periodo de tres meses.

x(1-100-1000) ...: 1000

Fuentes de datos.: Cocina

Est.Mín.1ª Mem ..: 800.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1000.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 800.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1000.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#441

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL REGISTRO CLÍNICO DEL RECIEN NACIDO EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA CON NUMERO DE HISTORIA PROVISIONAL

Fecha de entrada: 01/07/2022

Nº de registro: 2022#441 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PAMPLONA CASAMAYOR ANA BELEN

Título  
MEJORA EN EL REGISTRO CLÍNICO DEL RECIEN NACIDO EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA CON NUMERO DE HISTORIA PROVISIONAL

Colaboradores/as:  
ABIAN CEBRIAN LAURA  
BELTRAN MARTINEZ TANIA  
GARCIA TOBAJAS EVA MARIA  
JIMENEZ CABELLO MARIA BELEN  
NAVARRO HERNANDEZ LORENA  
VELA LEZCANO MARIA LUZ  
VILLAFAINA GUZMAN VANESA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA MATERNO INFANTIL

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Historia clínica electrónica (HCE) constituye una herramienta útil para el seguimiento y registro electrónico del paciente. Los recién nacido sanos no son ingresados por lo que no aparecen en HCE. Asignando a cada uno de ellos un número de historia provisional estarían en HCE y se puede crear un episodio para que quede constancia de todo el seguimiento del recién nacido

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar: El seguimiento del paciente desde su nacimiento y posterior evolución. Registro electrónico de todos las actuaciones, cuidados, cribados y tratamientos realizados y de los datos materno filiales

#### ANALISIS DE CAUSAS

En el hospital Ernest Lluch nacen una media de 200 recién nacidos al año, los cuales ingresan un tanto por ciento muy pequeño. Al no ingresarlos no generaban sobre ni número de historia, por lo que todas las actuaciones del personal sanitario quedaban en la historia de la madre. Los recién nacidos llevan una serie actuaciones de enfermería y médicas que deben quedar registrados en su historia electrónica. La esencia es el trabajo en equipo centrada en el paciente que garantiza una calidad de cuidados. Ante una situación crítica es necesario un registro, seguro y coordinado en todas sus actuaciones. La necesidad de un registro adecuado de los recién nacidos nos lleva a un número de historia provisional para poder trabajar en HCE

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal: Se pretende el registro total en HCE de todas las actuaciones, cuidados y tratamientos que se le realizase al recién nacido.

Objetivos: Registrar las constantes (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, peso, temperatura, etc) del paciente. Evolución en el tratamiento. Incidir por turno la evolución del paciente. Adjuntar los documentos oficiales en el episodio de nacimiento (documento materno filial e historia perinatal y neonatal). Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables del paciente al personal. Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. elaboración del borrador

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Ana Belén Pamplona Casamayor

2. Revisión y aprobación por la Unidad de Calidad y comisión de historias clínica y documentación

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Ana Belén Pamplona Casamayor

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizará una encuesta de satisfacción para cumplimentar por el personal.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#441

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL REGISTRO CLÍNICO DEL RECIEN NACIDO EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA CON NUMERO DE HISTORIA PROVISIONAL

1. elaboración del procedimiento completo del registro clínico del Recién Nacido en HCE  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: elaboración del procedimiento  
Denominador .....: elaboración del procedimiento  
x(1-100-1000) ....: 1  
Fuentes de datos.: Unidad de Calidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. N° de recién nacidos que se les abre un número de historia provisional  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: n° de recién nacidos que se les abre un número de historia provisional  
Denominador .....: N° de recién nacidos en el hospital  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: supervisora unidad materno infantil  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. porcentaje de recién nacidos con N° de historia provisional y resgistro clínico en HCE  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de recién nacidos con número de historia provisional con registro en HCE  
Denominador .....: N° de recién nacidos en el hospital con número de historia provisional  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: supervisora de unidad materno infantil  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Lactantes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#458

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE QUIROFANO DEL HELL

Fecha de entrada: 04/07/2022

Nº de registro: 2022#458 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
JIMENEZ IHUARBEN MARIA CARMEN

Título  
PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE QUIROFANO DEL HELL

Colaboradores/as:  
ALBIZU TELLERIA ANA ARANZAZU  
GARCIA JURADO SONIA  
LOPEZ APARICIO MARIA JOSEFA  
LOPEZ GRACIA RAQUEL  
MUÑOZ CASADO MARIA FELICIA  
OLAYA BALLANO MARIA MERCEDES  
SIMON MARZO ANA I.

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA QUIROFANO-CMA

Línea estratégica: --Otras--

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
EL PLAN DE ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION CONSTITUYE UNA HERRAMIENTA UTIL EN LA GESTION DE RECURSOS HUMANOS. FACILITA LA INTEGRACION DEL EQUIPO Y LA SATISFACCION LABORAL, DISMINUYE LA CARGA LABORAL, DE FORMACION DEL RESTO DEL EQUIPO, SIRVE COMO ELEMENTO MOTIVADOR Y DE ADHESION A LOS OBJETIVOS DE LA ORGANIZACION, CONTRIBUYE A DISMINUIR LA VARIABILIDAD DE LAS ACTUACIONES Y MEJORAR LA SEGURIDAD, POR TANTO, FACILITA UN INCREMENTO DE LA CALIDAD A LA VEZ QUE SE ADQUIERE UN MAYOR COMPROMISO CON LA ORGANIZACION.

ÁREAS DE MEJORA  
VAN ENCAMINADAS A MEJORAR:  
eL FUNCIONAMIENTO INTERNO( RESPONSABILIDADES, FUNCIONES, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS, PUESTOS DE TRABAJO, DISTRIBUCION DEL TRABAJO, ETC...)  
LA PLANIFICACION Y SU DESARROLLO ( DETECCION DE NECESIDADES, PLANES DE MEJORA, PLANIFICACION ESTRATEGICA, ETC.)

ANALISIS DE CAUSAS  
EL PERSONAL DEL BLOQUE QUIRURGICO, LO FORMAN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR QUE PROPORCIONA CUIDADOS AL PACIENTE QUE VA A SER SOMETIDO A INTERVENCION QUIRURGICA, PAR LA REPARACION O ALIVIO DE SU PROBLEMA, GARANTIZAN LA TECNICA ASEPTICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE  
ANTE UNA INTERVENCION QUIRURGICA, ES NECESARIO PERSONAL FORMADO, SEGURO Y COORDINADO EN SUS ACTUACIONES  
EL EQUIPO DE ENFERMERIA DE QUIROFANO ESTA FORMADO POR : UNA SUPERVISORA EN TURNO DE M, UNA ENFERMERA DE REANIMACION EN TURNO DE M, 14 ENFERMERAS DE ENFERMERAS Y 7 TCAE EN TURNOS DE M,T Y N.  
LA NECESIDAD DE LA ELABORACION DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION SE BASA EN LA ROTACION DE PERSONAL QUE SE PRODUCE EN EL SERVICIO, ASI COMO LA ESPECIALIZACION Y CADA VEZ MAS TECNIFICACION DE LOS CUIDADOS QUE SE PROPORCIONAN EN EL QUIROFANO

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
OBJETIVO PRINCIPAL:  
ESTE MANUAL PRETENDE FACILITAR CONOCIMIENTO DE LA UNIDAD, SU ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO, DE MANERA SENCILLA Y ACCESIBLE A AQUELLAS PERSONAS QUE SE INCORPOREN POR PRIMERA VEZ.

OBJETIVOS:  
DISMINUIR A VARIABILIDAD DE LA PRACTICA CLINICA DE LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION PAR FAVORECER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE  
MEJORAR LA INFORMACION QUE SE FACILITA A LOS TRABAJADORES EN LOS EQUIPOS  
DISMINUIR LA CARGA LABORAL DEL RESTO DEL EQUIPO QUE DEBE PALIAR LA FALTA DE INFORMACION DE LOS COMPAÑEROS NUEVOS  
FACILITAR UNAS DIRECTRICES HOMOGENEAS A LOS PROFESIONALES RESPONSABLES DE ACOGER AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION  
MEJORAR LA SEGURIDAD DE LAS ACTUACIONES DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. ELABORACION DE UN BORRADOR  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: M JOSE LOPEZ APARICIO

3. REVISION Y APROBACION POR LA UNIDAD DE CALIDAD

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#458

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE QUIROFANO DEL HELL

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/12/2022  
Responsable.: ANA ALBIZU TELLERIA

4. DIFUSION Y PRESENTACION EN LA UNIDAD  
Fecha inicio: 1/1/2023  
Fecha final.: 31/1/2023  
Responsable.: CARMEN JIMENEZ IHUARBEN

5. DIFUSION Y PRESENTACION EN LA UNIDAD  
Fecha inicio: 1/1/2023  
Fecha final.: 31/1/2023  
Responsable.: CARMEN JIMENEZ IHUARBEN

1. BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA, RECOPIACION Y ACTUALIZACION DE DOCUMENTOS RELACIONADOS CON LOS PROCESOS ENFERMEROS QUE SE ESTAN UTILIZANDO EN LA UNIDAD  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: FELICIA MUÑOZ CASADO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. PORCENTAJE DE PERSONAL DE ENFERMERIA QUE RECIBE EL MANUAL  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° DE PERSONAL QUE RECIBE EL MANUAL  
Denominador .....: N° TOTAL DE PERSONAL INCORPORADO  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: SUPERVISORA DE UNIDAD  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE CONSIDERAN UTIL LA GUIA  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: N° DE TRABAJADORES QUE CONSIDERAN UTIL LA GUIA  
Denominador .....: N° TOTAL DE TRABAJADORES QUE LA RECIBEN  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: SUPERVISORA DE UNIDAD  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE CONSIDERAN UTIL LA GUIA  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° DE TRABAJADORES QUE CONSIDERAN UTIL LA GUIA  
Denominador .....: N° TOTAL DE TRABAJADORES QUE LA RECIBEN  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: UNIDAD DE CALIDAD  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#637

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL TRASLADO DEL PACIENTE AL AREA QUIRURGICA

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#637 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA JURADO SONIA

Título  
MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL TRASLADO DEL PACIENTE AL AREA QUIRURGICA

Colaboradores/as:  
ALBIZU TELLERIA ANA ARANZAZU  
ARANDA FERNANDEZ MARIA PILAR  
CASADO BECERRIL MARIA PILAR  
HERNANDEZ PELLEJERO MARIA PILAR  
MARTINEZ ESTERAS PAULA  
MONCIN DUCE JESUS  
MUÑOZ CASADO MARIA FELICIA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA QUIROFANO-CMA

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el bloque quirúrgico del hospital Ernest Lluch existe cirugía programada y de urgencia de todas las especialidades que son atendidas en turnos de mañana tarde y noche. Estructuralmente no existe lugar de acogida en el area quirúrgica y en caso de urgencia o imposibilidad del paciente, no se realiza el circuito de entrada habitual. Dicho esto, es frecuente, que se produzca la llegada simultánea de pacientes y por tanto, es posible la confusión entre estos y el quirófano correspondiente, por lo que es necesario disminuir este riesgo al máximo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Método de identificación del paciente, orden, cama y quirófano correcto, que garantice su seguridad en el proceso de traslado al área quirúrgica y regreso a la unidad de hospitalización.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El personal del área quirúrgica proporciona cuidados al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente siendo de suma importancia su correcta identificación para garantizar su seguridad al máximo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Establecer una correcta identificación en el traslado del paciente que garantice su seguridad dentro del área quirúrgica
2. Implantar un sistema de comprobación a la llegada al área quirúrgica de: paciente correcto, quirófano correcto e intervención correcta.
3. Garantizar el regreso del paciente intervenido a su unidad de hospitalización correcta en su cama previamente asignada.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Formación del grupo de trabajo, búsqueda bibliográfica y mantenimiento de reuniones de equipo.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: María Pilar Aranda Fernández

2. Elaboración de una tarjeta identificativa para cada paciente siguiendo una leyenda de colores por cada especialidad.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Felicia Muñoz Casado

3. Difusión y puesta en común con el resto del personal de quirófano

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Sonia García Jurado

4. Implantación de la tarjeta.

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Ana Aranzazu Albizu Telleria

5. Precisar periodos de revisión y evaluación.

Fecha inicio: 01/02/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#637

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL TRASLADO DEL PACIENTE AL AREA QUIRURGICA

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Paula Martinez Esteras

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de error en la recogida de pacientes a su quirófano correspondiente.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de pacientes recogidos erróneamente

Denominador .....: Número de pacientes recogidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Muestra de pacientes intervenidos en un mes.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

2. Porcentaje de error en el regreso del paciente a su unidad de hospitalización.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes que no regresan a su unidad correcta

Denominador .....: Número de pacientes que salen del quirófano a su unidad de hospitalización.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Muestra de pacientes intervenidos en un mes

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

3. Porcentaje de pacientes portadores de tarjetas identificativas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente con tarjeta identificativa

Denominador .....: Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Muestra de pacientes intervenidos en un mes

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Intervenciones quirúrgicas realizadas en este hospital.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#487

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA A DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 06/07/2022

Nº de registro: 2022#487 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
JUAN CEBOLLADA CARMEN

Título  
PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA A DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
GRIMA SERRANO LETICIA  
LOZANO GUERRERO SARA  
VALERO SANCHEZ SONIA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION A

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos .Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral ,disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo ,sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización .Contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad ,por tanto facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar:

El funcionamiento interno (responsabilidades,funciones,procesos y procedimientos,puestos de trabajo,distribución del trabajo,etc.)  
La planificación y su desarrollo (detección de necesidades,planes de mejora,planificación estratégica,etc)

#### ANALISIS DE CAUSAS

La Enfermería A está formada por un equipo multidisciplinar que da soporte a los pacientes quirúrgicos tanto programados como de urgencia.

La esencia es el trabajo en equipo centrada en el paciente que garantiza una calidad de cuidados.

Ante pacientes quirúrgicos con tratamientos específicos es necesario un personal formado ,seguro y coordinado en sus actuaciones.

El equipo de Enfermería de la Enfermería A del Hospital Ernest Lluch está formado por 10 enfermeras y 8 tcaes en plantilla,distribuidas en turnos de mañana,tarde y noche.

La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la numerosa rotación del personal que se produce en el servicio,así como la especialización y tecnificación de los cuidados que se proporcionan en una planta quirúrgica.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

Este manual pretende facilitar conocimiento de la unidad ,su organización y funcionamiento de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

Objetivos:

-Disminuir la variabilidad de la practica clínica de los profeiosnales de nueva incorporación.

-Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación

-Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.

-Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.

-Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación.

-Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Constitución de un equipo de trabajo que se ocupará de:Búsqueda bibliográfica ,recopilación y actualización de documentos relacionados con los procesos enfermeros que se están utilizando en la unidad.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Sara Lozano Guerrero

2. Elaboración del borrador

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#487

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA A DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Leticia Grima Serrano

3. Revisión y aprobación por la Unidad de Calidad y Comisión.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Sonia Valero Sanchez

4. Difusión y presentación del manual en la unidad por el responsable del proyecto.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Carmen de Juan Cebollada

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Se realizará una encuesta de satisfacción para complimentar por el personal de nueva incorporación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicador de alcance  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de personal de enfermería que reciben el manual de incorporación  
Denominador .....: Número de enfermeras incorporadas en la unidad desde la puesta en marcha del manual  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Supervisora de unidad:  
Registro de personal de nueva incorporación  
Registro de guías entregadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Indicador de impacto  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de encuestas contestadas sobre satisfacción del manual de acogida  
Denominador .....: Número de enfermeras de nueva incorporación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Supervisora de unidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Indicador de impacto.Elaboración del manual completo=100%  
Fuente de datos:Unidad de calidad  
Valor mínimo:0  
Valor máximo:100

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos  
Tipo de patología: --Otros--> Pacientes hospitalizados  
Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#738

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION EN CONOCIMIENTOS DE NUEVAS TECNICAS DE ENFERMERÍA IMPLANTADAS EN LA UNIDAD

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#738 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GRIMA SERRANO LETICIA

Título  
ACTUALIZACION EN CONOCIMIENTOS DE NUEVAS TECNICAS DE ENFERMERÍA IMPLANTADAS EN LA UNIDAD

Colaboradores/as:  
VALERO SANCHEZ SONIA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION A

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Análisis de la situación: El cuidado de la salud representa el principal compromiso para los profesionales de enfermería. Esto implica todo un reto pues cada día se demandan servicios técnicamente más actualizados. En la actualidad es un constante la aparición de nuevas técnicas y procedimientos, así como tratamientos y patologías. Consecuencia de esto se hace indispensable la formación continuada permanente del profesional de enfermería, para ser capaz de adecuarse a las nuevas realidades que plantea la profesión y poder ofrecer un servicio personalizado, eficaz, y que garantice la seguridad.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Mejora de la satisfacción profesional mediante la actualización del profesional de enfermería en nuevas técnicas de uso común en la Enfermería A.
- Mejoría de la calidad de cuidados prestados mediante la disminución de la variabilidad clínica.
- Mejoría del funcionamiento interno mediante la facilitación de la comunicación interprofesional.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La Enfermería A atiende al paciente quirúrgico hospitalizado. El manejo de este paciente implica numerosos procedimientos y técnicas por parte del profesional de enfermería tanto en la etapa pre como en la postquirúrgica. Implica además una vigilancia exhaustiva de posibles complicaciones, además del manejo de las mismas en caso de aparecer.

Ante tratamientos específicos contar con formación actualizada permite tener una guía de actuación que disminuye la variabilidad de las intervenciones repercutiendo esto de manera directa tanto en la calidad de la atención como en la satisfacción profesional.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Facilitar la actualización en técnicas de enfermería en base a la evidencia científica disponible.
- Disminuir la variabilidad clínica en la aplicación de nuevos procedimientos y técnicas de enfermería.
- Favorecer la comunicación interprofesional en la Enfermería A.
- Facilitar la atención integral e individualizada al paciente quirúrgico hospitalizado en la Enfermería A.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización sesiones clínicas semanales con el equipo multidisciplinar teórico-prácticas sobre manejo de la terapia de presión negativa (lunes 9:00-10:00)

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: LETICIA GRIMA SERRANO

2. Realización sesiones clínicas semanales con el equipo multidisciplinar teórico-prácticas sobre instilación de mytomycin intravesical (miércoles 9:00-10:00)

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: SONIA VALERO SANCHEZ

3. Formación continuada del uso del programa de historia clínica electrónica así como la comunicación de nuevas actualizaciones (lunes-viernes 14:00-15:00)

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: LETICIA GRIMA SERRANO Y SONIA VALERO SANCHEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#738

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION EN CONOCIMIENTOS DE NUEVAS TECNICAS DE ENFERMERÍA IMPLANTADAS EN LA UNIDAD

1ª y 2ª memoria)

1. Personal formado en nuevas técnicas implantadas en la unidad  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de personal sanitario formado de la unidad  
Denominador .....: N° total de personal sanitario de la unidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Supervisora de unidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Sesiones formativas de actualización en técnicas realizadas  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de sesiones programadas  
Denominador .....: N° sesiones realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Supervisora de unidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Grado de satisfacción del personale de enfermería en relación al proyecto de actualización en conoci  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° personal sanitario que manifiesta alto grado de satisfacción  
Denominador .....: N° encuestas realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Supervisora de unidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 89.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: --Otros--> Paciente hospitalizado

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#71

### 1. TÍTULO

#### HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA(RELACIONES HUMANAS, ACOGIDA A PACIENTES, CONFORT, INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIA)

Fecha de entrada: 09/06/2022

Nº de registro: 2022#71 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE

Título  
HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA(RELACIONES HUMANAS, ACOGIDA A PACIENTES, CONFORT, INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIA)

Colaboradores/as:  
ESTRADA ESCRIBANO LAURA  
GONZALEZ LOPEZ LORENA  
SANCHO MUÑOZ ELENA  
VALLEJO GUERRERO ASCENSION

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION B

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La humanización de la atención sanitaria es una prioridad. Se trata de ACTITUD. Fijar la atención sanitaria dirigida principalmente hacia la enfermedad, hacia la persona y su contexto, en el centro del sistema, "dando el mismo trato que me gustaría recibir".  
Prestar igual importancia al sufrimiento físico como al anímico y espiritual a través de la comunicación y el contacto con el paciente.  
Reconocer el derecho de las personas a respetar su voluntad, dando información y formación, al personal sanitario: Comunicación empática confidencialidad e intimidad, con la colaboración de los familiares que lo acepten.  
-Personalización cada paciente debe conocer a los profesionales de referencia, y si se adecuan a sus necesidades y expectativas, los planes terapéuticos.  
-Facilitar el acompañamiento de la familia o personas que puedan acompañar al paciente durante su estancia y asistencia hospitalaria.  
-Decisiones compartidas, ayudados de protocolos de información, guías etc.  
-Preservar la intimidad del paciente, adecuando espacios.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Los profesionales estarán identificados, con un distintivo oficial.
- Las unidades de hospitalización dispondrán de guías de acogida (Funcionamiento del centro, normas y recursos disponibles).
- Realizar valoraciones recogiendo las necesidades de los pacientes.
- Plan de cuidados, y revaloración de las necesidades del paciente y de las personas que le acompañan.
- Facilitar el acompañamiento (horario de visitas). Según las características de la unidad de hospitalización, procurando el descanso intimidad y tranquilidad de los pacientes.
  - o Habitaciones individuales según la situación del paciente.
  - o Asegurar el descanso de los pacientes (luces, timbres, ruidos).
  - o Disponer de espacios para la comunicación con los familiares.
- Implementar planes para la comunicación presencial o telefónica a pacientes y familiares. Horarios de información y espacios para ello.
- Planificación del alta, participando el equipo sanitario, así como el paciente y la familia.

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Falta de formación del personal sanitario.
- Falta de medios (espacios para preservar la intimidad del paciente y de la familia o acompañantes.)
- Carencia de horarios que faciliten las visitas (familia, cuidadores.)
- Guía de acogida de pacientes y familiares.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Cambiar la actitud de los profesionales hacia una atención integral del paciente y de la familia.
- Fomentar la empatía el respeto o la amabilidad.
- Formar al personal sanitario, para tener una mínima preparación humanística.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Reuniones con el responsable de formación.

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> José Martín

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#71

### 1. TÍTULO

#### HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA(RELACIONES HUMANAS, ACOGIDA A PACIENTES, CONFORT, INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIA)

2. - Los profesionales estarán identificados, con un distintivo oficial.  
- Las unidades de hospitalización dispondrán de guías de acogida (Funcionamiento del centro, normas y recursos disponibles).  
Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Equipo
3. - Realizar valoraciones recogiendo las necesidades de los pacientes.  
- Plan de cuidados, y revaloración de las necesidades del paciente y de las personas que le acompañan.  
Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Equipo
4. - Facilitar el acompañamiento (horario de visitas). Según las características de la unidad de hospitalización, procurando el descanso intimidad y tranquilidad de los pacientes.  
Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Equipo
5. o Habitaciones individuales según la situación del paciente.  
o Asegurar el descanso de los pacientes (luces, timbres, ruidos).  
o Disponer de espacios para la comunicación con los familiares.  
Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Equipo
6. - Implementar planes para la comunicación presencial o telefónica a pacientes y familiares. Horarios de información y espacios para ello.  
Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Equipo
7. -Planificación del alta, participando el equipo sanitario, así como el paciente y la familia.  
Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Equipo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de reuniones mantenidas, con el personal de la unidad.  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Numero de reuniones celebradas.  
Denominador .....: Número de reuniones convocadas con el personal de la planta.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Apts de convocatoria sobre reuniones convocadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00
2. Número de actividades formativas, y número de alumnos participantes.  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de personal de la unidad que asiste a las actividades formativas.  
Denominador .....: Número del personal de la unidad.  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Apts de convocatoria  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00
3. Elaboración de recomendaciones (Humanización) para el personal de la unidad.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de recomendaciones entregadas.  
Denominador .....: Número total de recomendaciones elaboradas.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#71

### 1. TÍTULO

#### HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA(RELACIONES HUMANAS, ACOGIDA A PACIENTES, CONFORT, INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIA)

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de guías entregadas a la Unidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todos los pacientes y familiares de la Unidad.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#942

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE LA ENFERMERÍA B DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#942 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MARTINEZ GUERRERO JUAN MANUEL

Título  
PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE LA ENFERMERÍA B DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
CHECA RUIZ MARIA SAGRARIO  
GASCON SAN MIGUEL CLAUDIA  
NAVARRETE OLIVER SANDRA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION B

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar: El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo, etc.)

La planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc.)

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La ENFERMERÍA B está formada por un equipo multidisciplinar que dan soporte a los pacientes que llegan generalmente de Urgencias, aunque también pueden venir trasladados de otras unidades, de distintas especialidades (incluidos pacientes con infección por coronavirus...) que requieren de un conjunto de cuidados básicos y avanzados de Enfermería.

La esencia es el trabajo en equipo centrada en el paciente que garantiza una calidad de cuidados.

Ante una situación crítica es necesario un personal formado, seguro y coordinado en sus actuaciones.

El equipo de enfermería de la Enfermería B del hospital Ernest LLuch está formado por 11 enfermeras y 8 TCAES en plantilla distribuidas en turnos de mañana, tarde y noche.

La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la numerosa rotación del personal que se produce en el servicio, así como la especialización y tecnificación de los cuidados que se proporcionan en la Enfermería B.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

Este manual pretende facilitar conocimiento de la unidad, su organización Y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

Objetivos:

- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente
- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación.
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.
- Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Búsqueda bibliográfica, recopilación y actualización de los procesos enfermeros utilizados en la unidad, organigrama, planos del servicio, descripción de la unidad y funciones del puesto a desempeñar

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 17/10/2022

Responsable.: Juan Manuel Martínez Guerrero

3. Revisión y aprobación por la Unidad de Calidad y comisión

Fecha inicio: 24/10/2022

Fecha final.: 04/11/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#942

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE LA ENFERMERÍA B DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Responsable.: Servicio de Calidad

4. Difusión y presentación del manual en la unidad por el responsable del proyecto

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: Juan Manuel Martínez Guerrero y cols

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizará una encuesta de satisfacción para cumplimentar por el personal de nueva incorporación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

2. Elaboración del manual completo

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: NO procede

Denominador .....: No procede

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Unidad de calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. personal de enfermería que reciben el manual de incorporación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de personal de enfermería que recibe el manual de incorporación

Denominador .....: número de enfermeras incorporadas en la unidad desde la puesta en marcha del manual

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: DUE Unidad Enf B

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Grado de satisfacción de los trabajadores con respecto al manual de acogida

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: trabajadores que han considerado útil la guía de acogida

Denominador .....: personal de enfermería que reciben el manual de incorporación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: DUE Unidad Enf B

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Amplia variedad de especialidades en la Unidad

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#559

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE ENFERMERÍA C (MEDICINA INTERNA Y AREA ICTUS) DEL HOSPITAL DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#559 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARCO MURO M. CRISTINA DE

Título  
PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE ENFERMERÍA C (MEDICINA INTERNA Y AREA ICTUS) DEL HOSPITAL DE CALATAYUD

Colaboradores/as:  
AGUDO VAL IRIS  
ALBIAC BOSCH MARINA  
CERDAN MORENO LAURA  
GARCIA ALDEA MARIA PILAR  
GOMEZ CASANOVA M. JESUS  
PEREZ GUILLEN MIGUEL ANGEL  
VELA BENEDI ROSARIO

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION C

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar:

El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo, etc.)

La planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc.)

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La ENFERMERÍA C está formada por un equipo multidisciplinar que dan soporte a los pacientes de Medicina Interna y Especialidades (Neumología, Neurología, Cardiología, Digestivo, Nefrología, Oncología, Hematología) y también a los pacientes que requieren ingreso en el Área Ictus (ubicada en la habitación C-206)

La esencia es el trabajo en equipo centrada en el paciente que garantiza una calidad de cuidados.

El equipo de enfermería de la ENFERMERÍA C del hospital Ernest LLuch está formado por 13 Enfermeros y 8 TCAES en plantilla distribuidas en turnos de mañana, tarde y noche.

La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la numerosa rotación del personal que se produce en el servicio, así como la especialización y tecnificación de los cuidados que se proporcionan en el Área Ictus.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

Este manual pretende facilitar conocimiento de la unidad, su organización Y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

Objetivos:

- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente
- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación.
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.
- Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Constitución de un equipo de trabajo encargado de buscar bibliografía, recopilar y actualizar documentos relacionados con los procesos enfermeros que se están utilizando en la unidad.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Laura Cerdán Moreno



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#559

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE ENFERMERÍA C (MEDICINA INTERNA Y AREA ICTUS) DEL HOSPITAL DE CALATAYUD

2. Constitución de un equipo de trabajo encargado de elaborar organigrama, planos del servicio, descripción de la unidad y de las funciones del puesto de trabajo a desempeñar. Elaboración del borrador

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Miguel Ángel Pérez Guillén

3. Revisión y aprobación por la Unidad de Calidad y comisión

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Jesús Gómez Casanova

4. Difusión y presentación del manual en la unidad por el responsable del proyecto

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Iris Agudo Val

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizará una encuesta de satisfacción para cumplimentar por el personal de nueva incorporación.

Elaboración del manual completo= 100%

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de personal de enfermería que recibe el manual de incorporación

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de personal de enfermería que recibe el manual de incorporación

Denominador .....: Número de enfermeros incorporados en la unidad desde la puesta en marcha del manual

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de unidad:

o Registro de personal de nueva incorporación

o Registro de guías entregadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Grado de satisfacción de los trabajadores con respecto al manual de acogida

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Porcentaje de trabajadores que han considerado útil la guía de acogida

Denominador .....: Número de personal de enfermería que ha realizado la encuesta de satisfacción

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de unidad. Encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#758

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL CIRCUITO ENTRE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA C Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION EN CUANTO A LA LIMPIEZA, DESINFECCION, TRANSPORTE Y RECEPCION DEL MATERIAL DE CURAS

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#758 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MARCOS GARCIA IVAN

Título  
MEJORA EN EL CIRCUITO ENTRE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA C Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION EN CUANTO A LA LIMPIEZA, DESINFECCION, TRANSPORTE Y RECEPCION DEL MATERIAL DE CURAS

Colaboradores/as:  
BAQUEDANO GARCIA MARIA  
MARCO MURO M. CRISTINA DE  
MOLINA PABLO LAURA  
NAVAS MURGA ISABEL  
PATON FERNANDEZ RAMONA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD HOSPITALIZACION C

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

IMPORTANCIA: El material de curas que pertenece a la dotación de la Unidad de Enfermería de Medicina Interna y Área Ictus (Enfermería C) se utiliza por el personal de enfermería para curar Lesiones por Presión, heridas crónicas, quirúrgicas, etc de los pacientes ingresados en dicha Unidad de Hospitalización. Hemos detectado que la disponibilidad del material de curas en la Unidad no es la adecuada porque el circuito entre la Unidad y la Central de Esterilización en cuanto a la limpieza, desinfección, transporte y recepción de dicho material no siempre se realiza de forma correcta por falta de información del personal de la Unidad acerca de ese Circuito, también por falta de conocimiento del propio material y de la preparación del mismo para su correcto transporte hasta la Central de Esterilización. Tampoco hay un Circuito adecuado de transporte y registro de la recepción del material de curas desde la Central de Esterilización por parte del personal de enfermería de la Unidad. Todo ello hace que se produzcan pérdidas del material de curas durante el Circuito.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar: 1.-El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo, etc.). 2.-La planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc.).

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1.-La ausencia de un manual que exponga el desarrollo de este circuito hace necesaria su elaboración. 2.-La rotación habitual del personal que se produce en la unidad, no favorece el conocimiento del proceso de limpieza, desinfección, transporte y recepción del material de curas en la unidad y supone pérdidas de dicho material.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- 1.-Mejorar el circuito a través del proyecto de mejora
- 2.-Difundir y dar a conocer todo lo relacionado con el material de curas: 2.1.-De qué material constan los equipos de curas. 2.2.-Dotación del material disponible en la unidad.
- 3.- Facilitar unas directrices homogéneas para todos los profesionales de enfermería.
- 4.-Evitar pérdidas del material de curas durante el circuito

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Constitución de un equipo de trabajo que se ocupará de: Búsqueda bibliográfica, recopilación y actualización de documentos relacionados con el Circuito entre la Unidad y la Central de Esterilización

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: CRISTINA DE MARCO MURO

2. Constitución de un equipo de trabajo que se ocupará de: Elaboración del borrador de un manual del Circuito y Actualización del registro del material de curas en colaboración con la central de esterili

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: RAMONA PATON FERNANDEZ

3. Revisión y aprobación por la Unidad de Calidad y comisión. Difusión y presentación del manual para los profesionales de enfermería en la unidad

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 16/12/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#758

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL CIRCUITO ENTRE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA C Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACION EN CUANTO A LA LIMPIEZA, DESINFECCION, TRANSPORTE Y RECEPCION DEL MATERIAL DE CURAS

Responsable.: ISABEL NAVAS MURGA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración del manual completo= 100%

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Elaboración del manual completo

Denominador .....: Elaboración del manual completo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Unidad de calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. N° de personal de enfermería que conoce el circuito

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Personal de enfermería que reciben el taller de información del circuito de la unidad

Denominador .....: Personal de enfermería de la unidad desde la puesta en marcha del taller

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de unidad:

o Registro de personal de enfermería

o Registro de personal de enfermería que reciben el taller de información del circuito

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Material de curas extraviado de la unidad de enfermería

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de piezas extraviadas

Denominador .....: N° total de piezas de la dotación de material de la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros de material de curas

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#685

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ORGANIZACION DE MEDICACION Y MATERIAL DE URGENCIA EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLOGICO

Fecha de entrada: 18/07/2022

Nº de registro: 2022#685 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

Título  
MEJORA EN LA ORGANIZACION DE MEDICACION Y MATERIAL DE URGENCIA EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLOGICO

Colaboradores/as:  
AGUERRI ESCRIBANO YOLANDA  
MONTESINOS GARCIA CELIA MARIA  
GUTIERREZ LAZARO MARIA PILAR  
SANCHEZ REMACHA BLANCA  
VALERO ARNAL DIANA  
ZAPATA LOPEZ ANA BELEN

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ENFERMERIA UNIDAD POLIVALENTE

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

##### Análisis de la situación

El Hospital de Día Oncohematológico es una unidad, perteneciente al Servicio de Oncología y otras especialidades médicas (hematología, dermatología...), en la cual se incluyen todos los procedimientos relacionados con la Oncología y otros tratamientos médicos.

En la actualidad dispone de 10 sillones en los que se administran una media diaria de al menos 15 tratamientos. Las reacciones adversas a los fármacos forman parte de la problemática actual en el tratamiento de pacientes con estas patologías, ya que suponen un riesgo para la salud del paciente.

Ante una situación de estas características, el personal de la unidad debe responder de una forma rápida y eficaz. Para ello el servicio debe disponer de una infraestructura apropiada y contar con los recursos necesarios en cuanto a materiales y medicación para resolver una situación de urgencia de la mejor forma y en el menor tiempo posible.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a:

- Controlar de ubicación de materiales y medicación en la unidad.
- Revisar caducidades de medicamentos
- Evitar duplicidad de materiales por su distribución repetida en la unidad

#### ANALISIS DE CAUSAS

- Ausencia de un "espacio" donde centralizar y ordenar todo el material necesario para resolver una urgencia (reacción adversa, anafiláctica...) en hospital de día oncológico.
- En una situación crítica se invierte más tiempo del necesario en localizar el material o medicación que necesitamos al estar localizado en ubicaciones distintas.
- Mal control de la medicación de urgencia y de su caducidad en el servicio
- Falta de conocimiento del material y medicación de urgencia disponible

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Unificar y organizar todo el material y medicación de urgencia en una misma localización
- Controlar la caducidad de medicamentos
- Mantener en perfecto estado y garantizar la reposición del material y medicamentos usados tras una atención de urgencia
- Proporcionar una atención rápida y adecuada al paciente que sufre una reacción adversa, efecto secundario o similar al administrar un tratamiento
- Implicar a todo el personal de la unidad en el desarrollo de este proyecto para detectar otras áreas de mejora que puedan surgir.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Mantener reuniones del equipo para desarrollar un cronograma de actividades a desarrollar

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Pilar García Aguirre

2. - Realizar un procedimiento o guía que describa el material y medicación necesaria con la que "vestir" el carro.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#685

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ORGANIZACION DE MEDICACION Y MATERIAL DE URGENCIA EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLOGICO

Responsable.: Diana Valero Arnal y Blanca Sánchez Remacha

3. - Crear una hoja de verificación (check list) para revisar y garantizar la medicación y material correctos

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Diana Valero Arnal y Blanca Sánchez Remacha

4. - Organizar e identificar el carro de urgencia por apartados: respiratorio, circulatorio y medicación etiquetando todo el material para facilitar su visualización

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Diana Valero Arnal y Blanca Sánchez Remacha

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizará una reunión de equipo para garantizar su difusión entre todo el personal.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Profesionales informados del procedimiento a seguir

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de profesionales de servicio de oncología que asisten a la reunión de difusión del proyecto

Denominador .....: Número total de profesionales del servicio de oncología

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Personal de enfermería de la Unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Grado de cumplimentación del registro de medicación y material correcto

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Numero de registros correctamente cumplimentados

Denominador .....: Numero total de registros que deben cumplimentarse

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Personal de enfermería de la Unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Grado de satisfacción del personal sanitario de la unidad en relación con el proyecto

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de profesionales con un grado de satisfacción igual o mayor a 80%

Denominador .....: Numero total de encuestas realizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Calidad Asistencial

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Elaboración de un procedimiento de mantenimiento de carro de urgencias del HD

Elaboración de una encuesta de satisfacción sobre el proyecto para el personal de la unidad

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#58

### 1. TÍTULO

#### CREAR UN GRUPO DE TRABAJO QUIROFANO-ESTERILIZACION

Fecha de entrada: 08/06/2022

Nº de registro: 2022#58 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL

Título  
CREAR UN GRUPO DE TRABAJO QUIROFANO-ESTERILIZACION

Colaboradores/as:  
BESER HERNANDEZ MARIA PILAR  
GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN  
HERNANDEZ PELLEJERO MARIA PILAR  
JIMENEZ IHUARBEN MARIA CARMEN  
MARTINEZ ESTERAS PAULA  
ZAPATA LOPEZ ANA BELEN

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ESTERILIZACIÓN

Ubicación/es secundaria/s  
CALATAYUD\*HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN\*ENFERMERIA QUIROFANO-CMA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
EN JULIO DE 2019 SE INICIÓ EL LAVADO DE MATERIALES QUIRÚRGICOS EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN (CE) DESPUÉS DE ACONDICIONAR PREVIAMENTE UNA ZONA PARA ELLO. EL PERSONAL DE LA CE RECIBIÓ FORMACIÓN DEL PROCESO DE LAVADO POR PARTE DEL PERSONAL DE QUIRÓFANO. SE MANTUVIERON REUNIONES ENTRE EL PERSONAL DE LOS DOS SERVICIOS Y LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA. EL OBJETIVO PRINCIPAL CREAR UN PROCEDIMIENTO BASADO EN LOS ESTÁNDARES Y RECOMENDACIONES PUBLICADOS POR EL MINISTERIO (2011) ASÍ COMO DENTRO DEL PLAN NACIONAL DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS EN LA "GUÍA PRÁCTICA DE RECOMENDACIONES PARA LA DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE LOS MATERIALES SANITARIOS (2017)" LÍNEA ESTRATÉGICA III, PREVENCIÓN.

**ÁREAS DE MEJORA**  
PREPARACIÓN DEL MATERIAL QUIRÚRGICO PARA EL ENVÍO A LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN  
TRANSPORTE DE MATERIALES QUIRURGICOS DESDE QUIRÓFANO A ESTERILIZACIÓN.

**ANÁLISIS DE CAUSAS**  
EL UTILIZAR ADECUADAS PRÁCTICAS DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN CONTRIBUYE A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO. LA REDUCCIÓN DE MICROORGANISMOS PRESENTES EN MATERIAL QUIRÚRGICO REUTILIZABLE ES UNA DE LAS MEDIDAS PARA EL CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL.

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
CREAR UN GRUPO DE TRABAJO QUE DEFINA LA SISTEMÁTICA Y ACONDICIONAMIENTO DE LOS MATERIALES A PROCESAR EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO.  
UNIFICAR CRITERIOS RESPECTO A LAS ACTUACIONES A REALIZAR:  
RECOGER Y ACONDICIONAR EL MATERIAL A LA SALIDA DE QUIRÓFANO.  
ENVIAR MATERIALES A LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN  
RECEPCIONAR Y PROCESAR MATERIALES EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. CONSTITUIR UN GRUPO DE TRABAJO CON PERSONAL DE QUIRÓFANO ESTERILIZACIÓN, SUPERVISORA DE RECURSOS MATERIALES Y LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA PARA CONSEGUIR QUE EL PROCESO DE LIMPIEZA SEA UNA BUENA PRÁCTICA

Fecha inicio: 15/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: ANA ISABEL BALLANO DE MIGUEL

2. ELABORAR UN PROCEDIMIENTO QUE SIRVA DE GUÍA PARA LOS DOS SERVICIOS Y DIFUNDIRLO A AMBOS SERVICIOS.

Fecha inicio: 15/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: ANA ISABEL BALLANO DE MIGUEL

3. IDENTIFICAR INCIDENCIAS

Fecha inicio: 15/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: ANA ISABEL BALLANO DE MIGUEL

4. VALORAR LOS RECURSOS DISPONIBLES Y ADQUIRIR LOS NECESARIOS PARA EL ACONDICIONAMIENTO DE MATERIALES Y SU TRANSPORTE.

Fecha inicio: 15/06/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#58

### 1. TÍTULO

#### CREAR UN GRUPO DE TRABAJO QUIROFANO-ESTERILIZACION

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: ANA ISABEL BALLANO DE MIGUEL

5. MANTENER REUNIONES PERIÓDICAS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES IMPLEMENTADAS.

Fecha inicio: 15/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: ANA ISABEL BALLANO DE MIGUEL

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

ESTE ES UN PROYECTO QUE SE INICIÓ Y PRESENTÓ DURANTE LA PANDEMIA. NO PUDO LLEVARSE A CABO Y RETOMAMOS EN ESTOS MOMENTOS.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. CUMPLIMIENTO DE LAS REUNIONES ESTABLECIDAS.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % DE REUNIONES MANTENIDAS SEGÚN LO PREVISTO

Denominador .....: N° DE REUNIONES PROGRAMADAS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ACTAS DE LAS REUNIONES

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. DETECCIÓN DE PROFESIONALES DE AMBOS SERVICIOS QUE NO HAN RECIBIDO EL PROCEDIMIENTO NUEVO.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % DE PROFESIONALES QUE HAN RECIBIDO EL PROCEDIMIENTO DEFINITIVO.

Denominador .....: N° DE PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN QUIRÓFANO Y LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: ADMINISTRACION DEL HOSPITAL

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. DETECCIÓN DE INCIDENCIAS RELACIONADAS CON EL ENVÍO DE MATERIAL QUIRÚRGICO.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: % DE INCIDENCIAS DETECTADAS EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y QUIRÓFANO AL ENVÍO DE MATERIAL QUIRÚRGICO

Denominador .....: N° DE CAJAS Y CONTENEDORES ENVIADAS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: INCIDENCIAS RECOGIDAS EN LA CE PARA ISO 9001

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> PACIENTE QUIRÚRGICO

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#595

### 1. TÍTULO

#### GESTION DEL MATERIAL EN TRANSITO ENTRE EL PERSONAL DE QUIROFANO Y ESTERILIZACION

Fecha de entrada: 13/07/2022

Nº de registro: 2022#595 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ALBA REMACHA RAQUEL

Título  
GESTION DEL MATERIAL EN TRANSITO ENTRE EL PERSONAL DE QUIROFANO Y ESTERILIZACION

Colaboradores/as:  
ACON URBANO SONIA  
ALCAÑIZ MORENO CARMEN NATIVIDAD  
ARANDA FERNANDEZ MARIA PILAR  
ARENAS MARTINEZ MIRIAN  
BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL  
BOIRA TORNIL CARLOS  
TORRALBA TEJERO ELENA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ESTERILIZACIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las empresas de material protésico, generalmente de cirugía Ortopédica y Traumatología suelen proporcionar al hospital Ernest Lluch contenedores con el material e instrumental quirúrgico necesario para implantar sus prótesis o material de osteosíntesis.

Se entrega el material en Quirófano y una vez revisado por el personal se envía a la Central de Esterilización (CE) para su procesado.

Hemos observado que sería preciso controlar en el punto de recepción las condiciones de entrega del material: transporte, certificado de limpieza, condiciones de los contenedores donde va ubicado el material quirúrgico (filtros), nombre de los equipos, relación de cajas y bandejas, los componentes que faciliten un montaje posterior y la entrega en Quirófano al menos 24 horas antes de la fecha de la intervención, lo cual permitirá su procesado y esterilización para así poder exigir a las empresas condiciones óptimas del material quirúrgico.

En los talleres de Auditorías internas (UNE-EN-ISO 9001) de las Centralres de Esterilización (CE) se evidenció problemas relacionados con el material en tránsito por lo que se procedió a centralizar un sistema de notificación de incidencias.

#### ÁREAS DE MEJORA

Entrega del material por parte de la empresa en condiciones óptimas.  
Recepción del material en tránsito en quirófano validando la entrega.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La experiencia nos ha demostrado que existen diversos inconvenientes y problemas que pueden y deben ser controlados. La seguridad del paciente está relacionada, sin lugar a dudas, con la gestión del instrumental quirúrgico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Minimizar el riesgo de infección nosocomial.  
Facilitar la gestión del material en tránsito.  
Mejorar la seguridad del paciente.  
Describir los pasos a seguir para que la recepción del material en tránsito sea en condiciones de máxima seguridad.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Constituir un grupo de trabajo con personal de quirófano-esterilización para que la recepción del material en tránsito sea una buena práctica.

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final.: 18/07/2023

Responsable.: Coordinadora y colaboradores

2. Elaborar un check list que sirva para validar el material en tránsito recepcionado.

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final.: 18/07/2023

Responsable.: Coordinadora y colaboradores

3. Identificar incidencias.

Fecha inicio: 18/07/2022

Fecha final.: 18/07/2023

Responsable.: Coordinadora y colaboradores



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#595

### 1. TÍTULO

#### GESTION DEL MATERIAL EN TRANSITO ENTRE EL PERSONAL DE QUIROFANO Y ESTERILIZACION

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de contenedores recepcionados que tienen garantía de limpieza

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Contenedores recepcionados con garantía de limpieza

Denominador .....: Total de contenedores recepcionados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro proporcionado por la casa comercial que presta el material.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de contenedores validados por el check list

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Contenedores recepcionados validados por el check list

Denominador .....: Total de contenedores recepcionados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Personal de Quirófano y Esterilización

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de profesionales que han recibido información sobre el check list

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Profesionales que han recibido información sobre el check list

Denominador .....: Total de profesionales de Quirófano y Esterilización

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Personal de Quirófano y Esterilización

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Paciente quirúrgico portador de prótesis y material de osteosíntesis.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#639

### 1. TÍTULO

#### ESTABLECIMIENTO DE UN CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN, DISPENSACION Y ADMINISTRACION DE ANTIPSICOTICOS DEPOT EN EL SECTOR DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#639 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
COMPAIRED TURLAN VICENTE

Título  
ESTABLECIMIENTO DE UN CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN, DISPENSACION Y ADMINISTRACION DE ANTIPSICOTICOS DEPOT EN EL SECTOR DE CALATAYUD

Colaboradores/as:  
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA  
JORDANA VILANOVA NURIA  
LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL  
MAGALLON MARTINEZ ARANTXA  
NEBOT VILLACAMPA MARIA JOSE  
ORNA MARTINEZ FRANCISCO JAVIER  
SEDILES ORTIZ JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En los últimos años se han publicado diferentes instrucciones por las que se establece que los antipsicóticos depot deben obtenerse por adquisición directa a través de los servicios de farmacia hospitalarios y distribuirse desde éstos a los centros de atención especializada y centros de salud para su administración a los pacientes. En este sentido, cada sector debe definir un circuito que favorezca el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes y el control y la trazabilidad de los tratamientos administrados.

#### ÁREAS DE MEJORA

Disponer de un registro de pacientes en tratamiento con antipsicóticos Depot que facilite un seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes y una trazabilidad de los tratamientos administrados.  
Implementación de la prescripción electrónica de antipsicóticos depot a través de Pressalud que permita a los profesionales sanitarios conocer la información sobre estos tratamientos en H.C.E. y en e-receta.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Falta de un circuito que defina el proceso de prescripción, dispensación y administración de antipsicóticos depot en el sector de Calatayud.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal del proyecto es establecer un circuito de prescripción, dispensación y administración de antipsicóticos depot en el Sector de Calatayud. Con ello, se pretende garantizar la trazabilidad en el proceso de prescripción-dispensación-administración de antipsicóticos depot, mejorar el seguimiento farmacoterapéutico así como la vigilancia, supervisión y control de estos medicamentos y, en consecuencia, disminuir el riesgo en su utilización y aumentar la seguridad de los pacientes.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un procedimiento de prescripción, dispensación y administración de antipsicóticos depot en el sector de Calatayud.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 30/03/2022

Responsable.: Vicente Compaired, Ariadna De Lucas, Arantxa Magallón, María José Nebot,

2. Desarrollo de un aplicativo web de registro de pacientes.

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Francisco Javier Orna Martínez y José Sediles Ortiz

3. Registro de Pacientes en el aplicativo web.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/10/2022

Responsable.: Miguel Lerín Sánchez

4. Implementación de la prescripción electrónica de antipsicóticos depot a través de Pressalud.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/10/2022

Responsable.: Nuria Jordana Vilanova

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#639

### 1. TÍTULO

#### ESTABLECIMIENTO DE UN CIRCUITO DE PRESCRIPCIÓN, DISPENSACION Y ADMINISTRACION DE ANTIPSICOTICOS DEPOT EN EL SECTOR DE CALATAYUD

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración procedimiento de prescripción, dispensación y administración de antipsicóticos depot

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Word

Denominador .....: Word

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Word

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Desarrollo de un aplicativo web de registro de pacientes en tratamiento con antipsicóticos depot

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Intranet Sector Calatayud

Denominador .....: Intranet Sector Calatayud

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Intranet Sector Calatayud

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Prescripción electrónica de antipsicóticos depot a través de Pressalud en USM

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Pacientes con prescripción electrónica de antipsicóticos depot en la Unidad de Salud Mental

Denominador .....: Total de pacientes en tratamiento con antipsicóticos depot en la Unidad de Salud Mental

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Farmatools

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Trastornos mentales y del comportamiento

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#845

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE FARMACIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#845 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA GARCIA M. CARMEN

Título  
PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE FARMACIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Colaboradores/as:  
BARRIGA BOSQUED LIDIA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El plan de cogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar: el funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo...) la planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica...)

#### ANALISIS DE CAUSAS

El servicio de farmacia es un servicio central orientado a la atención farmacéutica de los pacientes hospitalizados y de aquellos, que no estando hospitalizados, precisan de medicaciones de dispensación hospitalaria.

La esencia es el trabajo en equipo centrada en las labores de gestión de medicamentos que incluyen : la recepción, conservación, custodia, preparación y dispensación

El equipo de enfermería de la farmacia del hospital Ernest Lluch de Calatayud, está formado por dos enfermeras y dos TCES, en turno de mañanas, de lunes a viernes.

La necesidad de la elaboración de un manual de acogida de nueva incorporación se basa en la numerosa rotación del personal que se produce en el servicio

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal: este manual pretende facilitar conocimiento de la unidad, su organización y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

Objetivos: Prioritario: procurar que el personal sanitario de farmacia posea la preparación necesaria que les permita proporcionar, cada día, a los pacientes y equipos sanitarios en los que se integran, un trabajo eficiente.

Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente

Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación

Facilitar la integración de los nuevos trabajadores, en los equipos

Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos

Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación

Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Constitución de un equipo de trabajo

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Carmen García García

2. Revisión y aprobación por la Unidad de Calidad y comisión

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Carmen García García

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#845

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE FARMACIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

3. Difusión y aprobación del manual den la unidad, por el responsable del proyecto

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2023

Responsable.: Carmen García García

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración del manual de acogida completo=100%

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Elaboración del manual de acogida

Denominador .....: Cien por cien

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Unidad de calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Número de personal de enfermería que recibe el manual de incorporación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de personal de enfermería que recibe el manual de incorporación

Denominador .....: número de personal de enfermería incorporadas en la unidad desde la puest aen marcha del manuel

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Enfermera de la unidad: registro de personal de nueva incorporación

registro de guías entregadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Grado de satisfacción de los trabajadores con respecto al manual de acogida

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Grado de satisfacción de los trabajadores con respecto al manual de acogida

Denominador .....: porcentaje de trabajadores que han considerado útil la guía de acogida

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Enfermera de unidad. Encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1054

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION FARMACEUTICA PRESTADA EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1054 \*\* Uso racional del Medicamento \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
NEBOT VILLACAMPA MARIA JOSE

Título  
MEJORA EN LA ATENCION FARMACEUTICA PRESTADA EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

Colaboradores/as:  
BURGUENO CERMEÑO BIBIANA  
COMPAIRED TURLAN VICENTE  
GARCIA GARCIA M. CARMEN  
REMACHA CABEZA MARIA EUGENIA  
SANCHEZ GIMENO MARIA ROSA  
SUSO ESTIVALEZ CATALINA CAYETANA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: FARMACIA

Línea estratégica: Uso racional del Medicamento

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El área de dispensación de medicamentos a pacientes externos de los Servicios de Farmacia Hospitalaria tiene como principal objetivo la dispensación de medicamentos entre los que se encuentran los medicamentos de uso hospitalario, algunos de diagnóstico hospitalario, medicamentos extranjeros, usos compasivos y fórmulas magistrales entre otros.

Con el paso de los años ha ido aumentando la actividad en esta área, así como el gasto derivado de dicha actividad. En el año 2021 el gasto en medicamentos en el área de pacientes externos supuso aproximadamente el 57% del gasto total en medicamentos del Hospital, con un total de 5904 pacientes atendidos y 6709 dispensaciones realizadas.

Desde esta área, además de la dispensación, se debe dar respuesta a las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes aportando desde el Servicio de Farmacia la atención farmacéutica correspondiente. Uno de los principales objetivos de esta atención farmacéutica consiste en proporcionar al paciente información completa sobre el tratamiento que va a recibir (dosis, forma farmacéutica, conservación, efectos secundarios, etc.).

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualmente la información en los inicios y cambios de tratamiento se realiza únicamente de forma oral. El disponer por escrito de la información puede ayudar a los pacientes a comprender y asimilar dicha información y lo que es más importante, poder disponer fácilmente de ella en su domicilio cuando les puedan surgir dudas.

Por ello se va a trabajar en la elaboración de hojas estandarizadas de información al paciente, para ser entregadas a aquellos que inicien tratamiento con fármacos dispensados en el área de pacientes externos del Servicio de Farmacia Hospitalaria. Estas hojas incluirán información veraz y contrastada, que describa las principales características del fármaco para asegurar su correcta administración y conservación y que permita a los pacientes reconocer los principales efectos adversos y las posibles interacciones. Todo ello redactado con un lenguaje fácilmente comprensible por pacientes, familiares y/o cuidadores.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Hasta el momento no se habían realizado dichas hojas de información debido a la falta de personal, puesto que solo se contaba con un farmacéutico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Elaborar hojas estandarizadas de información para ser entregadas a los pacientes que inicien tratamiento con fármacos dispensados en el área de pacientes externos del Servicio de Farmacia Hospitalaria. Informar de forma oral y escrita, mediante la entrega de la hoja de información a los pacientes, en el propio acto de dispensación en el Servicio de Farmacia a los pacientes que inician nuevo tratamiento con medicación oral.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaborar listado de medicamentos para la realización de hojas de información.

Fecha inicio: 01/02/2022

Fecha final.: 28/02/2022

Responsable.: María José Nebot Villacampa / Vicente Compaired Turlán

2. Elaboración de las hojas de información de los fármacos seleccionados.

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: María José Nebot Villacampa / Vicente Compaired Turlán

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1054

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION FARMACEUTICA PRESTADA EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

3. Revisión de las hojas de información.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Maria Rosa Sánchez / Maria Eugenia Remacha / Catalina Cayetana Suso

4. Preparación y mantenimiento de una carpeta con las hojas de información.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Bibiana Burgueño / Maria Rosa Sánchez / Maria Eugenia Remacha

5. Informar de forma oral y escrita a los pacientes que inician nuevo tratamiento con medicación oral en el Servicio de Farmacia.

Fecha inicio: 15/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: María José Nebot Villacampa / Vicente Compaired Turlán / Carmen García Garcí

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración hojas de información de fármacos de administración oral dispensados pacientes externos

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Medicamentos orales con hoja de información disponible

Denominador .....: Total de medicamentos orales dispensados en el área de pacientes externos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Excel

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Informar a los pacientes con inicio o cambio de tratamiento.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Pacientes informados de forma oral y escrita que inician o cambian tratamiento con medicamentos orales desde el 15/09/2022.

Denominador .....: Total de pacientes que inician o cambian de tratamiento con medicamentos orales desde el 15/09/2022.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Excel

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> No se puede especificar una patología puesto que se tratan múltiples patologías (VHB, VHC, Artritis reumatoide, Psoriasis, Enfermedad de Crohn...)

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#898

### 1. TÍTULO

#### DETERMINACION DE GRUPO SANGUÍNEO EN CABECERA DE PACIENTE

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#898 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
AINA MARTINEZ MARIA ANTONIA

Título  
DETERMINACION DE GRUPO SANGUÍNEO EN CABECERA DE PACIENTE

Colaboradores/as:  
ARANDA LASSA M. CARMEN  
CUADRADO ORDEN IGNACIO  
DIEZ ANGULO ROSANA  
ESCOBAR RAMON MARIA JESUS

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: HEMATOLOGÍA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La transfusión de productos hemoderivados es una terapia que salva vidas, pero una transfusión de sangre incorrecta puede tener fatales consecuencias para el paciente. Es por ello que se deben evitar todos los posibles errores que se puedan cometer dentro del proceso terapéutico transfusional.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar:  
La seguridad clínica del paciente.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La comprobación del grupo sanguíneo en la cabecera del paciente antes de iniciar una transfusión supone una protección más para el enfermo, un procedimiento que puede evitar una reacción transfusional grave.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal: Mejorar la seguridad clínica del paciente garantizando la seguridad del acto transfusional. Objetivos:

- Mejorar el sistema de hemovigilancia del proceso transfusional sobre el paciente.
- Aumentar la seguridad de los profesionales sobre las intervenciones de enfermería en el proceso de transfusión de un hemoderivado.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Búsqueda bibliográfica.  
Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 15/03/2022  
Responsable.: Rosana Díez Angulo, Marian Antonia Aina Martínez

2. - Redacción de un procedimiento que incluya:  
• Pasos en la realización de la técnica.  
• Material necesario.  
• Interpretación de resultados.  
• Registro de resultados para trazabilidad del proceso.

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 15/07/2022  
Responsable.: Carmen Aranda Lassa  
María Antonia Aina Martínez

3. - Sesión clínica para presentar el procedimiento y la importancia de su aplicación a las supervisoras de unidad.  
Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 15/04/2022  
Responsable.: Ignacio Cuadrado Orden  
María Antonia Aina Martínez

4. - Talleres de formación en todas las unidades donde se realizan transfusiones de hemoderivados.  
Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 15/12/2022  
Responsable.: María Jesús Escobar Ramón  
María Antonia Aina Martínez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#898

### 1. TÍTULO

#### DETERMINACION DE GRUPO SANGUÍNEO EN CABECERA DE PACIENTE

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de de determinaciones de grupo sanguíneo realizadas por transfusiones realizadas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de procedimientos realizados de confirmación de grupo sanguíneo en cabecera de paciente en un mes

Denominador .....: número de transfusiones realizadas en un mes.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Programa de hemovigilancia GRICODE

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Elaboración del procedimiento completo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Elaboración del procedimiento completo

Denominador .....: Elaboración del procedimiento completo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Unidad de calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes hospitalizados o ambulatorios a los que se les realiza una transfusión.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1081

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROCESO "CODIGO DE HEMORRAGIA MASIVA" EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1081 \*\* Eficiencia \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MALO YAGÜE MARTA

Título  
ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROCESO "CODIGO DE HEMORRAGIA MASIVA" EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
GOMEZ MARTINEZ ANA  
ORDUNA ARNAL MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: HEMATOLOGÍA

Línea estratégica: Eficiencia

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Un Hospital comarcal con "internación en servicios básicos", cuenta con Sº Médicos, Quirúrgicos, Anestesiología, Urgencias y con Sº de pediatría y ginecología, además de proporcionar asistencia a los centros ambulatorios del sector.

La Hemorragia vital es la primera causa de muerte potencialmente evitable. La identificación temprana y un manejo óptimo de la situación incrementa las posibilidades de obtener un resultado exitoso tanto a corto como a largo plazo.

La transfusión masiva (TM) en la actualidad forma una parte esencial e indispensable del tratamiento de pacientes con hemorragia masiva tanto por trauma como por causas no traumáticas (quirúrgicas o médicas). La mortalidad global de un episodio de hemorragia masiva puede alcanzar cifras de hasta el 50%, produciéndose la mayoría en las primeras 24 horas.

Debido a su alta mortalidad en las primeras horas y a la complejidad de su tratamiento que requiere un abordaje multidisciplinar es indispensable contar con protocolos de actuación que coordinen la labor de los diferentes especialistas que tienen que tratar estas situaciones críticas, en este caso promovidos desde la Unidad de Hematología y Hemoterapia.

#### ÁREAS DE MEJORA

En un Sº de transfusión, la TM supone el 12 % de las transfusiones CH, el 20 % plasma, y un 14 % de plaquetas. Los protocolos y procedimientos de TM que permitan la transfusión rápida y que incluyan inicio, dosis y ratio de hemoderivados con pruebas de coagulación disminuyen la morbilidad y la mortalidad asociada a HM, con un Grado de recomendación C en las guías.

Se propone la elaboración de un proceso "Código de Hemorragia Masiva" (CHM), aplicado a toda la cadena de transfusión y todas las acciones preventivas para atender la demanda y un stock adecuados.

Es un proceso prioritario por:

- Alta repercusión clínica a corto y largo plazo (secuelas).
- Multidisciplinar
- Causa problemas de calidad (variabilidad, omisiones, desconexiones) y articulación profesional.
- Alto impacto en la salud individual.
- Escasos costes adicionales, optimizando los recursos existentes.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La HM es un proceso complejo y multifactorial que consta de una fase inicial asociada a un estado de hipocoagulabilidad condicionado por factores endógenos y factores exógenos. La 2ª fase se presenta posterior al control de la hemorragia, donde se produce una situación de hipercoagulabilidad muy trombogénica, por lo que se debe iniciar la tromboprolifaxis para evitar complicaciones trombóticas.

La TM ante una HM es una entidad frecuente, de etiología diversa que implica a enfermos y profesionales de distintas especialidades. Es un proceso que debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinar e integral con el fin de disminuir la gran variabilidad en la práctica clínica.

Por ello, todos los hospitales deberían tener un protocolo o guía de actuación ante una HM, el cual mejora la supervivencia de los pacientes, estableciendo propuestas consensuadas que sirvan como pauta de aplicación en la prevención, detección precoz, diagnóstico, evaluación y aplicación de las medidas terapéuticas oportunas para su control.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Definir las actuaciones dentro del Servicio de TRANSFUSIÓN en situación de pacientes con hemorragia masiva (HM):

- Definir HM
- Estandarizar y mejorar el manejo clínico y estratégico de la HM con objetivos y resultados.
- Evitar la variabilidad clínica

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1081

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROCESO "CODIGO DE HEMORRAGIA MASIVA" EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

- Optimizar el uso de hemocomponentes y su ratio y fármacos y dosis.
- Coordinar a todos los servicios implicados.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Elaboración del mapa de procesos CHM

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: FEAs Hematología y Hemoterapia HELL

1. Elaborar el protocolo denominado CHM donde se describe la estrategia a seguir y su activación.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: FEAs Hematología y Hemoterapia HELL

3. Elaboración escrita (Texto) y gráfica (algoritmo y diagrama de flujo) del desarrollo del procedimiento del CHM

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: FEAs Hematología y Hemoterapia HELL

4. Comprobación de las actividades realizadas en todas las etapas del proceso del CHM

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: FEAs Hematología y Hemoterapia HELL

5. Elaboración de un Tríptico informativo del CHM

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: FEAs Hematología y Hemoterapia HELL

6. Establecimiento de los criterios para la evaluación del CHM

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: FEAs Hematología y Hemoterapia HELL

7. Formación a los profesionales del centro hospitalario del CHM

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: FEAs Hematología y Hemoterapia HELL

8. Divulgación del CHM a todos los profesionales sanitarios implicados.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: FEAs Hematología y Hemoterapia HELL

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Los proyectos de calidad son procesos en continua evolución por lo que pueden surgir nuevas necesidades y actividades a desarrollar.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. ACTIVACIÓN:A

Tiemp de inicio de transf de 1ª unidad de hemoderivados desde la activación sit urgente

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Tiempo real(min)

Denominador .....: 30 Minutos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro laboratorio

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

2. ACTIVACIÓN: B

Tiemp de inicio de transf de 1ª unidad de hemoderivados desde la activación sit programad

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Tiempo real(min)

Denominador .....: 30 Minutos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro laboratorio

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1081

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROCESO "CODIGO DE HEMORRAGIA MASIVA" EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

#### 3. MORTALIDAD: D

Nº de pacientes fallecidos tras la activación del "CHM" las 24 h y a los 30 días  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: 0  
Denominador .....: 50  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Registro HCE y laboratorio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

#### 4. DESACTIVACIÓN:E

Tiemp (mins) <1 hora), desde la desactivación del "CHM" hasta avisar al S Transf.  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Tiempo real(min)  
Denominador .....: 30 Minutos  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Registro laboratorio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 5.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

#### 5. PROTOCOLO: P

Nº de veces que se activa el CHM  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nº de veces de aplicado CHM  
Denominador .....: Nº de veces de activado CHM  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro laboratorio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Los proyectos de calidad son procesos en continua evolución según las necesidades de asistenciales y de recursos de cada momento por lo que pueden surgir nuevas necesidades/actividades a desarrollar.  
Revisión por parte de la Dirección y del Comité de Transfusión

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todos los pacientes del Servicio de Urgencias o ingresados en cualquiera de los servicios del hospital y que presenten una hemorragia masiva

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#736

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#736 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LASTRA VILLAR ROCIO

Título  
PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
CORTES SAEZ ALEJANDRO  
ESTEBAN GUAJARDO MARIA CRUZ  
GIMENO DOÑAGUEDA VANESSA  
LLORENTE ARA MARTA  
MARQUINA PINA MARIA NURIA  
MORTE ROMERO M. ASUNCION  
NARVION CASTELLANO CARMEN GLORIA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: HEMODIALISIS

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar:

El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo, etc.)

La planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc.)

#### ANALISIS DE CAUSAS

El servicio de Hemodiálisis está formado por un equipo multidisciplinar que da soporte a los pacientes con insuficiencia renal crónica que precisan Hemodiálisis o que acuden a la consulta ERCA para recibir educación y/o cuidados necesarios en su estado de salud.

La esencia es el trabajo en equipo centrada en el paciente que garantiza una calidad de cuidados.

El equipo de enfermería del Servicio de Hemodiálisis del hospital Ernest LLuch está formado por 6 enfermeras (1 supervisora y 5 enfermeras en plantilla) y 1 TCAES durante toda la mañana y otra TCAE compartida generalmente con la consulta de Nefrología que acude a reforzar al inicio y final de la jornada, distribuidas en turnos de mañana, de lunes a sábado.

La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la especialización y tecnificación de los cuidados que se proporcionan en Hemodiálisis.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

Este manual pretende facilitar el conocimiento de la unidad, su organización y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

Objetivos:

- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente.
- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación.
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.
- Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación.
- Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. -Búsqueda bibliográfica, recopilación y actualización de documentos relacionados con los procesos enfermeros que se están utilizando en la unidad, organigrama, planos del servicio, descripción,...

Fecha inicio: 21/07/2022

Fecha final: 31/08/2022

Responsable.: Todos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#736

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

##### 2. Elaboración del borrador.

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Todos

##### 3. Revisión y aprobación por la Unidad de Calidad.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 15/10/2022  
Responsable.: Unidad de Calidad

##### 4. Difusión y presentación del manual en la unidad por el responsable del proyecto.

Fecha inicio: 16/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Rocío Lastra Villar

##### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizará una encuesta de satisfacción para complimentar por el personal de nueva incorporación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Elaboración del manual completo.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Manual completo  
Denominador .....: Manual completo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Unidad de Calidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Entrega del manual al personal de nueva incorporación.

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número personal de enfermería que recibe el manual de información  
Denominador .....: Número de enfermeras incorporadas en la unidad desde la puesta en marcha del manual  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Supervisora de la unidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

##### 3. Realización de encuestas.

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de encuestas contestadas sobre satisfacción del manual de acogida  
Denominador .....: Número de enfermeras de nueva incorporación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Supervisora de la unidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

##### \*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes hospitalizados

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#741

### 1. TÍTULO

#### CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#741 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CORTES SAEZ ALEJANDRO

Título  
CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO

Colaboradores/as:  
ESTEBAN GUAJARDO MARIA CRUZ  
GIMENO DOÑAGUEDA VANESSA  
LASTRA VILLAR ROCIO  
LLORENTE ARA MARTA  
MARQUINA PINA MARIA NURIA  
MORTE ROMERO M. ASUNCION  
NARVION CASTELLANO CARMEN GLORIA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: HEMODIALISIS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El procedimiento de cuidados de enfermería al paciente de hemodiálisis hospitalizado constituye una herramienta útil para proporcionar unos cuidados de calidad. Asegura una continuidad de cuidados y una correcta coordinación entre el servicio de hemodiálisis y las distintas plantas de hospitalización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y a mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad de cuidados.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar:  
El funcionamiento interno (coordinación entre servicios)  
La planificación de cuidados al paciente de hemodiálisis y su desarrollo.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El paciente renal, por las características propias de su enfermedad, precisa de unos cuidados específicos que tienen una gran importancia para el control y evolución de su enfermedad, así como para la efectividad del tratamiento renal sustitutivo.  
El hospital Ernest Lluch consta de 3 unidades de hospitalización de adultos, una de materno-infantil y una Unidad de Cuidados Especiales y en todas pueden ingresar estos pacientes.  
La necesidad de la elaboración de este procedimiento se basa en dar a conocer estos cuidados específicos, evitando así la variabilidad de cuidados y mejorando la seguridad y coordinación entre servicios.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:  
Este manual pretende facilitar el conocimiento del paciente renal en hemodiálisis, sus características y cuidados específicos, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que sean responsables de su atención mientras esté hospitalizado.

Objetivos:  
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales para favorecer la seguridad del paciente.  
- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores.  
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de estos pacientes.  
- Mejorar la seguridad de las actuaciones de los profesionales.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Búsqueda bibliográfica, recopilación y actualización de documentos relacionados con los cuidados al paciente renal en hemodiálisis.

Fecha inicio: 21/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Todos

2. Elaboración del borrador.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Todos

3. Revisión y aprobación por la Unidad de Calidad y comisión.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 15/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#741

### 1. TÍTULO

#### CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO

Responsable.: Unidad de Calidad

4. Difusión y presentación del manual en la unidad por el responsable del proyecto.

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 28/10/2022

Responsable.: Alejandro Cortés Sáez

5. Presentación al resto del hospital en una sesión informativa.

Fecha inicio: 15/12/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Asunción Morte Romero

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración del manual completo

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Manual completo

Denominador .....: Manual completo

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Unidad de Calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Número de plantas que reciben el procedimiento

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de plantas de hospitalización que reciben el procedimiento de cuidados al paciente en Hemodiálisis hospitalizado

Denominador .....: Número de plantas existentes en el hospital

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de la Unidad de Hemodiálisis

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Grado de satisfacción del personal sanitario relacionado con el proyecto

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de personal sanitario altamente satisfecho con el proyecto

Denominador .....: Número de encuestas repartidas

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de la Unidad de Hemodiálisis

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes hospitalizados

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#489

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL HOSPITAL DE DÍA DE ONCOHEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 06/07/2022

Nº de registro: 2022#489 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
VALERO ARNAL DIANA

Título  
PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL HOSPITAL DE DÍA DE ONCOHEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
AGUERRI ESCRIBANO YOLANDA  
GUTIERREZ LAZARO MARIA PILAR  
SANCHEZ REMACHA BLANCA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: HOSPITAL DE DIA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo, etc.)  
La planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc.)

#### ANALISIS DE CAUSAS

El Hospital de Día de Onco-Hematología está formada por un equipo multidisciplinar que da soporte a los pacientes que llegan en situación crítica y necesitan una rápida actuación para su estabilización.  
La esencia es el trabajo en equipo centrada en el paciente que garantiza una calidad de cuidados.  
Ante una situación crítica es necesario un personal formado, seguro y coordinado en sus actuaciones.  
El equipo de enfermería del Hospital de Día de Onco-Hematología del hospital Ernest LLuch está formado por 2 enfermeras y 2 TCAES en plantilla distribuidas en turnos de mañana.  
La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la especialización y tecnificación de los cuidados que se proporcionan en el servicio.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Como objetivo principal este manual pretende facilitar el conocimiento de la unidad, su organización y funcionamiento de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

#### Objetivos:

- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente
- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación.
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.
- Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Constitución de un equipo de trabajo que se ocupará de la actualización de documentos relacionados con los procesos enfermeros que se están utilizando y de las funciones a desempeñar.

Fecha inicio: 22/08/2022

Fecha final.: 03/10/2022

Responsable.: Diana Valero Arnal

2. Revisión y aprobación por la Unidad de Calidad y Comisión.

Fecha inicio: 04/10/2022

Fecha final.: 21/10/2022

Responsable.: Diana Valero Arnal

3. Difusión y presentación del manual en la unidad por el responsable del proyecto.

Fecha inicio: 31/10/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#489

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL HOSPITAL DE DÍA DE ONCOHEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha final.: 16/12/2022

Responsable.: Diana Valero Arnal

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizará una encuesta de satisfacción para cumplimentar por el personal de nueva incorporación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de personal de enfermería que recibe el manual de incorporación

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de personal de enfermería que reciben el manual de incorporación

Denominador .....: Nº de enfermeras incorporadas en la unidad desde la puesta en marcha del manual

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.08

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.09

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.08

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.09

2. Grado de satisfacción de los trabajadores con respecto al manual de acogida

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº encuestas sobre satisfacción del manual de acogida contestadas contestadas

Denominador .....: Nº enfermeras de nueva incorporación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de unidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Elaboración del manual completo.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#154

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 17/06/2022

Nº de registro: 2022#154 \*\* IRAS PROA \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SUSO ESTIVALEZ CATALINA CAYETANA

Título  
IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
ALONSO ALCANIZ MARTA  
GARCIA ANDREU MARIA DEL MAR  
PEIRO CODINA FABIOLA  
VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: IRAS PROA

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las bacteriemias son infecciones con elevadas tasas de mortalidad (10-40%) y una morbilidad considerable en los que la optimización del uso de antibióticos

#### ÁREAS DE MEJORA

PROA Bacteriemia es una actividad integrada en el PROA del Hospital, cuyo objetivo es mejorar el pronóstico de los pacientes con bacteriemia y servir de actividad transversal para difundir la importancia del uso apropiado de los antimicrobianos en la lucha contra las resistencias. El proyecto PROA incluido en el PRAN (Plan Nacional de Resistencia a Antibióticos) incluye entre sus estándares para la certificación del centro la existencia de un programa de apoyo al manejo de pacientes con bacteriemias.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

A nivel autonómico disponemos del documento "actividad PROA para la optimización del manejo de pacientes con bacteriemia disponible en la web [http://www.aragon.es/Estrategia\\_irasproa](http://www.aragon.es/Estrategia_irasproa)

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Iniciar y adecuar progresivamente el proyecto al PROA nacional y autonómico.
2. Conocer en nuestro medio la mortalidad relacionada con las bacteriemias.
3. Valorar el impacto de las intervenciones que se implementen.
4. Comparar estos datos a lo largo del tiempo.
5. Identificar oportunidades de mejora para implementar.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Comunicación rápida de resultados de microbiología a la unidad de ubicación del paciente (todas las bacteriemias) Valoración y asesoría diaria de los casos de mayor morbimortalidad por el equipo PROA-

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: CATALINA SUSO ESTIVALEZ

2. Difusión y revisión de recomendaciones básicas disponibles en la intranet del SALUD (PROA).

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: CATALINA SUSO ESTIVALEZ

3. Contacto directo con PROA del hospital Clínico Lozano Blesa (Dr Paño y equipo) para consultar las bacteriemias más importantes o dudas que existan acerca del manejo por parte del equipo PROA Calatayud

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: CATALINA SUSO ESTIVALEZ

4. Formación en extracción adecuada de hemocultivos por parte de enfermería y sensibilización sobre su extracción en sospecha de sepsis

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: BERTA VELA/FABIOLA PEIRO/BENJAMIN GONZALEZ

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

POBLACIÓN DIANA: pacientes con bacteriemia mayores de 14 años ingresados en cualquiera de las unidades del hospital

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#154

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

1ª y 2ª memoria)

1. Llamada telefónica al servicio peticionario.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: TOTAL BACTERIEMIAS CONTACTADAS

Denominador .....: TOTAL BACTERIEMIAS DEL HOSPITAL

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: EXCEL

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Unidades de enfermería con formación recibida sobre extracción de hemocultivos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: TOTAL UNIDADES ENFERMERIA FORMADAS

Denominador .....: TOTAL DE ENFERMERIAS DEL HOSPITAL

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: EXCEL

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Hemocultivos de control en los casos indicados (S.aureus, Candida sp.)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: TAOTAL DE HEMOCULTIVOS CONTROL

Denominador .....: TOTAL DE BATERIEMIAS POR (S AUREUS, CANDIDA SP)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: EXCEL/MODULAB

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Valoración del tratamiento empírico y actuación realizada por el grupo PROA y su aceptación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: EXCEL

Denominador .....: EXCEL

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: EXCEL

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

5. Porcentaje de bacteriemias con intervención del especialista en MED INTERNA/URGENCIAS de las altas

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: total bacteriemias en domicilio contactadas

Denominador .....: total bacteriemias en domicilio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: EXCEL

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. Mortalidad cruda a los 14 días.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: TOTAL FALLECIDOS EN LOS 15 PRIMEROS DIAS

Denominador .....: TOTAL BACTERIEMIAS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia Clínica Electrónica y programa administrativo HIS

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos

Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#154

### 1. TÍTULO

#### **IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PROA BACTERIEMIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH**

Tipo de patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1242

### 1. TÍTULO

#### MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES MEDICAS

Fecha de entrada: 07/08/2022

Nº de registro: 2022#1242 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GOMEZ AGUIRRE NOELIA

Título  
MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES MEDICAS

Colaboradores/as:  
MARTINEZ GONZALEZ LAURA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el presente reglamento se describen las características fundamentales del Servicio de Medicina Interna (SMI) del Hospital Ernest Lluch de Calatayud (HELL), en lo referente a las secciones de Medicina Interna y Especialidades Médicas. Se detallan todas las actividades que lleva a cabo todo el personal facultativo que pertenece o al Servicio de Medicina Interna, o a alguna de las especialidades Médicas adscritas. Se incluye información completa, tanto de los responsables concretos de cada actividad, como de los horarios de realización de las mismas. De manera que, en todo momento, cada miembro del SMI sepa qué tiene que hacer y cómo, y qué tienen que hacer los demás y cómo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Reevaluación y desarrollo del reglamento ante dudas o conflictos de funcionamiento que puedan surgir

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Variabilidad en la actuación en la actividad del servicio

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Facilitar las tareas de dirección del servicio.
2. Reducir la necesidad de supervisión de la mayoría de actividades.
3. Eliminar potenciales fuentes de conflicto.
4. Organización de los profesionales en la cobertura de guardias y necesidad de soporte por las especialidades médicas
5. Relación con el resto de Servicios del Hospital
6. Proyectos actuales y futuros

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Presentación del reglamento a los facultativos adscritos al Servicio de Medicina Interna

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/08/2023

Responsable.: Noelia Gómez Aguirre

2. Elaboración del documento Modelo Funcional y Estructural del Servicio de Medicina Interna y Especialidades Médicas

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/08/2023

Responsable.: Noelia Gómez Aguirre

3. Entrega del documento al personal facultativo del Servicio de nueva incorporación

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/08/2023

Responsable.: Laura Martínez González

4. Entrega de encuesta de satisfacción al personal facultativo del Servicio

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/08/2023

Responsable.: Laura Martínez González

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Encuesta de satisfacción

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1242

### 1. TÍTULO

#### MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y ESPECIALIDADES MEDICAS

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de profesionales que alcanzan puntuación 7-8/10 puntos  
Denominador .....: Número de profesionales que realizan la encuesta

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Actividad del servicio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Difusión del modelo  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Número de profesionales a los que se les entrega el modelo  
Denominador .....: Número de profesionales que forman parte del equipo  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Actividad del servicio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> No procede

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1263

### 1. TÍTULO

#### IDENTIFICACION DE PACIENTES PLURIPATOLOGICOS QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Fecha de entrada: 08/08/2022

Nº de registro: 2022#1263 \*\* Crónico Complejo \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA ANDREU MARIA DEL MAR

Título  
IDENTIFICACION DE PACIENTES PLURIPATOLOGICOS QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Colaboradores/as:  
JARAUTA SIMON ESTIBALIZ  
MARTINEZ GONZALEZ LAURA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA INTERNA

Línea estratégica: Crónico Complejo

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En los últimos años hemos asistido a un cambio en la manera de enfermar teniendo cada vez más pacientes con múltiples condiciones crónicas que interaccionan entre sí deteriorando la funcionalidad y la calidad de vida de las personas y generando necesidades complejas de salud. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea señalan la necesidad de reorientar los sistemas de atención sanitaria para ofrecer una atención integral también a nivel social y comunitario y por ello en nuestro país y en los países del entorno se están llevando a cabo medidas para lograr una mejora en el abordaje de las necesidades complejas de estos pacientes derivados del aumento de la cronicidad. Para intentar mejorar la atención a estos pacientes es necesario definir el problema y buscar una atención integral centrada en el paciente y compartida entre atención primaria y hospitalaria. En Aragón desde 2019 contamos con el Proceso de Atención al Paciente Crónico Complejo que fija los objetivos a alcanzar en los próximos años.

Aunque para identificar los pacientes más vulnerables se ha realizado un proceso de clasificación de toda la población mediante herramientas de estratificación con "Grupos de Morbilidad Ajustados" es importante identificar en el medio hospitalario aquellos pacientes que se beneficien de las intervenciones, hacer que conste en historia clínica y comunicarlo tanto al paciente como al cuidador y a los sanitarios responsables de su atención habitual. Además, abordar este tema es también importante porque en los últimos años se ha observado que los pacientes pluripatológicos son responsables de la mayoría de los ingresos hospitalarios evitables por lo que mejorar su manejo puede ser además de muy beneficioso para el paciente, una forma de contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario al poder reducir el consumo de recursos sanitarios.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Identificar a los pacientes pluripatológicos y vulnerables que ingresan en el hospital para orientar mejor la atención y los objetivos con cada uno de ellos.
2. Reflejar en historia clínica la condición de paciente pluripatológico para que se tenga en cuenta siempre que reciba atención sanitaria.
3. Mejorar la transición de cuidados al alta hospitalaria mediante la mejora del informe de alta.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. En la práctica habitual muchas veces no es posible detenerse en la realización de escalas que clasifiquen a los pacientes según su complejidad y pluripatología.
2. En ocasiones aunque se sabe que el paciente tiene necesidades complejas de salud no se refleja en historia clínica o el apartado en que se refleja no es fácilmente accesible para todos los profesionales.
3. La comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria no siempre es fácil ya que no existen circuitos claramente definidos y esto puede dificultar la transición de cuidados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Identificar los pacientes pluripatológicos que puedan beneficiarse de un plan de acción tras el alta y beneficiarse de los circuitos de atención que se crearán para estos pacientes dentro del marco del proceso de atención a los pacientes crónicos complejos.
2. Reflejar esta condición en historia clínica tanto durante el ingreso como al alta en el informe de alta.
3. Mejorar la transición de cuidados al alta valorando un seguimiento estrecho bien mediante llamada telefónica o cita precoz en consulta en aquellos pacientes que se considere necesario.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisar los ingresos a cargo de Medicina Interna y completar las escalas de Ollero (pluripatología) y Barthel (funcionalidad) mediante formulario en historia clínica.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: María del Mar García Andreu



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1263

### 1. TÍTULO

#### IDENTIFICACION DE PACIENTES PLURIPATOLOGICOS QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

2. Calcular el índice pronóstico PROFUND de los pacientes ingresados que cumplan criterios de pluripatológicos.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Maria del Mar García Andreu

3. Revisar en historia clínica el número de ingresos del paciente pluripatológico en los últimos 12 meses.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Maria del Mar García Andreu

4. Hacer una anotación en historia clínica donde se refleje si cumple criterios de paciente pluripatológico según escala de Ollero, se indique la puntuación del índice de Barthel y el resultado de PROFUN

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Maria del Mar García Andreu

5. El facultativo al cargo del paciente durante el ingreso valorará añadir una anotación en el informe de alta en aquellos pacientes que cumplan criterios de pluripatológico o especial vulnerabilidad.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: FEAs Medicina Interna

6. De igual manera ser valorará un seguimiento precoz telefónico o presencial según el caso.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: FEAs Medicina Interna

7. En aquellos pacientes identificados como pluripatológicos se revisarán los informes de alta y el seguimiento posterior así como los reingresos en los 6 meses posteriores.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Maria del Mar García Andreu

8. Elaboración de una base de datos anonimizada en la que se recojan los datos referidos a este proyecto.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Maria del Mar García Andreu

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Identificación de pacientes

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de pacientes identificados

Denominador .....: número de pacientes ingresados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

2. valoración integral del paciente

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de pacientes en los que se realizan todas las escalas (Barthel y Ollero)

Denominador .....: número de pacientes que ingresan en Medicina Interna

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Valoración riesgo de reingreso de pacientes pluripatológicos

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de pacientes pluripatológicos en los que se revisa número de ingresos en 12 meses

Denominador .....: número de pacientes pluripatológicos identificados al ingreso

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1263

### 1. TÍTULO

#### IDENTIFICACION DE PACIENTES PLURIPATOLOGICOS QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Fuentes de datos.: Historia clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 4. Valoración pronóstica de pacientes pluripatológicos

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: pacientes pluripatológicos a los que se realiza PROFUND

Denominador .....: número de pacientes pluripatológicos identificados al ingreso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historica clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

#### 5. Identificación de pacientes pluripatológicos en informe de alta

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de pacientes pluripatológicos en los que se refleja en el infome de alta

Denominador .....: número de pacientes pluripatológicos identificados al ingreso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

#### 6. Seguimiento de pacientes pluripatológicos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de pacientes pluripatológicos en los que se realiza seguimiento al alta llamada o presencial

Denominador .....: número de pacientes pluripatológicos identificados al ingreso

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Historia clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 20.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Ancianos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Enfermedades crónicas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#481

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 05/07/2022

Nº de registro: 2022#481 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ARENAS MARTINEZ MIRIAN

Título  
PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
ALBA REMACHA RAQUEL  
MURO GARCIA CONSUELO  
TORRALBA TEJERO ELENA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA PREVENTIVA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar:

El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo, etc.)  
La planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc.)

#### ANALISIS DE CAUSAS

Medicina Preventiva está formada por un equipo multidisciplinar que se centra en la atención de los pacientes derivados de otras consultas para inmunización y seguimiento y pacientes hospitalizados en situación de aislamiento por distintos microorganismos.

Otras funciones que se realizan en el servicio son vigilancia y control de la infección (EDOS, ILQ, EPINE) e higiene y saneamiento (recogida de muestras ambientales, controles de aguas sanitarias).

Es necesario un personal formado, seguro y coordinado en sus actuaciones

El equipo de Medicina Preventiva del hospital Ernest LLuch está formado por 1 FEA, 1 enfermera y 1 TCAE que desempeña las funciones de recogida de muestras ambientales y de aguas sanitarias.

La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en los conocimientos específicos que se precisa para el desempeño de este trabajo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

Este manual pretende facilitar conocimiento del servicio, su organización Y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

Objetivos:

- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente
- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación.
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.
- Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Búsqueda bibliográfica, recopilación y actualización de documentos relacionados con los procesos enfermeros que se están utilizando, organigrama, planos, descripción del servicio y de las funciones

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 18/09/2022

Responsable.: MIRIAN ARENAS MARTINEZ

2. Elaboración del borrador

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#481

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Responsable.: MIRIAN ARENAS MARTINEZ

3. Revisión y aprobación por la Unidad de Calidad y comisión

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: UNIDAD DE CALIDAD

4. Difusión y presentación del manual en la unidad por el responsable del proyecto

Fecha inicio: 17/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: MIRIAN ARENAS MARTINEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizará una encuesta de satisfacción para cumplimentar por el personal de nueva incorporación

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de personal de enfermería que recibe el manual de incorporación

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Porcentaje de personal de enfermería que reciben el manual de incorporación

Denominador .....: Número de enfermeras incorporadas en la unidad desde la puesta en marcha del manual

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de unidad:

-Registro de personal de nueva incorporación

-Registro de guías entregadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Grado de satisfacción de los trabajadores con respecto al manual de acogida

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Porcentaje de trabajadores que han considerado útil la guía de acogida

Denominador .....: Número total de trabajadores que han recibido la guía de acogida

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de unidad:

- Encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#488

### 1. TÍTULO

#### MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL AREA MEDICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA

Fecha de entrada: 06/07/2022

Nº de registro: 2022#488 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ORTEGA MAJAN MARIA TERESA

Título  
MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL AREA MEDICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA

Colaboradores/as:  
BESER HERNANDEZ MARIA PILAR  
MOLINA PABLO LAURA  
PABLO GORMEDINO MARIA DEL MAR

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: MEDICINA PREVENTIVA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se pretende elaborar un documento con la cartera de servicios de medicina preventiva del hospital Ernest Lluich de Calatayud en el que se definan las diferentes Áreas de conocimiento, Líneas de actividad y Especificaciones en los apartados que se considere necesario, todo ello desde el punto de vista médico. De esta manera junto con el manual de acogida propuesto por el personal de enfermería de Medicina Preventiva y Esterilización para el AGC de 2022 se facilitará la integración del equipo, la satisfacción laboral, la disminución de la variabilidad y por lo tanto se mejorará la calidad de la práctica médica.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar el funcionamiento interno de la Unidad de Medicina Preventiva

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La especialidad de medicina preventiva abarca numerosos campos de actuación, por lo que se va a elaborar un documento para concretar las líneas de trabajo que configuran la cartera de servicios de la unidad y así facilitar el trabajo al personal sanitario que forma parte de dicho servicio.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Facilitar el conocimiento, la organización y el funcionamiento de la Unidad de Medicina Preventiva

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión de diferentes documentos relacionados con el área de conocimiento y campo de acción de la Medicina Preventiva y Salud Pública, que se consideraron de interés.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Teresa Ortega

2. Revisar el Manual de competencias Profesionales del Médico/a Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/01/2023  
Responsable.: M<sup>a</sup> Teresa Ortega

3. Definir las Áreas de conocimiento y las Líneas de trabajo y elaborar el documento  
Fecha inicio: 01/02/2023  
Fecha final.: 31/12/2023  
Responsable.: M<sup>a</sup> Teresa Ortega

4. Revisar el documento elaborado  
Fecha inicio: 01/10/2023  
Fecha final.: 01/12/2023  
Responsable.: Laura Molina, Pilar Beser, M<sup>a</sup> Mar Pablo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1<sup>a</sup> y 2<sup>a</sup> memoria)

1. Elaboración de un modelo funcional/estructural de la Unidad de Medicina Preventiva (parte médica)  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Elaboración de un modelo funcional/estructural de la Unidad de Medicina

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#488

### 1. TÍTULO

#### MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL AREA MEDICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA

Preventiva

Denominador .....: Elaboración de un modelo funcional/estructural de la Unidad de Medicina Preventiva

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Revisión de diferentes documentos relacionados con el área de conocimiento y campo de acción de la Medicina Preventiva y Salud Pública, que se consideraron de interés

Est.Mín.1ª Mem ..: 15.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 35.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Difusión del modelo elaborado al personal de enfermería del Servicio de Medicina Preventiva

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de enfermeras a las que se les ha presentado el modelo elaborado de medicina preventiva

Denominador .....: N° total de enfermeras de medicina preventiva

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Contabilizar la enfermería informada

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 36.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Continuidad Asistencial

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#763

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#763 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CASTILLON LAVILLA MARIA ELENA

Título  
VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

Colaboradores/as:  
ALTEMIR TRALLERO JARA  
BROX AISA RAQUEL  
VASQUEZ BLANDINO DAMARIS ELISABET

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: NEFROLOGIA

Ubicación/es secundaria/s  
CALATAYUD\*HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN\*ENDOCRINOLOGÍA\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Dentro de las medidas higiénico-dietéticas el asesoramiento nutricional es uno de los pilares del enfermo renal crónico. Durante el proceso de la enfermedad renal los aportes nutricionales van cambiando, sobre todo las cantidades de proteínas. La dieta del paciente renal puede ser peligrosamente restrictiva si se basa en la baja ingesta de proteínas, fósforo y potasio. Estas recomendaciones conllevan una disminución de la ingesta de frutas, verduras y fibra, que a su vez conllevan a una dieta menos saludable. En las fases terminales de la enfermedad debe de haber una restricción proteica. Sin embargo, una vez iniciada la Hemodiálisis la dieta debe de ser hiperproteica. A todo ello se suma la restricción de líquidos en los pacientes en diálisis. Por todos estos motivos, a la vez que se hacen unas recomendaciones restrictivas hay que hacer unas recomendaciones alternativas para evitar la desnutrición en estos pacientes. Debemos de evitar modelos dietéticos estrictos e individualizar las recomendaciones.

Con este proyecto queremos individualizar la dieta de los pacientes para evitar su desnutrición, debida a las restricciones dietéticas necesarias por su patología renal. Para ello contamos con la colaboración de una nutricionista y una endocrina. La nutricionista evalúa a los pacientes en el momento de iniciar la Hemodiálisis y luego de forma periódica cada 6 meses. Una vez que ha intervenido la nutricionista, el paciente es valorado por la endocrina, en el caso de ser necesario, para iniciar suplementos proteicos orales, de momento en domicilio. Si es necesario se reevaluará antes de los 6 meses a los pacientes que se crean oportunos. Aparte de asesorar acerca de los alimentos restringidos y sus alternativas, también se incide en hábitos saludables para aprender a comer sano.

#### ÁREAS DE MEJORA

Estado nutricional de los pacientes en Hemodiálisis.  
Enseñar a comer bien y sano a los pacientes en Hemodiálisis

#### ANALISIS DE CAUSAS

Los pacientes no saben qué pueden comer: Con tantas restricciones se agotan sus opciones, se cansan de comer siempre lo mismo.

Algunos viven solos y tienen dificultad para elaborar menús adecuados. Otros simplemente no quieren cocinar para ellos solos.

Hay pacientes que ignoran la composición dañina de algunos alimentos tanto para ellos como para la población general.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar el estado nutricional de los pacientes en Hemodiálisis  
Enseñar a comer sano a los pacientes en Hemodiálisis  
Controlar el estado nutricional periódicamente de los pacientes en Hemodiálisis  
Atender dudas sobre nutrición adaptada a pacientes en Hemodiálisis

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Valoración por nefróloga al inicio de Hemodiálisis y cada 6 meses

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: ELENA CASTILLÓN LAVILLA

2. Valoración por nutricionista al inicio de Hemodiálisis y cada 6 meses, incluyendo charlas individuales sobre comer sano

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/03/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#763

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

Responsable.: RAQUEL BROX AIS

3. Valoración por nefróloga al inicio de Hemodiálisis y cada 6 meses

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: DAMARIS VASQUEZ SANDINO

4. Valoración por endocrino al inicio de Hemodiálisis y cada 6 meses

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: JARA ALTEMIR TRALLERO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

La nefróloga hará una primera valoración de los pacientes al inicio de hemodiálisis. Luego los derivará a la nutricionista que, consensuado con la nefróloga, los derivará a la endocrino si lo considera necesario. Se hará de forma periódica al inicio del programa de Hemodiálisis y luego cada 6 meses y siempre que sea necesario tanto por parte de los especialistas como por solicitud de los pacientes.

En las evaluaciones iniciales se tendrá en cuenta el peso, la talla, el IMC, la circunferencia tricipital, circunferencia de la pantorrilla, pliegue tricipital, dinamometría de ESD y ESI, analítica, Bioimpedancia, encuesta nutricional, test específicos de hemodiálisis de nutrición (MIS) y test de calidad (Valoración global subjetiva: VGS). Una vez citado al paciente con la nutricionista se harán de nuevo las valoraciones que considere oportunas. Si es preciso, la endocrina valorará con todos estos datos la necesidad de iniciar suplementos nutricionales orales.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Paciente hemodiálisis con valoración por nefrología /Total paciente hemodiálisis

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Paciente hemodiálisis con valoración por nefrología

Denominador .....: Total paciente en hemodiálisis

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes en Hemodiálisis

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Paciente hemodiálisis con valoración por nutricionista /Total paciente hemodiálisis

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Paciente hemodiálisis con valoración por nutricionista

Denominador .....: Total paciente en hemodiálisis

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes en Hemodiálisis

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Paciente hemodiálisis con valoración por endocrino /Total paciente hemodiálisis

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Paciente hemodiálisis con valoración por endocrino

Denominador .....: Total paciente hemodiálisis

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Pacientes en Hemodiálisis

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

4. Bioimpedancia inicio y de forma periódica

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: excel

Denominador .....: excel

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: Pacientes en Hemodiálisis

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

5. Encuesta nutricional al inicio y de forma periódica

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: excel



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#763

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

Denominador .....: excel  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Pacientes en Hemodiálisis  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Se incluirán todos los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Ernest Lluch. Todos los datos se recogerán al inicio de la hemodiálisis, cada 6 meses y siempre que sea necesario.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#371

### 1. TÍTULO

#### NORMATIVA DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#371 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GRAJEDA JUAREZ JOSE ARNOLDO

Título  
NORMATIVA DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL DE CALATAYUD

Colaboradores/as:  
MORILLO VANEGAS DUNIBEL LISLEY

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Describir las cualidades del servicio, su funcionamiento, personal y equipo a disposición. Hasta la fecha no existe normativa que lo explique.

#### ÁREAS DE MEJORA

proporcionar información del funcionamiento y poder de gestión del material dispuesto.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En primer lugar al no existir una normativa de funcionamiento se hace necesario realizarlo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Describir el funcionamiento del servicio de neumología
2. Realizar protocolos de manejo
3. Unificar criterios de actuación

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. crear un manual de descripción del servicio de neumología

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Jose Grajeda y Dunibel Morillo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. descriptivo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 1

Denominador .....: 1

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: manual propio

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.01

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.01

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.01

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.01

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

- Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#753

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA REALIZACION DEL TEST DE LA MARCHA DE 6 MINUTOS

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#753 \*\* EPOC \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHO MUÑOZ ELENA

Título  
IMPLANTACION DE HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA REALIZACION DEL TEST DE LA MARCHA DE 6 MINUTOS

Colaboradores/as:  
CHECA RUIZ MARIA SAGRARIO  
GASCON SAN MIGUEL CLAUDIA  
GRAJEDA JUAREZ JOSE ARNOLDO  
MARTINEZ GUERRERO JUAN MANUEL  
MORILLO VANEGAS DUNIBEL LISLEY  
NAVARRETE OLIVER SANDRA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Línea estratégica: EPOC

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La intolerancia al ejercicio constituye junto a la disnea uno de los síntomas fundamentales que afectan a los pacientes con patología respiratoria. El test de la marcha de 6 minutos es una prueba sencilla, fácil de efectuar, que requiere poco equipamiento, bien tolerada por el paciente y sensible a cambios pre y post tratamiento, que nos permite evaluar la capacidad al ejercicio. Hasta este momento, cuando se solicitaba el test de la marcha desde la consulta de Neumología, se informaba verbalmente al paciente del procedimiento y éste desconocía las normas para la realización del mismo.

#### ÁREAS DE MEJORA

El paciente conozca el procedimiento que se le va a realizar y así se suspendan menos pruebas.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El paciente viene preparado y con menos ansiedad al tener más información sobre la prueba que se le va a realizar.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Dar a conocer al paciente el procedimiento y las normas para la correcta realización del test de la marcha de 6 minutos.  
-Evitar complicaciones durante la prueba por desconocimiento de la preparación necesaria.  
-Disminuir anulaciones de la pruebas por mala preparación o falta de información y en consecuencia, disminuir la demora en las citas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Formación del grupo de trabajo

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 09/10/2022  
Responsable.: ELENA SANCHO MUÑOZ

#### 2. Recogida bibliográfica y reuniones de equipo.

Fecha inicio: 10/10/2022  
Fecha final.: 16/10/2022  
Responsable.: ELENA SANCHO MUÑOZ

#### 3. Recogida bibliográfica y reuniones de equipo.

Fecha inicio: 17/10/2022  
Fecha final.: 23/10/2022  
Responsable.: F.E.A. NEUMOLOGÍA

#### 4. Aprobación del documento definitivo.

Fecha inicio: 24/10/2022  
Fecha final.: 28/10/2022  
Responsable.: F.E.A. NEUMOLOGÍA

#### 5. Difusión del procedimiento: intranet y reuniones informativas con el personal de la unidad.

Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 06/11/2022  
Responsable.: PILAR GARCIA AGUIRRE

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#753

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA REALIZACION DEL TEST DE LA MARCHA DE 6 MINUTOS

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Test de la marcha 6 minutos suspendidos por mala preparación o falta de información del paciente.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de test de la marcha 6 minutos suspendidos por mala preparación o falta de información del paciente.

Denominador .....: Número total de test de la marcha solicitados.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de registro del test de la marcha 6 minutos.

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

2. Complicaciones durante el test de la marcha de 6 minutos.

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de complicaciones durante el test de la marcha de 6 minutos.

Denominador .....: Número total de test de la marcha realizados.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de registro del test de la marcha 6 minutos.

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1033

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA REALIZACION DE UNA POLIGRAFÍA RESPIRATORIA NOCTURNA DOMICILIARIA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1033 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GOMEZ HERNANDO MERCEDES

Título  
RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA REALIZACION DE UNA POLIGRAFÍA RESPIRATORIA NOCTURNA DOMICILIARIA

Colaboradores/as:  
LUNA GUTIERREZ MARIA DOLORES  
ROSU JUDELE ANDREEA DANIELA  
TORNOS HERNANDEZ MARIA PEÑA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: NEUMOLOGÍA

Ubicación/es secundaria/s  
CALATAYUD\*HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN\*CONSULTAS EXTERNAS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) se caracteriza por somnolencia diurna excesiva, trastornos cardiorrespiratorios y cognitivos, secundarios a episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño. Es una enfermedad muy prevalente en la población general con efectos deletéreos sobre el sistema cardiovascular: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares, importante incidencia de accidentes de tráfico a causa de la excesiva somnolencia; deterioro de la calidad de vida y como consecuencia de todas estas situaciones un exceso de mortalidad. El diagnóstico se realiza mediante polisomnografía o poligrafía respiratoria, siendo esta última la que se realiza en nuestro centro, de forma domiciliaria desde el comienzo de la pandemia. Se precisa de una hoja de recomendaciones para el paciente con las indicaciones para la realización de la prueba y evitar repeticiones obteniendo diagnósticos lo antes posible.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Preparación adecuada del paciente previa a la prueba.
- Acudir acompañado para recoger el polígrafo.
- Devolución del dispositivo a la consulta para descargar la prueba cuando se le indica al paciente.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Dependerá de una buena preparación el resultado óptimo de la prueba.
- Se precisa una buena comprensión de la técnica para el correcto funcionamiento del dispositivo.
- Adecuada gestión de la citación y evitar demoras en listas de esperas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Dar a conocer al paciente el procedimiento y las normas para la correcta realización de la poligrafía respiratoria.
- Disminuir el número de pruebas fallidas por mala comprensión del funcionamiento del dispositivo o la inadecuada preparación previa.
- Evitar demoras en la realización de la poligrafía como consecuencia de esas pruebas fallidas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Formación del grupo de trabajo

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: MERCEDES GÓMEZ HERNANDO

#### 2. Recogida bibliográfica y reuniones de equipo

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: ANDREEA ROSU JUDELE

#### 3. Elaboración de una hoja de recomendaciones de enfermería para la realización de una poligrafía respiratoria nocturna domiciliaria.

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 01/11/2022  
Responsable.: DOLORES LUNA GUTIÉRREZ

#### 4. Difusión del procedimiento en el hospital.

Fecha inicio: 01/01/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1033

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA REALIZACION DE UNA POLIGRAFÍA RESPIRATORIA NOCTURNA DOMICILIARIA

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> PEÑA TORNOS HERNÁNDEZ

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. POLIGRAFÍAS RESPIRATORIAS FALLIDAS

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: NÚMERO DE POLIGRAFÍAS QUE SE TIENEN QUE REPETIR POR MALA PREPARACIÓN O USO INADECUADO DEL DISPOSITIVO

Denominador .....: NÚMERO TOTAL DE POLIGRAFÍAS REALIZADAS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: REGISTRO EN CONSULTA DE NEUMOLOGÍA

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 5.00

##### 2. RECOMENDACIONES ENTREGADAS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: NÚMERO DE PACIENTES QUE RECIBEN HOJA DE RECOMENDACIONES AL SOLICITAR LA POLIGRAFÍA

Denominador .....: NÚMERO TOTAL DE POLIGRAFÍAS SOLICITADAS

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: REGISTRO EN CONSULTA DE NEUMOLOGÍA

PROPIO PACIENTE

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#394

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DEL BLOQUE OBSTETRICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#394 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MENES LANASPA JOSE JAVIER

Título  
PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DEL BLOQUE OBSTETRICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
BOILLOS CASADO M. MERCEDES  
DURAN ALGAS LORENA  
EGEA GONZALEZ ELENA MERCEDES  
GARCIA IBAÑEZ EVA MARIA  
GIMENEZ GRAN MARIA SOLEDAD  
MARTIN LAHUERTA MARIA  
PICOT CASTRO MIGUEL

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Ubicación/es secundaria/s  
CALATAYUD\*HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN\*PARITORIOS\*HOSP (Hospitalización)

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar:

- 1)El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo, etc.)
- 2)La planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc.)

#### ANALISIS DE CAUSAS

La unidad del Bloque Obstétrico está formada por un equipo multidisciplinar que dan soporte a los pacientes neonatales, obstétricos y ginecológicos con una rápida actuación para la resolución clínica. La esencia es el trabajo en equipo centrada en el paciente que garantiza una calidad de cuidados. Ante una situación crítica es necesario un personal formado, seguro y coordinado en sus actuaciones. El equipo de enfermería de la Unidad materno infantil del hospital Ernest LLuch está formado por una supervisora, 6 matronas y 5 TCAES en plantilla distribuidas en turnos de 24h en el caso del personal de enfermería obstétrico-ginecológica y turnos de mañana, tarde y noche, en el caso del personal TCAE. La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la numerosa rotación del personal que se produce en el servicio, así como la especialización y tecnificación de los cuidados que se proporcionan en la Unidad del Bloque Obstétrico.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

Este manual pretende facilitar conocimiento de la unidad, su organización Y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

Objetivos:

- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente
- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación.
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.
- Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Búsqueda bibliográfica y actualización de documentos relacionados con los procesos enfermeros usados en la

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#394

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DEL BLOQUE OBSTETRICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

unidad, organigrama, planos del servicio, descripción de la unidad y funciones del personal

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Jose Javier Menes Lanaspá

2. Elaboración del borrador

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Lorena Durán Algas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Revisión y aprobación por la Unidad de Calidad y comisión.

Difusión y presentación del manual en la unidad por el responsable del proyecto.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración del manual completo=100%

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Elaboración del manual completo de la unidad

Denominador .....: Elaboración del manual completo de la unidad

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Unidad de Calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Nº de personal de la unidad que recibe el manual de incorporación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de personal de la unidad que recibe el manual de incorporación

Denominador .....: Nº de personal incorporado en la unidad desde la puesta en marcha del manual

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Supervisor de la Unidad:

Registro de personal de nueva incorporación.

Registro de guías entregadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Grado de satisfacción de los trabajadores con respecto al manual de acogida

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Porcentaje de trabajadores que han considerado útil la guía de acogida x100

Denominador .....: Nº de trabajadores de la unidad

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de unidad. Encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#673

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO EN EL HELL

Fecha de entrada: 17/07/2022

Nº de registro: 2022#673 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GARCIA SIMON RAQUEL

Título  
PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO EN EL HELL

Colaboradores/as:  
BERNAL ARAHAL MARIA TERESA  
EGEA GONZALEZ ELENA MERCEDES  
GRACIA COLERA DANIEL  
JUEZ VIANA LEIRE  
MARTIN LAHUERTA MARIA  
PELLICER SORIA ANA MARIA  
PICOT CASTRO MIGUEL

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La patología del suelo pélvico femenina se prevé que aumente de forma importante a lo largo de los próximos años debido fundamentalmente a un aumento en la esperanza de vida de las pacientes. Sin embargo, todavía la población general justifica esta patología como "propia de mujeres", "propia de la edad" o "normal" tras un parto y no se solicita ayuda ni en Atención Primaria ni en consultas especializadas. Los sanitarios deben insistir en la posibilidad de mejorar la calidad de vida de las pacientes y erradicar estos conceptos erróneos mediante la información, prevención y formación en terapias efectivas farmacológicas, quirúrgicas y de rehabilitación. La consulta de suelo pélvico que se quiere poner en funcionamiento no es más que un espacio físico y un tiempo a ofertar a las pacientes para que prevengan futuras patologías de suelo pélvico, así como evitar que las ya existentes se agraven y deriven en la necesidad de intervención quirúrgica. Debido al ya conocido envejecimiento de la población del área de Calatayud (Zaragoza), el número de partos que se atienden en el Hospital de Calatayud es pequeño. Desgraciadamente, aunque el número de gestantes sea bajo, una proporción muy amplia de ellas (29.9% en 2018) no tiene en cuenta los consejos de los obstetras y aumentan su peso durante la gestación de forma exagerada con el consiguiente riesgo patología del suelo pélvico presente y futura. A estos casos hay que sumar aquellas pacientes en las que por diversos motivos el parto ha de finalizar mediante parto instrumental (16.35% en 2018; 14.62% 2019) donde existe evidencia de mayor riesgo de lesión del esfínter anal, traumatismo directo del músculo elevador del ano, lesión del nervio pudendo y de la fascia endopélvica. También es bien conocido que el periodo expulsivo prolongado (mayor de dos horas) y el peso del recién nacido mayor de 4kg aumentan el riesgo de patología a nivel del suelo pélvico materno. Es en estas pacientes en las que se sabe que aumenta de forma exponencial el riesgo de incontinencia de esfuerzo y prolapso en un futuro cercano por lo que se podrían ver beneficiadas de un programa de aprendizaje reglado de ejercicios de Suelo Pélvico. Las pacientes que en el momento del parto sufren un desgarro perineal III o mayor deben ser atendidas de forma precoz y específica por profesionales expertos en rehabilitación del suelo pélvico para evitar la incontinencia anal derivada de la lesión del esfínter. Aunque el número de casos recogidos es pequeño, es posible que no todos los casos existentes hayan sido registrados de forma correcta en el libro de partos debido a que no se ha realizado un buen diagnóstico o que simplemente no se ha considerado un hecho relevante. La existencia de una consulta donde de forma específica se pueda ayudar a estas pacientes aumentaría la concienciación del registro de estas lesiones en el momento del parto y su seguimiento posterior.

#### ÁREAS DE MEJORA

Aumentar el conocimiento de la población femenina en relación con la importancia del cuidado del suelo pélvico para evitar la incontinencia urinaria y el prolapso genital  
Ampliar la oferta quirúrgica del servicio en relación con las patologías del suelo pélvico (colposacropectia, TVT...)

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Edad avanzada de la población del área.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir el número de pacientes que precisan cirugía tras haber aprendido el cuidado del suelo pélvico. Disminuir el número de gestantes que aumentan excesivamente de peso. Mejorar en las técnicas quirúrgicas utilizadas en la reparación de las patologías relacionadas con el suelo pélvico y ampliar la oferta quirúrgica mediante el inicio de técnicas más complejas como la colposacropectia o la colocación de mallas para incontinencia urinaria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Iniciar el aprendizaje de las pacientes en ejercicios de suelo pélvico

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#673

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE LA UNIDAD DE SUELO PELVICO EN EL HELL

Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Raquel García Simón

2. Instaurar pautas alimenticias en las gestantes saludables  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: Raquel García Simón

3. Iniciar el aprendizaje de técnicas quirúrgicas para corrección del suelo pélvico más complejas  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Raquel García Simón

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Se creará una base de datos tipo Excel para registrar la actividad de la consulta con el objetivo de realizar una estadística posterior.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de consultas específicas de suelo pélvico  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de consultas específicas de suelo pélvico  
Denominador .....: Total de consultas de ginecología  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 40.00

2. Número de pacientes que realizan el programa de aprendizaje de ejercicios de suelo pélvico  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de pacientes que realizan el programa de aprendizaje de ejercicios de suelo pélvico  
Denominador .....: Número de consultas específicas de suelo pélvico  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Número de cirugías de suelo pélvico  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Número de cirugías de suelo pélvico  
Denominador .....: Total de actividad quirúrgica del servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Servicio propio  
Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 30.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 60.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Desde el servicio se va a realizar un análisis detallado de las consultas realizadas con el objetivo de proyectar una estadística adecuada

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Mujeres  
Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario  
Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#798

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#798 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
FARRER VELAZQUEZ MANUEL

Título  
PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
ARENAS MARTINEZ ANA CRISTINA  
BELLIDO BEL CARMEN  
GIL LAFUENTE OSCAR  
GIMENEZ GRAN MARIA SOLEDAD  
GONZALEZ MARQUETA MAXIMO  
IBÁÑEZ HERNÁNDEZ MARIA JOSE  
PELLICER SORIA ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO IMPORTANCIA

El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar: El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo, etc.) La planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc.)

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El servicio de ginecología y obstetricia está integrado por un jefe de sección y 6 F.E.A. en obstetricia y ginecología que dan soporte a la población femenina adulta de nuestra área de salud en temas de obstetricia, ginecología, oncología, salud sexual y reproductiva y promoción de la salud. Esta labor asistencial y docente, se lleva a cabo en los servicios de consultas externas, urgencias, bloque quirúrgico, bloque obstétrico y hospitalización.

La esencia es el trabajo en equipo centrada en el paciente que garantiza una calidad asistencial.

Ante una situación crítica es necesario un personal formado, seguro y coordinado en sus actuaciones.

El equipo de F.E.A en ginecología y obstetricia realiza su labor asistencial en turnos de mañana de lunes a viernes, además de guardias de atención continuada de presencia física de 24h.

La necesidad de elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación, se basa en la numerosa rotación del personal que se produce en el servicio, así como la especialización y tecnificación de la asistencia que se proporcionan en nuestro servicio

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivo principal:

Este manual pretende facilitar conocimiento del servicio, su organización Y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

##### Objetivos:

- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente
- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación.
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.
- Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Búsqueda bibliográfica y actualización de documentos relacionados con los procesos asistenciales del servicio. Aprobación por la Unidad de Calidad. Realización y presentación de la memoria.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#798

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha inicio: 31/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Manuel Farrer Velázquez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizará una encuesta de satisfacción para cumplimentar por el personal de nueva incorporación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración del manual completo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: 100% Manual

Denominador .....: % Manual realizado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Unidad de calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Nº de personal F.E.A. de ginecología y obstetricia que recibe el manual de incorporación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Porcentaje de personal F.E.A. de ginecología y obstetricia que reciben el manual de incorporación

Denominador .....: número de F.E.A. de ginecología y obstetricia incorporados en la unidad desde la puesta en marcha del manual

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Jefe de sección del servicio

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Grado de satisfacción de los trabajadores con respecto al manual de acogida

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de trabajadores que han considerado útil la guía

Denominador .....: Total de trabajadores que han recibido la guía

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Jefe de sección del servicio. Encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1000

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE REPRODUCCION ASISTIDA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#1000 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BELLIDO BEL CARMEN

Título  
IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE REPRODUCCION ASISTIDA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Colaboradores/as:  
ARENAS MARTINEZ ANA CRISTINA  
BERNAL ARAHAL MARIA TERESA  
CAÑIZARES OLIVER SILVIA  
GONZALEZ MARQUETA MAXIMO  
GRACIA COLERA DANIEL  
IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA JOSE  
JUEZ VIANA LEIRE

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el momento actual, el servicio de Ginecología y Obstetricia de nuestro centro no cuenta en su cartera de servicios con ningún tratamiento ni técnica orientados a la Reproducción Asistida (RA) por lo que las parejas que precisan de estos tratamientos deben ser derivadas al H. Clínico Lozano Blesa de Zaragoza con los tiempos de espera y trastornos de la vida habitual de los pacientes que esto conlleva.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejoras:

1. La cartera de servicios ofrecida por nuestro centro, Hospital Ernest Lluch en Calatayud.
2. Facilitar el acceso a la reproducción asistida para los usuarios que la precisen, acortando tiempos de espera respecto al protocolo previo (derivación al H. Clínico Lozano Blesa de Zaragoza).

#### ANALISIS DE CAUSAS

Según los estudios epidemiológicos más amplios, la esterilidad afecta al 15% de la población en edad reproductiva de los países occidentales, es decir, a una de cada seis parejas, y experimenta una evolución creciente. El servicio de Ginecología y Obstetricia de nuestro centro cree en la importancia de ofrecer la mayor facilidad de acceso a los recursos existentes a los pacientes que precisan ayuda biomédica para ver realizado su proyecto reproductivo.

Ofrecer un primer tratamiento consistente en la Inseminación Artificial Conyugal (IAC) para las parejas seleccionadas facilitará el inicio y desarrollo de este procedimiento médico. Mediante estos nuevos servicios, se disminuirá la carga de pacientes remitidos al centro terciario de referencia.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

Este proyecto de mejora pretende ampliar la cartera de servicios ofrecida por el departamento de Ginecología y Obstetricia de nuestro centro hospitalario.

Objetivos:

- Ofrecer la posibilidad de realizar en nuestro centro la primera técnica de RA ofrecida habitualmente en los centros de referencia como es la IAC
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de llevar a cabo estos tratamientos.
- Formar un equipo multidisciplinar implicado en la realización de una nueva técnica en nuestro centro.
- Facilitar el acceso a este tipo de tratamiento a las parejas que lo soliciten (estos tratamientos precisan de un elevado número de visitas en cortos espacios de tiempo por lo que la cercanía a sus domicilios y puestos de trabajo aumenta la posibilidad de cumplimentarlos correctamente y con éxito)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. 1. Establecer los criterios de inclusión de las parejas para acceso a la IAC

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: Carmen Bellido Bel

2. 2. Disposición del material adecuado en consulta para llevar a cabo esta técnica (incluye ecógrafo con sonda transvaginal de alta resolución, cánulas de inseminación, material visual para explicación

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: María Teresa Bernal Arahál

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1000

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE REPRODUCCION ASISTIDA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

3. 3. Coordinación con el servicio de Laboratorio y Análisis clínicos para la recepción y estudio de muestras seminales y la purificación para su uso en consulta y para el estudio de las analíticas preci  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/12/2022  
Responsable.: Leire Juez Viana

4. 4. Coordinación con el servicio de Radiología para la realización de Histerosalpingografías en las pacientes que precisen descartar patología tubárica  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/12/2022  
Responsable.: Daniel Gracia Cólera

5. 5. Disposición en consulta de los materiales necesarios para llevar a cabo histerosalpingosonografía o histerosalpingo-foam-sonografía.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/12/2022  
Responsable.: Ana Cristina Arenas Martínez

6. 6. Coordinación con el servicio central de Citaciones para resolver el alto número de citas precisado por las pacientes en cortos espacios de tiempo y con escasa antelación.  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/12/2022  
Responsable.: María José Ibáñez Hernández

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración del protocolo a seguir en consulta  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Elaboración del protocolo de la unidad  
Denominador .....: Elaboración del protocolo de la unidad  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Unidad de Calidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Elaboración de tabla de datos que recoja todos los casos clínicos valorados y tratados en consulta  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Elaboración de tabla de datos que recoja todos los casos clínicos valorados y tratados en consulta  
Denominador .....: Elaboración de tabla de datos que recoja todos los casos clínicos valorados y tratados en consulta  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Unidad de Calidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Embarazo, parto y puerperio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1105

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE PERINATAL EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 30/07/2022

Nº de registro: 2022#1105 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DURAN ALGAS LORENA

Título  
PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE PERINATAL EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
CAÑIZARES OLIVER SILVIA  
FARRER VELAZQUEZ MANUEL  
GARCIA SIMON RAQUEL  
MENES LANASPA JOSE JAVIER  
PEIRO CODINA FABIOLA  
VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En los países desarrollados la muerte fetal tardía se define como la ausencia de vitalidad fetal a partir de las 22sg o más de 500gr de peso y supone una prevalencia menor al 1%.

Ante una situación crítica, estresante y afortunadamente tan poco frecuente como un óbito fetal, es necesario un personal formado, seguro y coordinado en sus actuaciones, que se centre en la atención a la pareja en un momento tan delicado emocionalmente, para lo cual es esencial la elaboración de un manual de actuación actualizado y consensuado con los diversos servicios y hospitales que intervendrán en el proceso.

Pese a que en la mayoría de los casos no se llega a un diagnóstico etiológico, intentar dar explicación a lo ocurrido e intentar prevenir las posibles recurrencias en próximas gestaciones resulta esencial no solo para la pareja, sino para los profesionales sanitarios involucrados en su asistencia, por lo que este proyecto de mejora intenta complementar a otro proyecto de mejora realizado por nuestro servicio en 2018 que se enfocaba en mejorar la calidad asistencial psicológica a las familias que habían tenido un óbito fetal, además de la correcta cumplimentación de la documentación necesaria y su circuito hospitalario y extra hospitalario.

El procedimiento de actuación ante una muerte perinatal constituye una herramienta útil en la gestión de muestras y burocrática, disminuyendo la posibilidad de error por omisión o desconocimiento, la carga laboral del equipo, lo cual contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y facilitar un incremento de la calidad en la asistencia prestada.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar:

- 1.El funcionamiento interno durante el proceso de toma de muestras, actuación en el tiempo, conservación de las mismas y derivación a distintos servicios y hospitales (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, etc.).
2. Circuito burocrático intra y extra hospitalario.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Debido a la baja prevalencia, generalmente surgen dudas el procedimiento de obtención, conservación y envío de pruebas maternas y fetales a diversos hospitales y servicios para intentar descubrir su etiología, siendo algunas de ellas no susceptibles de realización pasado el momento del parto.

Las implicaciones medico legales y administrativas que conlleva un óbito fetal hacen necesario conocer o al menos tener un manual de referencia de los documentos a cumplimentar y su circuito intra y extra hospitalario.

La esencia es el trabajo en equipo centrada en el paciente que garantice la calidad de cuidados.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal: Elaborar un manual de procedimiento ante un óbito fetal que permita conocer los documentos a cumplimentar, su circuito administrativo, además de las muestras materno-fetales necesarias, el cronograma de su recogida, las condiciones óptimas de obtención y conservación además de su distribución a los distintos servicios intrahospitalarios y extra hospitalarios, de manera sencilla y accesible a aquellas personas involucradas en la atención a dicho evento.

Objetivos:

- 1.Disminuir la variabilidad de la práctica clínica creando un perfil en laboratorio que englobe todas las muestras materno-fetales necesarias para una adecuada investigación etiológica del evento.
- 2.Asegurar la óptima recogida de muestras, su conservación y distribución para intentar llegar a un diagnóstico etiológico.
- 3.Mejorar el trabajo interdisciplinar del bloque obstétrico con los servicios de laboratorio, microbiología, anatomía patológica, genética además de con el servicio de admisión y registro civil.
- 4.Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de del proceso, sobre todo enfocado al personal de nueva incorporación.
- 5.Mejorar la cumplimentación de la documentación necesaria (peticiones de laboratorio y de anatomía patológica, consentimientos informados, identificación materno filial, documento de criaturas abortivas,



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1105

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE PERINATAL EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

boletín estadístico del parto, solicitud de inhumación, etc...

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Búsqueda bibliográfica, recopilación y actualización de documentos relacionados con las guías de actuación ante la muerte perinatal

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 15/08/2022

Responsable.: Manuel Farrer Velázquez/Lorena Durán Algas

2. Elaboración del borrador y su revisión y aprobación por la Unidad de Calidad

Fecha inicio: 15/08/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Manuel Farrer Velázquez/Lorena Durán Algas

3. Reunión con el servicio de AP para establecer los canales apropiados y documentación necesaria para las necropsias fetales y de anejos ovulares, así como la determinación de un responsable de la toma

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Manuel Farrer Velázquez

4. Elaboración con el servicio de laboratorio, microbiología, hematología, informática encargada de la aplicación modulab y obstetricia de un perfil de laboratorio para exitus fetal

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Manuel Farrer Velázquez/Lorena Durán Algas

5. Reunión con el servicio de admisión para establecer un responsable/forma de envío de la documentación del nacimiento y/o inhumación fetal al registro civil para su inclusión en el registro de legajos

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Manuel Farrer Velázquez/Lorena Durán Algas

6. Difusión y presentación del manual en la unidad por el responsable del proyecto

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Manuel Farrer Velázquez/Lorena Durán Algas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración del manual procedimiento ante una muerte perinatal completo= 100%

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: % Manual realizado

Denominador .....: 100% Manual realizado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Unidad de Calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 30.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Grado de satisfacción de los trabajadores con respecto al manual del procedimiento

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de trabajadores que han considerado útil el manual de procedimiento

Denominador .....: Número de trabajadores a los que se les ha presentado el manual de procedimiento

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Jefe de sección de ginecología y obstetricia. Encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Creación de un perfil de laboratorio en Modulab

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: % Perfil realizado

Denominador .....: 100% Perfil realizado

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicio de laboratorio

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1105

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE LA MUERTE PERINATAL EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Muestras etiquetadas a través de Modulab

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de muestras relacionadas con una muerte perinatal enviadas a laboratorio/microbiología/AP/Genética etiquetadas con Modulab

Denominador .....: Total de número de muestras relacionadas con una muerte perinatal enviadas a laboratorio/microbiología/AP/Genética

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicio de ginecología/obstetricia

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#730

### 1. TÍTULO

#### HUMANIZACION DE LA SALA DE ESPERA DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#730 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
KICHELESKI ZANELA ROSE CLEIA

Título  
HUMANIZACION DE LA SALA DE ESPERA DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
LUIS HERRANZ INMACULADA  
AREVALO VAZQUEZ ESTEFANIA  
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR  
GUARGA CASERO CRISTINA  
INDIA LISO FERNANDO DAVID  
JIMENEZ RUBIANO BERTA MARIA  
TABUENCA SOLANAS YOLANDA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: ONCOLOGÍA MEDICA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la actualidad sólo disponemos de una sala de espera para todos los pacientes (de consultas y hospital de día). La creación de dos salas de espera, plantea una mejora para el paciente oncológico en su paso por el hospital. La importancia del proyecto radica en la introducción de recursos que hagan más llevadero el tiempo de espera, repercutiendo en el bienestar emocional del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

Adecuar en número (sillones), calidad y confort las salas de espera.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Sala fría, número inadecuado de sillones, en mismo espacio diferentes pacientes

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la experiencia del paciente y sus familiares, con la creación de dos salas de espera acogedoras y dotadas de recursos para el entretenimiento.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. 1.constitución del equipo de trabajo

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/07/2022  
Responsable.: Rose Kicheleski Zanella

#### 2. 2 el equipo mantendrá reuniones con la dirección del centro para que pueda definir dónde estarán ubicadas las salas de espera

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Cristina Guarga Casero

#### 3. 3.contaremos con la colaboración de la AECC:

-diseñar la decoración de las salas de espera (pinturas, colage, paneles,etc...)  
-donación del mobiliario necesario

Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 15/12/2022  
Responsable.: Inmaculada Luis Herranz

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Transformación de espacios: cambio color de las paredes, paisajes y puntos de fuga relajante, vinilos con palabras de apoyo.

Acompañamiento de voluntariado y entretenimiento: oferta de actividades individuales y colectivas de tipo musical, artístico, literario, de material de entretenimiento (revistas, etc..).

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Grado de satisfacción de los pacientes, familiares y profesionales

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#730

### 1. TÍTULO

#### HUMANIZACION DE LA SALA DE ESPERA DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: número de pacientes, familiares y profesionales, altamente satisfechos con el proyecto  
Denominador .....: número de encuestas cumplimentadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Unidad de calidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Nº de espacios comunes transformados  
Encuesta de satisfacción que se entregara a pacientes, familiares y profesionales

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1090

### 1. TÍTULO

#### MANUAL DE ACOGIDA SERVICIO OTORRINOLARINGOLOGÍA

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1090 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CABRERIZO BARRANCO DOLORES

Título  
MANUAL DE ACOGIDA SERVICIO OTORRINOLARINGOLOGÍA

Colaboradores/as:  
MATALLANA BARAHONA SARA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: OTORRINOLARINGOLOGÍA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Cuando un facultativo llega nuevo a un servicio, requiere un tiempo de adaptación al mismo y al hospital y, aunque se intenta hacer lo más rápido posible muchas veces no es tanto como sería necesario, traduciéndose en un menor número de pacientes resueltos. Dado que el volumen de pacientes a atender y resolver es muy amplio, con este manual de acogida se intenta facilitar y agilizar ese proceso de adaptación, para poder optimizar al máximo el tiempo disponible.

#### ÁREAS DE MEJORA

Acortar el tiempo de adaptación de los nuevos facultativos al proyecto

#### ANALISIS DE CAUSAS

Necesidad de un tiempo largo hasta que el facultativo que se incorpora al servicio es capaz de desenvolverse en las distintas áreas de la especialidad de manera eficaz.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disminuir el tiempo de adaptación para conseguir optimizar al máximo el tiempo disponible.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Poner en práctica el manual realizado para facilitar la adaptación de los nuevos facultativos del servicio de Otorrinolaringología

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Sara Matallana Barahona

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicador 1

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes que resuelve el nuevo facultativo en 6 meses

Denominador .....: Número de pacientes que resuelve el facultativo de mayor antigüedad en el servicio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Listados de pacientes atendidos en consultas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 99.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patología ORL

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1235

### 1. TÍTULO

#### DOCUMENTO DE APOYO PARA LA INTERCONSULTA VIRTUAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y LA CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Fecha de entrada: 06/08/2022

Nº de registro: 2022#1235 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MATALLANA BARAHONA SARA

Título  
DOCUMENTO DE APOYO PARA LA INTERCONSULTA VIRTUAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y LA CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Colaboradores/as:  
CABRERIZO BARRANCO DOLORES

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: OTORRINOLARINGOLOGÍA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el momento actual, el número de pacientes derivados desde las consultas de Atención Primaria a la consulta de ORL es muy alto y en ocasiones esto conlleva que se retrase tanto la fecha de la primera visita, como posteriormente las consultas sucesivas.

El objetivo de este proyecto es realizar un documento que sirva de alguna manera para aunar los criterios de derivación a nuestras consultas en las patologías más frecuentes de nuestra especialidad.

De este modo, se podrán evitar derivaciones innecesarias que ocupan huecos de consulta y que retrasan la atención a pacientes que realmente sí que necesitan una consulta especializada.

#### ÁREAS DE MEJORA

El problema que se pretende mejorar es disminuir o eliminar las derivaciones innecesarias a la consulta de ORL.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En el momento actual cada médico de Atención primaria deriva en el momento que le parece conveniente de forma individual sin, en muchos casos, realizar una anamnesis completa o un tratamiento dirigido antes de la derivación; o habiendo pautado el tratamiento, sin esperar a ver si éste ha sido efectivo. De este modo tenemos muchos pacientes que cuando llegan a nuestra consulta, ya acuden asintomáticos porque su proceso se ha resuelto y han ocupado un hueco de consulta innecesario que habría venido bien para atender a otro paciente que sí que necesitase realmente una visita especializada, y alargando el tiempo de espera de primeras visitas.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Conseguir aunar criterios de derivación a la Consulta de ORL y de este modo, poder optimizar los huecos de consulta disponibles, consiguiendo una mejora de la calidad de la atención al paciente.  
Se va a actuar sobre todos los pacientes susceptibles de necesitar una visita otorrinolaringológica especializada.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. En primer lugar realizar una reunión con Atención Primaria para comunicar que se ha elaborado este documento y presentarlo y comentarlo con ellos

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/12/2022

Responsable.: Sara Matallana Barahona

2. En segundo lugar ponerlo en práctica.

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 01/06/2023

Responsable.: Sara Matallana Barahona

3. Por último comprobar si hemos conseguido el objetivo

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 01/09/2023

Responsable.: Sara Matallana Barahona

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Indicador 1

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de pacientes derivados desde atención primaria desde que se comience a

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1235

### 1. TÍTULO

#### DOCUMENTO DE APOYO PARA LA INTERCONSULTA VIRTUAL ENTRE ATENCION PRIMARIA Y LA CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

aplicar los criterios de derivación

Denominador .....: Número de pacientes derivados desde atención primaria en el mismo período antes de que se pusiera en práctica

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Estadística y citaciones

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

2. Indicador 2

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de pacientes derivados que son alta directa de la consulta ORL

Denominador .....: Número de pacientes derivados.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Estadística y citaciones

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Todo tipo de patología ORL

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#104

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE RCP PEDIATRICA Y NEONATAL . MATERIAL Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS

Fecha de entrada: 13/06/2022

Nº de registro: 2022#104 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ

Título  
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE RCP PEDIATRICA Y NEONATAL . MATERIAL Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS

Colaboradores/as:  
GALLEGO VELA SANTIAGO  
MARTINEZ ANDALUZ CARLA  
MARTINEZ BENEDI ISABEL  
NAVARRO RODRIGUEZ-VILLANUEVA ALVARO PEDRO  
ODRIOZOLA GRIJALBA MARIA MERCEDES  
RUIZ MORALES CARMEN

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La parada cardiorrespiratoria (PCR) en pediatría es un evento que, aunque mucho menos frecuente que en el adulto, puede presentarse en cualquier ámbito. Por otro lado, las situaciones de riesgo vital, cuyo correcto manejo evitaría la evolución a PCR, son más frecuentes y necesitan también de atención inmediata. Distintos estudios han demostrado que la morbi-mortalidad derivada de una PCR va a depender en gran medida del intervalo de tiempo que pase hasta que se inician las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP). Por ello, debemos contar con un carro de paradas completo y organizado, un protocolo actualizado y personal entrenado para poder realizar una RCP de calidad en la planta de maternoinfantil del Hospital Ernest Lluçh.

#### ÁREAS DE MEJORA

-Elaboración de un protocolo de rcp pediátrica y neonatal  
-preparación de un carro de paradas pediátrico y neonatal ordenado y actualizado  
-formación del personal de la planta en RCP pediátrica

#### ANALISIS DE CAUSAS

- mejorar la calidad asistencial  
- Preparar al personal para una RCP pediátrica y neonatal.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Elaborar un protocolo de RCP pediátrica y neonatal para el Hospital Ernest Lluçh, así como organizar un carro de paradas con todo el material necesario desde el punto de vista pediátrico. Este protocolo debe conocerlo todo el personal que trabaja en la unidad maternoinfantil del Hospital Ernest Lluçh, y recibir formación continuada para su aplicación. Se aplicará a todo recién nacido o niño < 14 años, que estando en planta de pediatría, presente episodio de parada cardiorrespiratoria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Reunión del servicio de pediatría y la supervisora de maternidad para revisar la bibliografía actualizada y el material del que disponemos

Fecha inicio: 10/05/2022

Fecha final.: 10/05/2022

Responsable.: BEATRIZ ROMERA SANTA BÁRBARA, ISABEL MARTINEZ BENEDI

2. -Elaboracion del protocolo de RCP y carro de paradas

Fecha inicio: 02/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: BEATRIZ ROMERA SANTA BARBARA, CARLA MARTINEZ ANDALUZ, ÁLVARO NAVARRO RODRIGUEZ-VILLANUEVA

3. -Revisión del carro de paradas pediátrico y del carro de paradas neonatal, dotándonos de todo el material necesario

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 24/06/2022

Responsable.: ISABEL MARTINEZ BENEDI, CARMEN RUIZ MORALES

4. - Presentación del protocolo de RCP y carro de paradas en el servicio de pediatría.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#104

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE RCP PEDIATRICA Y NEONATAL . MATERIAL Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS

Fecha inicio: 29/06/2022

Fecha final.: 29/06/2022

Responsable.: MERCEDES ODRIUZOLA GRIJALBA, SANTIAGO GALLEGO

5. - Preparar 2 sesiones informativas para el personal de la unidad de materno infantil, para revisar el carro de paradas y poner en practica el protocolo de RCP

Fecha inicio: 03/05/2022

Fecha final.: 30/12/2022

Responsable.: BEATRIZ ROMERA SANTA BÁRBARA, SANTIAGO GALLEGO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. -Formación en soporte vital básico instrumentalizado

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Personal que participa en el curso de RCP basica instrumentalizada

Denominador .....: total de personal de enfermería y auxiliares que trabaja en la planta de materno

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: unidad de calidad.

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.85

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.85

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. - Carro de paradas correctamente revisados

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de carros con revisiones correctamente realizadas

Denominador .....: nº de carros disponibles

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: cuaderno de revisiones de los carros de paradas

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes afectos de parada cardiorrespiratoria ó en situaciones de riesgo vital

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#230

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA HOJA DE CALCULO DE DOSIS DE MEDICACION EN URGENCIAS/EMERGENCIAS PEDIATRICAS

Fecha de entrada: 22/06/2022

Nº de registro: 2022#230 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ ANDALUZ CARLA

Título  
ELABORACION DE UNA HOJA DE CALCULO DE DOSIS DE MEDICACION EN URGENCIAS/EMERGENCIAS PEDIATRICAS

Colaboradores/as:  
CUADRADO GONZALEZ AINOA  
GALLEGO VELA SANTIAGO  
IBÁÑEZ PEREZ DE VIÑASPRE JOSE ANTONIO  
NAVARRO RODRIGUEZ-VILLANUEVA ALVARO PEDRO  
ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las urgencias pediátricas suponen un número no desdeñable de consultas en el servicio de urgencias de nuestro hospital, que en la mayor parte de las ocasiones son atendidas en primera instancia por personal no especialista en pediatría

#### ÁREAS DE MEJORA

Realizar una hoja de cálculo en la que introduciendo el peso del paciente queden calculados las dosis de los fármacos necesarios en las principales situaciones de urgencias/emergencias pediátricas, puede resultar muy útil para los profesionales que las atienden, aportando seguridad, rapidez y disminuyendo posibles errores en la prescripción de tratamientos

#### ANALISIS DE CAUSAS

En muchas ocasiones, por el nerviosismo que produce una situación de urgencia/emergencia, es complicado recordar o manejar las dosis adecuadas de los fármacos necesarios para controlar la situación

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal es facilitar el cálculo de dosis de fármacos en situaciones que puedan resultar estresantes, y con ello agilizar el tratamiento eficaz y disminuir posibles errores en la medicación. Se aplicará en situaciones de urgencia/emergencia que ocurran en servicio de urgencias o planta de pediatría en pacientes <14 años.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Elaboración de hoja de cálculo de medicación en emergencias pediátricas

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 10/06/2022

Responsable.: Carla Martínez Andaluz

#### 2. Revisión de hoja cálculo por parte de FEA de pediatría y algunos FEA de urgencias para determinar patologías y medicaciones y dosis necesarias

Fecha inicio: 15/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Beatriz Romera Santa Bárbara y Santiago Gallego Vela

#### 3. Implantación de hoja de cálculo en ordenadores de planta materno-infantil, despacho de pediatría y servicio de urgencias

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 08/07/2022

Responsable.: Carla Martínez Andaluz y Jose Antonio Ibáñez Perez de Viñaspre

#### 4. Presentación de hoja de cálculo a personal de planta materno-infantil y servicio de urgencias

Fecha inicio: 11/07/2022

Fecha final.: 15/07/2022

Responsable.: Carla Martínez Andaluz, Mercedes Odriozola Grijalba y Ainoa Cuadrado González

#### 5. Recogida de encuesta de satisfacción

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 20/12/2022

Responsable.: Carla Martínez Andaluz y Álvaro Navarro Rodríguez-Villanueva

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#230

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UNA HOJA DE CALCULO DE DOSIS DE MEDICACION EN URGENCIAS/EMERGENCIAS PEDIATRICAS

##### 6. Análisis de encuesta de satisfacción

Fecha inicio: 20/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Carla Martínez Andaluz, Álvaro Navarro Rodríguez-Villanueva

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

##### 1. Presencia de hoja de cálculo en servicios en los que pueda ser potencialmente usado

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de ordenadores en los que está presente la hoja de cálculo

Denominador .....: nº de ordenadores totales en despacho de pediatría, urgencias y planta materno-infantil

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Servicio de informática

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

##### 2. Encuesta de satisfacción de personal médico

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de FEA satisfechos con la utilidad de la hoja de cálculo

Denominador .....: nº total de FEA que atienden urgencias/emergencias pediátricas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Unidad calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 95.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

##### POBLACIÓN DIANA

Edad: Niños                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes <14 años que se encuentren en situación de urgencia/emergencia

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#326

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#326 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ BENEDI ISABEL

Título  
PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
ALONSO DE MIGUEL MARIA AURORA  
LAFUENTE BARTOLOME NELIDA  
MOLIAS QUILEZ LAURA  
MORALES SANCHEZ CRISTINA  
NAVARRO HERNANDEZ LORENA  
PAMPLONA CASAMAYOR ANA BELEN  
PUERTOLAS LILAO RAQUEL

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar: El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo, etc.) La planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc.)

#### ANALISIS DE CAUSAS

La unidad materno infantil está formada por un equipo multidisciplinar que dan soporte a los pacientes pediátricos, obstétricos y ginecológicos con una rápida actuación para la resolución clínica. La esencia es el trabajo en equipo centrada en el paciente que garantiza una calidad de cuidados. Ante una situación crítica es necesario un personal formado, seguro y coordinado en sus actuaciones. El equipo de enfermería de la Unidad materno infantil del hospital Ernest LLuch está formado por una supervisora, 10 enfermeras y 8 TCAES en plantilla distribuidas en turnos de mañana, tarde y noche. La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la numerosa rotación del personal que se produce en el servicio, así como la especialización y tecnificación de los cuidados que se proporcionan en la Unidad Materno Infantil.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivo principal:

Este manual pretende facilitar conocimiento de la unidad, su organización Y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

##### Objetivos:

- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente
- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación.
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.
- Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. - Búsqueda bibliográfica, recopilación y actualización de documentos relacionados con los procesos enfermeros que se están utilizando en la unidad, organigrama, planos del servicio, descripción de la  
Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final.: 15/12/2022  
Responsable.: Raquel Puertolas Lilao
2. - Elaboración del borrador

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#326

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final.: 15/12/2022  
Responsable.: Ana Belén Pamplona Casamayor

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Se realizará una encuesta de satisfacción para cumplimentar por el personal de nueva incorporación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración del manual completo= 100%

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: elaboración de manual completo de la unidad  
Denominador .....: elaboración del manual completo de la unidad  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: Unidad de calidad  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Nº de personal de enfermería que recibe el manual de incorporación

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº de personal de enfermería que reciben el manual de incorporación  
Denominador .....: Nº de enfermeras incorporadas en la unidad desde la puesta en marcha del manual  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Supervisora de unidad:  
- registro de personal de nueva incorporación  
- registro de guías entregadas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Grado de satisfacción de los trabajadores con respecto al manual de acogida

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº de trabajadores de la unidad que han considerado útil la guía de acogida  
Denominador .....: Nº de trabajadores de la unidad  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Supervisora de unidad:  
- encuesta de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> cuidados al recién nacido, pacientes neonatales, pediátricos y adolescentes

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#370

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN PROTOCOLO DE CONTROL GLUCEMICO EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA EN LA UNIDAD MATERNO-INFANTIL

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#370 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ODRIOZOLA GRIJALBA MARIA MERCEDES

Título  
CREACION DE UN PROTOCOLO DE CONTROL GLUCEMICO EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA EN LA UNIDAD MATERNO-INFANTIL

Colaboradores/as:  
GARCIA CRISTINO SOFIA  
GARCIA LAZARO MAXIMINA  
HOLGUIN MOLINERO ANA CARMEN  
PASCUAL MORTE ANA  
VELA LEZCANO MARIA LUZ

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La hipoglucemia es la alteración metabólica más frecuente en el periodo neonatal. Con el nacimiento se produce una caída fisiológica de la glucemia durante las primeras 3-4 horas de vida, manteniéndose después una concentración plasmática adecuada gracias a la glucogenolisis, gluconeogénesis y al establecimiento de una alimentación adecuada. Existen factores de riesgo gestacionales y neonatales que predisponen a la aparición de hipoglucemia más allá de la denominada fisiológica y para los que resulta imprescindible la realización de un screening adecuado.

#### ÁREAS DE MEJORA

-Detectar aquéllos recién nacidos con riesgo de hipoglucemia y realizar el screening establecido en nuestro protocolo de actuación  
-Evitar determinaciones rutinarias de glucemia en aquellos neonatos que no las precisen

#### ANALISIS DE CAUSAS

-Se deben conocer cuáles son los neonatos con riesgo de hipoglucemia para poder detectarla precozmente y evitar el riesgo neurológico asociado, puesto que el aporte de glucosa es de vital importancia para el crecimiento y desarrollo normal del cerebro.  
-Es igualmente importante reconocer al grupo de neonatos sin riesgo de hipoglucemia, para reducir el gasto de recursos y el dolor asociado a la determinación, si ésta resulta innecesaria e irrelevante.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

-Fomentar en la Unidad Materno-Infantil la aplicación de medidas indicadas para prevenir la hipoglucemia neonatal, como el contacto piel con piel precoz tras el nacimiento y el inicio precoz de la lactancia materna.  
-Establecer el objetivo de nivel plasmático de glucemia en función del grupo de riesgo y horas de vida del recién nacido.  
-Definir los diferentes grupos de riesgo de hipoglucemia y estandarizar las mediciones de glucemia requeridas en cada supuesto, especificando intervalos de tiempo entre mediciones en pacientes sintomáticos, actitud a seguir y momento de finalizar la monitorización.  
-Evitar la determinación de glucemia capilar antes de las 2 horas de vida y en aquellos neonatos que no la precisen, evitando así una maniobra que aunque de fácil acceso y ejecución, resulta dolorosa para el recién nacido.  
-Optimizar el uso del glucómetro para una mayor eficiencia sanitaria.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de un protocolo de control de glucemia en el recién nacido en el que se especifique actitud a seguir en cada grupo de riesgo: problemas maternos, de crecimiento fetal y connatales.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: MERCEDES ODRIOZOLA GRIJALBA

2. Impresión de guía esquematizada que se guardará en la carpeta de asistencia neonatal para consultar y anotar determinaciones requeridas en cada supuesto

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: MERCEDES ODRIOZOLA GRIJALBA

3. Realización de sesiones informativas destinadas al personal del área materno-infantil (enfermería y TCAE) para su conocimiento y aplicación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#370

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN PROTOCOLO DE CONTROL GLUCEMICO EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA EN LA UNIDAD MATERNO-INFANTIL

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: MARIA LUZ VELA LEZCANO

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Evaluación de seguimiento del protocolo mediante análisis de gluemias realizadas en recién nacidos

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de recién nacidos de riesgo de hipoglucemia a los que se les realiza las determinaciones adecuadas

Denominador .....: Nº total de recién nacidos de riesgo de hipoglucemias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE, registro de gluemias anotadas en evolutivo y gráfica de constantes de enfermería durante el ingreso de los recién nacidos en maternidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 85.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. No realización de gluemia sistemática en recién nacidos asintomáticos sin riesgo de hipoglucemia

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de recién nacidos asintomáticos no incluidos en grupo de riesgo de hipoglucemia a los que se les realiza determinaciones

Denominador .....: Nº total de recién nacidos asintomáticos no incluidos en grupo de riesgo de hipoglucemia

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: HCE, registro de gluemias anotadas en evolutivo y gráfica de constantes de enfermería durante el ingreso de los recién nacidos en maternidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

3. Porcentaje de recién nacidos que presentan factores de riesgo de hipoglucemia respecto al total

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de recién nacidos con factores de riesgo de hipoglucemia

Denominador .....: Nº total de recién nacidos registrados en el periodo de estudio

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de recién nacidos en HELL atendidos en el área materno-infantil, informes de alta neonatal (HCE)

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 30.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 30.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Lactantes

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1310

### 1. TÍTULO

#### GUIA DE FUNCIONAMIENTO Y ESTRUCTURA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 28/09/2022

Nº de registro: 2022#1310 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
PARRA FORMENTO JESUS ALBERTO

Título  
GUIA DE FUNCIONAMIENTO Y ESTRUCTURA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA

Colaboradores/as:  
LAZARO GUERRERO SILVIA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: PEDIATRIA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Se ha constatado dificultades para adaptarse a la incorporacion de nuevas personas a la unidad, referente a aspectos de funcionamiento del mismo. Una guia sobre la estructura y funcionamiento puede ser herramienta para ayudar en dicha incorporacion

#### ÁREAS DE MEJORA

Ayuda a la incorporacion de personal nuevo en la unidad

#### ANALISIS DE CAUSAS

Cumplimentacion del contrato programa del servicio

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Con el proyecto esperamos que no exista problemas en la adaptacion al funcionamiento del servicio por parte de nuevos facultativos, facilitando toda la informacion posible. para ello tambien se hara disponible esta guia no solo en formato fisico sino tambien en formato electronico accesible desde la intranet del hospital

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. elaboracion de la guia de funcionamiento

Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/07/2022  
Responsable.: dr jesus parra

2. disponibilidad de la guia en la intranet del hospital

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: informatica hospital

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. consulta a la guia cada vez que haya incorporacion de FEA

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: veces de descarga de la guia desde la web  
Denominador .....: numero de facultativos de nuevo ingreso en el año  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: informatica  
Est.Mín.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1310

### 1. TÍTULO

#### GUIA DE FUNCIONAMIENTO Y ESTRUCTURA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#759

### 1. TÍTULO

#### MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#759 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CORBERA ALMAJANO CELIA

Título  
MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO

Colaboradores/as:  
BARBU CORINA  
IBÁÑEZ OREA LIDIA  
PELLEJER LASSA ROSANA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Con el modelo funcional y estructural del servicio buscamos que queden bien definidas las funciones de cada uno de los componentes del equipo, de manera que la actividad de cada uno de los miembros del equipo se complementen entre sí, como si fuera uno y se funcione hacia la búsqueda de un objetivo común: la seguridad y salud de los trabajadores del Hospital Ernest Lluch.

#### ÁREAS DE MEJORA

-Definir las funciones de cada miembro del servicio.  
-Conocer el objetivo o finalidad de la organización del Servicio (UB-PRL).

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

-No se dispone de un documento que especifique que funciones se esperan de cada uno de los miembros (tanto si los miembros siguen siendo los mismos como si éstos cambian).  
-No todos los miembros del equipo conocen el objetivo/os a los que se dirige la actividad diaria de la UB-PRL.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Que todos los miembros del equipo (incluso aunque no sean siempre los mismos) sepan las funciones que deben llevar a cabo y conozcan el objetivo/os común/es que busca el servicio (UB-PRL).

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Descripción de las tareas que realiza el Médico del Trabajo. Elaborar un documento unificado que sirva de consulta para cada uno de los miembros del equipo (sean los miembros los actuales o no)

Fecha inicio: 22/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Celia Corbera Almajano

2. Descripción de las tareas que realiza el Técnico Superior en la UB-PRL.

Fecha inicio: 22/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Lidia Ibáñez Orea

3. Descripción de las tareas que realiza la Enfermera en la UB-PRL.

Fecha inicio: 22/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Corina Barbu

4. Descripción de las tareas que realiza la Administrativa en la UB-PRL.

Fecha inicio: 22/07/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Rosana Pellejer Lassa

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de trabajadores informados sobre el modelo funcional y estructural del servicio

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de trabajadores a los que se explica el modelo funcional y estructural del servicio

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#759

### 1. TÍTULO

#### MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO

Denominador .....: Número de trabajadores que componen la UB-PRL en el año  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Hª clínica en el soporte informático de la UB-PRL (MEDTRA)  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 95.00

#### 2. Satisfacción del personal que pasa por la UB-PRL

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Número de trabajadores que han comprendido las funciones y los objetivos de la UB-PRL  
Denominador .....: Número de trabajadores que leen el modelo funcional en el año  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Trabajadores del Hospital Ernest Lluch

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#334

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO TECNICO CON EL SISTEMA AFFIRM DE TOMO BIOPSIA GUIADA DE MAMA

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#334 \*\* Atención a tiempo: cáncer \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
LORENZO DE LA MATA JESUS

Título  
PROCEDIMIENTO TECNICO CON EL SISTEMA AFFIRM DE TOMO BIOPSIA GUIADA DE MAMA

Colaboradores/as:  
DEL OLIVO LOPEZ ANA CRISTINA  
ENTRENA MARTINEZ CARMEN MARIA  
MONGE BALLANO MARIA PILAR  
MONGE BARRANCO FERMINA MERCEDES  
PER GONZALEZ ROSA MARIA  
RAMIREZ CUBO PILAR  
SANCHEZ MANZANARES OLGA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: Atención a tiempo: cáncer

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Este procedimiento pretende proporcionar información sobre la biopsia de mama guiada mediante tomomamografo y las intervenciones que los técnicos de diagnóstico por la imagen deben de realizar antes, durante y posteriormente a la prueba y que se lleva a cabo en el Servicio de Radiología.

#### ÁREAS DE MEJORA

Técnicos superiores de diagnóstico por la imagen con poca experiencia previa.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Poco o ningún contacto con la técnica, y/o falta de conocimiento del manejo del aparataje.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Obtener una disposición más positiva y de mejor calidad asistencial en la realización de la técnica de biopsia. Conseguir una mayor precisión en el abordaje, del tejido a biopsiar. Formar de la técnica a las al personal de nueva incorporación. Dar a conocer el funcionamiento y uso del aparataje. Enseñar a calibrar así como la puesta en marcha del accesorio guía Affimr. Mejorar la calidad asistencial.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Formación de un grupo de trabajo

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Jesús Lorenzo de la Mata

#### 2. Programación de revisiones de trabajo

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Jesús Lorenzo de la Mata

#### 3. Creación del borrador guía de actuación del proceso técnico, montaje, calibración y desarrollo de la técnica de biopsia, con ayuda de tomomamografo y sistema de guiado Afirm.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Jesús Lorenzo de la Mata

#### 4. Realización y revisión de dichos trabajos.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Jesús Lorenzo de la Mata

#### 5. Fecha de actividad lectura final de la guía y aprobación

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 7/11/2022

Responsable.: Jesús Lorenzo de la Mata

#### 6. Revisión y aprobación por unidad de Calidad

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#334

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO TECNICO CON EL SISTEMA AFFIRM DE TOMO BIOPSIA GUIADA DE MAMA

Fecha inicio: 8/11/2022  
Fecha final.: 14/11/2022  
Responsable.: Supervison de Calidad

7. Implantación y difusión en la unidad del procedimiento.  
Fecha inicio: 15/11/2022  
Fecha final.:  
Responsable.: Supervision de Radiodiagnostico

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Técnicos que reciben la guía  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de profesionales que reciben la guía  
Denominador .....: Nº de profesionales de plantilla del Servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Supervisión de Unidad -Registro de difusión del documento  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Profesionales Formados  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Alcance                   Nº de alumnos que reciben el procedimiento  
Denominador .....: Nº de profesionales formados en el procedimiento  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Supervisión de Unidad -Registro de difusión del documento  
Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 85.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                   Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Neoplasias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#404

### 1. TÍTULO

#### MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#404 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MARTINEZ LARRIBA REBECA

Título  
MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Colaboradores/as:  
ALONSO GUTIERREZ ANTONIA CARMEN  
AMARO RAMOS INMACULADA  
CEAMANOS REDONDO MAYRA  
DOMINGUEZ ANDRES MARIA CORAL  
GIL DOMINGO MARIA PILAR  
OROZ CLEMENTE MARIA JESUS  
TOBAJAS MARCO MARIA JESUS

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar:

- El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo, etc...)
- La planificación y desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc...)

#### ANALISIS DE CAUSAS

- El Servicio de Radiología está formado por un equipo multidisciplinar que dan soporte a los pacientes que llegan en distintas condiciones de salud.
- La esencia es el trabajo en equipo centrada en el paciente que garantiza una calidad de los cuidados.
- Ante una situación crítica es necesario un personal formado, seguro y coordinado en sus actuaciones.
- El equipo del Servicio de Radiología del Hospital Ernest LLuch está formado por 6 enfermeras y 10 TER en plantilla distribuidas en turnos de mañana, tarde y noche y por 1 celador, 2 TCAE, 3 TER, 1 Enfermera y 2 administrativos en turno fijo de mañana.
- La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para el personal de nueva incorporación se basa en la numerosa rotación de personal que se produce en el servicio, así como la especialización y tecnificación del trabajo que se realiza en el Servicio de Radiología.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

-Este manual pretende facilitar el conocimiento de la unidad, su organización y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

Objetivos:

- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente.
- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación.
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.
- Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación.
- Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Constitución de un equipo de trabajo

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Rebeca Martínez Larriba

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#404

### 1. TÍTULO

#### MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

2. Búsqueda bibliográfica, recopilación y actualización de documentos relacionados con los procesos enfermeros que se están utilizando en el servicio.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Rebeca Martínez Larriba

3. Realización de organigrama, planos del servicio, descripción de la unidad y de las funciones del puesto de trabajo a desempeñar.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Rebeca Martínez Larriba

4. Elaboración de un borrador.

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: Rebeca Martínez Larriba

5. Revisión y aprobación por la unidad y comision.

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Rebeca Martínez Larriba

6. Difusión y presentación del manual en la unidad por el responsable del proyecto.

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Rebeca MARTÍNEZ larriba

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizará una encuesta de satisfacción para cumplimentar por el personal de nueva incorporación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Número de personal que recibe el manual de incorporación.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de personal que recibe el manual de incorporación

Denominador .....: Número de personal incorporado en la unidad desde la puesta en marcha del manual

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de la unidad:

-Registro de personal de nueva incorporación.

-Registro de guías entregadas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Grado de satisfacción de los trabajadores con respecto al manual de acogida.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de trabajadores que han considerado útil la guía de acogida

Denominador .....: Número de trabajadores que se les ha entregado la guía de acogida

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de la unidad:

-Realizará encuestas de satisfacción.

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Procederemos a la elaboración de un manual de acogida completo del Servicio de Radiología. En el cual la elaboración del manual completo será igual al 100% , la fuente de datos será la unidad de calidad, el valor mínimo sera 0 y el máximo será 100.

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes hospitalizados y citados.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#497

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA EN LA PAAF DE TIROIDES

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#497 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MUÑOZ CASADO ANA MARIA

Título  
PROCEDIMIENTO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA EN LA PAAF DE TIROIDES

Colaboradores/as:  
GIRONELLA ARAIZTEGUI INES  
LORENTE GRIMA SUSANA  
MALDONADO LARIO ROCIO  
MARTINEZ LARRIBA REBECA  
MORILLO PARRA RAMON

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: RADIODIAGNOSTICO

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Este procedimiento pretende proporcionar información sobre la PAAF de tiroides y las intervenciones de enfermería que deben realizarse previas, durante y posteriores a este tipo de prueba, y que se llevan a cabo en el Servicio de Radiología. Dicha información ayudará a brindar una rápida y mejor atención proporcionando mayores conocimientos al personal de enfermería que presta sus servicios en el Servicio de Radiología. Así mismo, el procedimiento es una herramienta fundamental para poder desempeñar una correcta actuación en la PAAF de tiroides, junto al resto del equipo multidisciplinar.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a:

- Formar al personal de enfermería sobre uno de los procedimientos que se realizan en el Servicio de Radiología.
- Estandarizar los cuidados y el material que hay que preparar para la realización de dicho procedimiento.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- La necesidad de la elaboración del procedimiento de PAAF de tiroides para el personal se basa en la numerosa rotación de personal que se produce en el Servicio de Radiología.
- La esencia del trabajo de enfermería está centrada en el paciente para poder garantizar unos cuidados de calidad.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Definir el procedimiento de actuación de enfermería durante la preparación y realización de una punción aspiración con aguja fina de tiroides.
- Conocer los cuidados de enfermería necesarios en la realización de PAAF de tiroides.
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales para favorecer la correcta realización de la PAAF de tiroides.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

- \*Constitución de un equipo de trabajo que se ocupará de:
  - Búsqueda bibliográfica y recopilación de datos relacionados con el procedimiento que vamos a desarrollar.
  - Elaboración de un borrador.Fecha inicio: 01/05/2022  
Fecha final.: 31/07/2022  
Responsable.: Rebeca Martínez Larriba

- \*Revisión y aprobación por la unidad y comisión.  
Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Ana M<sup>a</sup> Muñoz Casado

- \*Difusión y presentación del procedimiento en la unidad del proyecto.  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Ana M<sup>a</sup> Muñoz Casado

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#497

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA EN LA PAAF DE TIROIDES

1. Profesionales conocedores del procedimiento

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de profesionales de la unidad que conoce el procedimiento

Denominador .....: N° de profesionales total de la unidad

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de la unidad

Observaciones: se realizará sesión informativa / formativa de difusión del procedimiento dentro de la unidad.

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#647

### 1. TÍTULO

#### MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION DEL HELL CALATAYUD

Fecha de entrada: 15/07/2022

Nº de registro: 2022#647 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
FLOR MARIN MARIO DE LA

Título  
MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION DEL HELL CALATAYUD

Colaboradores/as:  
MINGUEZ LASSA MARIA ANGELES

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: Adecuación

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Representación del Modelo Funcional y Estructural del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HELL Calatayud

ÁREAS DE MEJORA  
Plasmar de manera clara los el personal integrado en el Servicio, así como el material disponible y los circuitos de los usuarios

ANÁLISIS DE CAUSAS  
Revisión del modelo actual

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Realizar el Modelo Funcional y Estructural del Servicio como objetivo del Acuerdo de Gestión 2022

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Modelo Funcional y Estructural del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HELL Calatayud

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: MARIO DE LA FLOR MARÍN

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. REALIZACIÓN DEL PROYECTO  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: PROYECTO REALIZADO  
Denominador .....: PROYECTO REALIZADO  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: MEMORIA SALUD  
Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#725

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE REALIZACION DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 21/07/2022

Nº de registro: 2022#725 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:

MARTINEZ BELTRAN JESUS

Título  
PROYECTO DE REALIZACION DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:

AGUDO ALGARATE M-LUISA  
CUBERO ALVARO M. MAR  
GALLEGO VERON CRISTINA  
MARTINEZ MELUS ELADIO  
PERALES CONDON M. TERESA  
POLO RUBIO CRISTINA  
SIERRA BERNAL ALODIA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: REHABILITACIÓN

Línea estratégica: --Otras--

PERTINENCIA DEL PROYECTO

1. PERTINENCIA DEL PROYECTO

IMPORTANCIA

Dentro de la gestión de RRHH del Hospital Ernest Lluch se necesitan herramientas de utilidad para facilitar la misma, y nuestro Manual de Acogida es una de ellas. Así, nos permite que l@s nuevos profesionales tengan una toma de contacto e integración mucho más fácil, disminuyendo la carga laboral del resto del equipo que suponen inicialmente las nuevas incorporaciones. De la misma manera el Manual de Acogida ejerce una función como elemento de motivación y adhesión a los objetivos planteados por la organización, disminuyendo las posibles variabilidades a la hora de las actuaciones realizadas, mejorando la seguridad de las mismas y generando una mayor satisfacción laboral. Todo esto contribuye a la generación de un aumento de la calidad adquiriendo un mayor compromiso con la organización desde el inicio de sus nuevas incorporaciones.

ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar:

El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo, etc.)

La planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc.)

ANÁLISIS DE CAUSAS

El Servicio de Rehabilitación está formado por un equipo multidisciplinar que se encarga de la recepción, valoración y tratamiento de l@s pacientes que son derivados al mismo desde las distintas vías posibles (Atención Primaria y Atención Especializada).

El equipo ha de desarrollar su trabajo de forma concreta y correcta para garantizar la funcionalidad de este proceso.

Esta concreción se consigue aportando formación, seguridad y coordinación en sus tareas al personal del equipo.

El equipo multidisciplinar del Servicio de Rehabilitación del Hospital Ernest LLuch está formado por:

- Departamento de Consultas de Rehabilitación, formado por 2 FEA de Rehabilitación y 1 TCAE.
- Gimnasio de Rehabilitación donde desarrollan su actividad asistencial 7 Fisioterapeutas, 3 TCAE y 1 Celador.

Las numerosas rotaciones y las nuevas incorporaciones de personal hacen necesaria la elaboración de un Manual de Acogida que les proporcionara las indicaciones necesarias para que su llegada y adaptación sea más efectiva.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

Este manual pretende facilitar el conocimiento del Servicio de Rehabilitación, su organización y funcionamiento de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

Objetivos:

- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de l@s profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente.
- Mejorar la información específica del Servicio que se facilita a l@s trabajadores de nueva incorporación.
- Facilitar la integración de l@s nuevos trabajadores al Equipo.
- Disminuir la carga laboral del resto de compañer@s del equipo que debe paliar la falta de información de l@s compañeros nuevos.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#725

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE REALIZACION DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

- Facilitar unas directrices homogéneas a l@s profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Búsqueda bibliográfica, recopilación y actualización de documentos relacionados con los procesos asistenciales que se están utilizando en el servicio, organigrama, planos y descripción servicio

Fecha inicio: 22/08/2022

Fecha final: 11/09/2022

Responsable.: jmartinezbel@salud.aragon.es

2. Elaboración del borrador

Fecha inicio: 19/09/2022

Fecha final: 28/10/2022

Responsable.: jmartinezbel@salud.aragon.es

3. Revisión y aprobación por la Unidad de Calidad y Comisión.

Fecha inicio: 07/11/2022

Fecha final: 20/11/2022

Responsable.: pgarciaag@salud.aragon.es

4. Difusión y presentación del Manual en la unidad por el responsable del proyecto.

Fecha inicio: 05/12/2022

Fecha final: 12/12/2022

Responsable.: jmartinezbel@salud.aragon.es

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizará una encuesta de satisfacción que cumplimentará el personal de nueva incorporación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración del manual completo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Actividades completadas en la elaboración del manual

Denominador .....: Actividades obligatorias para la elaboración del manual

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: UNIDAD DE CALIDAD

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. N.º de personal de nueva incorporación al Servicio RHB que recibe el Manual de Acogida.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Porcentaje de profesionales del servicio que reciben el Manual de Acogida

Denominador .....: número de profesionales incorporad@s en la unidad desde la puesta en marcha del Manual

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de unidad:

o Registro de personal de nueva incorporación.

o Registro de guías entregadas.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Grado de satisfacción de l@s trabajador@s con respecto al Manual de Acogida.

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Porcentaje de trabajadores que han considerado útil el manual de acogida

Denominador .....: número de profesionales incorporad@s en el servicio a los que se les ha entregado el manual

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de unidad.

Encuestas de satisfacción.

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#725

### 1. TÍTULO

**PROYECTO DE REALIZACION DEL MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH**

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1171

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD OSEA (FLS)

Fecha de entrada: 03/08/2022

Nº de registro: 2022#1171 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
COBETA GARCIA JUAN CARLOS

Título  
CONSULTA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD OSEA (FLS)

Colaboradores/as:  
GARCIA TEJADA MARGARITA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: REUMATOLOGÍA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las fracturas osteoporóticas constituyen un problema sociosanitario de primera magnitud. Por un lado, por la elevada morbi-mortalidad que conllevan en las personas de edad avanzada, con la consiguiente pérdida en calidad de vida e independencia, y por otro, porque constituyen una carga económica muy elevada para los presupuestos de los sistemas autonómicos y nacionales de salud y socio-sanitarios.

Los pacientes con una fractura osteoporótica tienen un 86% más de probabilidad de experimentar una segunda fractura. Una fractura vertebral predice la presentación de nuevas fracturas vertebrales en un efecto cascada y también la de otras fracturas osteoporóticas. Una fractura de muñeca incrementa por dos el riesgo de una nueva fractura. El 50% de todas las fracturas de cadera se producen en el 16% de la población que ya han presentado una fractura previamente.

Por todo ello, identificar al paciente que ha presentado una fractura por fragilidad es importante porque la siguiente fractura se suele producir durante los dos primeros años y especialmente en el primero tras la fractura centinela

Dado que la esperanza de vida sigue aumentando, es probable que la incidencia de las fracturas por fragilidad en España crezca casi un 30 % en 2030.

Se sabe que el tratamiento de la osteoporosis de pacientes con fracturas previas puede reducir entre un 30-70% la incidencia general de las nuevas fracturas. La prevención secundaria de nuevas fracturas osteoporóticas permite además liberar camas y otros recursos hospitalarios, así como disminuir la asistencia a los servicios de Urgencias. Ante esta situación, en los últimos años se ha ido implementando un modelo asistencial en Unidades Coordinadoras de Fractura o Fracture Liaison Services (FLS), con el objetivo de realizar una correcta prevención secundaria de nuevas fracturas.

La actuación de los FLS se fundamenta en un protocolo estandarizado de atención al paciente basado en los siguientes pilares:

- Identificación de pacientes con fractura reciente.
- Identificación del facultativo especialista adecuado, dentro del circuito propio del hospital, para cada paciente según la fase asistencial y momento del proceso de fractura en que se encuentre.
- Investigación del riesgo de nueva fractura.
- Intervención: indicando tratamiento y recomendaciones dietéticas y de estilos de vida saludables.
- Monitorización de los pacientes para asegurar una correcta adherencia.
- Recogida y explotación de datos.

Se trata de un proceso médico en el que pretendemos conseguir un diagnóstico y tratamiento con la mejor evidencia disponible, mejorar la adherencia a terapias y una mayor comprensión de la patología por parte de profesionales y pacientes.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Identificar precozmente a los pacientes que han sufrido una fractura osteoporótica
- Asegurar la evaluación y el tratamiento apropiados de todos los pacientes que han tenido una fractura osteoporótica antes de que vuelvan a padecer una nueva fractura.
- Disminuir el porcentaje de pacientes que no reciben atención destinada a prevenir una nueva fractura
- Mejorar la adherencia a los tratamientos

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- En la historia del paciente muchas veces no aparecen los antecedentes de fractura
- En el informe de alta de los pacientes ingresados por fractura osteoporótica muchas veces no se hace referencia a la causa de la fractura ni se instaura tratamiento preventivo
- Muchos pacientes no son estudiados ni tratados para prevenir nuevas fracturas ni en Atención especializada ni en Primaria

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la información con respecto a su patología y al tratamiento para una mayor adherencia a los fármacos y mejoría en cuidado higiénico dietético y prevención de caídas.  
Igualdad a la hora de recibir información y a la hora de ver si hay necesidad o no de pruebas complementarias.  
Acceso más rápido al circuito específico para un correcto tratamiento de pacientes con osteoporosis establecida.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1171

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA DE PREVENCION SECUNDARIA DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD OSEA (FLS)

Mejoría de la adherencia al tratamiento farmacológico y al resto de medidas preventivas (dieta, ejercicio, caídas...)

Evitar la refractura en aquellos pacientes con osteoporosis establecida.

Mejorar el tratamiento de las pacientes con osteoporosis.

Optimizar recursos.

Evitar duplicidades asistenciales.

Homogeneizar criterios: diagnósticos y terapéuticos.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA DE UNIDAD DE PREVENCION SECUNDARIA DE FRACTURAS

Fecha inicio: 20/10/2022

Fecha final.: 31/12/2024

Responsable.: DR JUAN CARLOS COBETA GARCIA

2. CHARLAS FORMATIVAS EN CENTROS DE SALUD

Fecha inicio: 27/09/2022

Fecha final.: 31/12/2024

Responsable.: DR JUAN CARLOS COBETA GARCIA

3. CONSULTA DE ENFERMERA GESTORA DE CASOS

Fecha inicio: 20/10/2022

Fecha final.: 31/12/2024

Responsable.: D<sup>a</sup> MARGARITA GARCIA TEJADA

4. CREACION DE PERFIL ANALITICO DE OSTEOPOROSIS

Fecha inicio: 03/10/2022

Fecha final.: 31/12/2024

Responsable.: DR JUAN CARLOS COBETA GARCIA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. ADECUACION REMISION

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS CON FRACTURA RECIENTE OSTEOPOROTICA REMITIDOS A LA UNIDAD

Denominador .....: TOTAL DE PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS CON FRACTURA OSTEOPOROTICA RECIENTE IDENTIFICADOS

MEDIANTE CIE 10 EN UN AÑO

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: EXCEL PROPIA DE LA UNIDAD. HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. DETECCION DE CAIDAS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: PACIENTES PREGUNTADOS SOBRE CAIDAS EN EL ULTIMO AÑO

Denominador .....: TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: EXCEL PROPIA UNIDAD. HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 80.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. INFORMES EMITIDOS

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: INFORMES EMITIDOS PARA ATENCION PRIMARIA

Denominador .....: TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: EXCEL PROPIA UNIDAD. HCE

Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1171

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA DE PREVENCION SECUNDARIA DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD OSEA (FLS)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: PACIENTES QUE TOMAN EL TRATAMIENTO INDICADO  
Denominador .....: TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: EXCEL PROPIA UNIDAD. HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

#### 5. NUEVAS FRACTURAS

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: PACIENTES QUE SUFREN NUEVA FRACTURA A PESAR DE CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO  
Denominador .....: TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: EXCEL PROPIA UNIDAD. HCE  
Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 70.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#176

### 1. TÍTULO

#### VÍA CLÍNICA DE LA CIRUGIA PROTESICA DE CADERA PRIMARIA

Fecha de entrada: 19/06/2022

Nº de registro: 2022#176 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO

Título  
VÍA CLÍNICA DE LA CIRUGIA PROTESICA DE CADERA PRIMARIA

Colaboradores/as:  
GOMEZ BLASCO ANDRES MANUEL  
GOMEZ MORENO RICARDO  
JIMENEZ SALAS BERTA  
JUAN CEBOLLADA CARMEN  
LOZANO GUERRERO SARA  
PEREZ OTAL BERTA  
ROCHA FIGUEREDO CARLOS OSCAR

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La reducción de la estancia hospitalaria en otros procedimientos de cirugía ortopédica nos hizo reflexionar sobre el manejo de los pacientes intervenidos de prótesis de cadera, el manejo de dichos pacientes se basaba en ocasiones en hábitos adquiridos, no basados en la evidencia actual. Así, las actividades no protocolizadas se efectuaban según los criterios individuales del personal implicado. Haciendo complejo el manejo uniforme de los pacientes, y siendo esto una fuente no controlada de variabilidad en la práctica clínica. Por ello, se decide repasar las actividades implicadas

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Disminuir la variabilidad en la práctica clínica en el manejo integral de la cirugía de prótesis primaria de cadera
2. Optimización del manejo perioperatorio de fármacos anticoagulantes, antiagregante y modificadores biológicos
3. Estancias medias prolongadas
4. Temor o ansiedad en los pacientes ante el proceso integral de la cirugía de prótesis primaria de cadera

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. No existe una vía clínica ni protocolo común para el manejo de dicha patología actualmente instaurada
2. Presencia de nuevos fármacos y cambios en su manejo perioperatorio que requieren actualización
3. Falta de un manejo común o de información a los pacientes que les hacen retrasar el alta hospitalaria
4. Falta en ocasiones de información completa y detallada del proceso global de la intervención

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo fundamental es la estandarización de criterios en varios aspectos fundamentales, implicados en el manejo de dichas intervenciones: preparación preoperatoria, información preoperatoria al paciente, tratamiento/prevención del dolor postoperatorio, tratamiento médico habitual en estos pacientes, movilización postoperatoria segura del paciente intervenido de prótesis de cadera, y criterios de alta hospitalaria. Se pretende con ello protocolizar el manejo del paciente que vaya a ser intervenido de prótesis primaria de cadera.

Otro de los objetivos es el de mejorar la satisfacción del paciente relativa a su ingreso hospitalario, y la impresión global percibida de todo el proceso.

Así mismo, se espera de todo ello una reducción de la estancia hospitalaria, sin que se incremente la incidencia de reingresos en el primer mes. También se busca mediante la mejora de la información aportada al paciente sobre el proceso integral mejorar su satisfacción y disminuir sus temores y ansiedad relacionados con la cirugía de cadera

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisión bibliográfica de la evidencia actual en manejo integral y protocolos tipo "fast-track" (vías de recuperación rápida) ya existentes.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: Ricardo Gómez Moreno

2. Revisión del manejo actual preoperatorio de pacientes anticoagulados (clásicos y nuevos), antiagregados y con tratamientos biológicos.

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: Berta Pérez Otal



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#176

### 1. TÍTULO

#### VÍA CLÍNICA DE LA CIRUGIA PROTESICA DE CADERA PRIMARIA

3. Revisión de las pautas de tratamiento del dolor postoperatorio

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: Berta Jimenez Salas

4. Movilización postoperatoria segura del paciente intervenido de PTC

Fecha inicio: 01/01/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: Sara Lozano Guerrero

5. Manual de cuidados de la PTC. Empoderamiento del paciente

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Carmen de Juan Cebollada

6. Síntesis: modelo de vía clínica

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Andrés Manuel Gómez Blasco, Carmen de Juan Cebollada

7. Protocolización del tratamiento médico durante el ingreso

Fecha inicio: 01/04/2022

Fecha final.:

Responsable.: Alberto Hernández Fernández

8. Puesta en marcha aplicación práctica de la vía

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Andrés Manuel Gómez Blasco

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Índice de aplicación de la vía clínica

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº PTC que cumplen la vía

Denominador .....: nº PTC totales

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: ingresos hospitalarios

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

2. Estancia hospitalaria Prótesis Totales de Cadera que sigue la vía clínica

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: estancia hospitalaria PTC que siguen vía clínica

Denominador .....: estancia hospitalaria PTC que no siguen vía clínica

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: días de ingreso de las cirugías primarias de cadera que sigan la vía

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

3. Índice de reingresos en el primer mes:

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: PTC en vía clínica reingresadas

Denominador .....: PTC intervenidas en vía clínica

x(1-100-1000) ...: 1

Fuentes de datos.: nº de reingresos

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#176

### 1. TÍTULO

#### VÍA CLÍNICA DE LA CIRUGIA PROTESICA DE CADERA PRIMARIA

---

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#390

### 1. TÍTULO

#### MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 29/06/2022

Nº de registro: 2022#390 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GOMEZ BLASCO ANDRES MANUEL

Título  
MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
BOIRA TORNIL CARLOS  
HERNANDEZ FERNANDEZ ALBERTO  
TOMEY CEBRIAN PATRICIA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Elaborar un Modelo funcional y estructural del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Ernest Lluch  
Incluiría la redacción y formalización de un Reglamento de régimen interno, organización y funcionamiento del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

#### ÁREAS DE MEJORA

Generar un modelo de organización del servicio claro y por escrito, que permita a los profesionales tanto actuales, como a los que se puedan incorporar en un futuro, tener una visión global y clara del funcionamiento del servicio  
Al ser un servicio con gran rotación de profesionales, la información sobre el funcionamiento del servicio se transmite por vía oral y en ocasiones se pierde información o se desconoce el modo de actuación en determinadas situaciones

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No existe actualmente un modelo organizativo ni de funcionamiento dentro del servicio de COT del HELL  
Al ser un servicio de 6 facultativos y con rotación frecuente de los mismos por traslados, oposiciones y resto de procesos de movilidad, la estabilidad de la plantilla no es constante. Por ello, en ocasiones se pierde información sobre como actuar ante determinadas situaciones o sobre el funcionamiento en concreto del servicio.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Con la elaboración del modelo funcional y estructural, y el Reglamento de régimen interno del servicio de COT, se pretende dejar de manera clara y por escrito como se estructura el servicio y cual es su funcionamiento práctico.

Incluirá los siguientes puntos:

- 1 Justificación, objetivo y ámbito de aplicación
- 2 Normativa aplicable
- 3 Funciones y cartera de servicios
  - 3.1 Funciones
  - 3.2 Actividad asistencial
  - 3.3 Patología más comúnmente atendida
- 4 Actividades y ubicación de las mismas
- 5 Cuadro Médico
  - 5.1 Especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología
- 6 Personal
  - 6.1 Supervisoras de Enfermería de la planta de hospitalización A, B, UCE, C y UMI
  - 6.2 Personal sanitario y no sanitario adscrito a las plantas de hospitalización, consultas y unidades
  - 6.3 Secretaria
  - 6.4 Mecanismos de comunicación del personal
- 7 Organización del Servicio de COT. Horarios, Organización y Funciones
  - 7.1 Horario
  - 7.2 Sesiones clínicas
  - 7.3 Organización del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología:
  - 7.4 Pase de planta
  - 7.5 Intervenciones quirúrgicas
    - 7.5.1 Número de especialistas en COT por quirófano programado.
    - 7.5.2 Intervenciones urgentes durante la guardia.
  - 7.6 Estructura de la plantilla de COT
  - 7.7 Atención de los pacientes hospitalizados
  - 7.8 Valoración de las hojas de consultas hospitalarias
  - 7.9 Resolución de interconsultas de Atención Primaria
  - 7.10 Atención al busca por la mañana

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#390

### 1. TÍTULO

#### MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

- 8 Guardias de Cirugía Ortopédica y Traumatología
- 8.1 Personal adscrito a la realización de guardias
- 8.2 Horario de las guardias
- 8.3 Apoyo durante la guardia
- 8.4 Organización de las guardias
- 8.5 Normativa libranzas de guardias organizadas
- 8.6 Lista de incidencias
- 8.7 Funciones a realizar durante las guardias
- 8.8 Derivaciones a Unidad de Cuidados Intensivos
- 8.9 Valoración del paciente que ingresa en planta desde el Servicio de Urgencias
- 8.10 Atención continuada los sábados
- 9 Solicitud de Permisos
- 10 Actividad de consultas externas de Cirugía Ortopédica y Traumatología
- 11 Docencia
- 11.1 Docencia de posgrado
- 12 Investigación
- 13 Proyectos de mejora
- 14 Protocolización, guías y vías del Servicio
- 15 Participación en comisiones y en sociedades científicas
- 15.1 Presencia en los órganos de participación y asesoramiento - Comités.
- 15.2 Participación en sociedades y foros científicos
- 16 Necesidades

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Revisar otros modelos organizativos tanto en el centro (Hospital Ernest Lluch) por otros servicios, como otros modelos de organización de Servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología  
Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/03/2022  
Responsable.: Carlos Boira Tornil

2. Elaborar un Modelo funcional y estructural del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Ernest Lluch  
Fecha inicio: 01/03/2022  
Fecha final.: 31/05/2022  
Responsable.: Andrés Manuel Gómez Blasco

3. Redacción y formalización de un Reglamento de régimen interno, organización y funcionamiento del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología  
Fecha inicio: 01/03/2022  
Fecha final.: 31/05/2022  
Responsable.: Andrés Manuel Gómez Blasco

4. Puesta en marcha y revisión del modelo elaborado, así como del reglamento de régimen interno  
Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Andrés Manuel Gómez Blasco

5. Revisión y mejoras posibles en el modelo y reglamento de régimen interno implementado  
Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Patricia Tomey Cebrian

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Implementación del modelo  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: nº de FEAs COT conocedores del modelo  
Denominador .....: nº de FEAs COT totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta a los FEAs COT al final del periodo de implementación  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Conocimiento del reglamento de Régimen Interno  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: nº de FEAs COT conocedores del reglamento de Régimen Interno

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#390

### 1. TÍTULO

#### MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Denominador .....: nº de FEAs COT totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta a los FEAs COT al final del periodo de implementación  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Satisfacción con modelo  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº de FEAs COT satisfechos con el modelo  
Denominador .....: nº de FEAs COT totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta a los FEAs COT al final del periodo de implementación con pregunta dicotómica:  
satisfechos si o no con modelo  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Satisfacción con modelo con el reglamento de Régimen Interno  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº de FEAs COT satisfechos con el reglamento de Régimen Interno  
Denominador .....: nº de FEAs COT totales  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta a los FEAs COT al final del periodo de implementación con pregunta dicotómica:  
satisfechos si o no con reglamento de régimen interno  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1141

### 1. TÍTULO

#### GUIA DE MANEJO GONARTOSIS, MANEJO EN ATENCION PRIMARIA Y MOMENTO DE DERIVACION A CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 31/07/2022

Nº de registro: 2022#1141 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ROCHA FIGUEREDO CARLOS OSCAR

Título  
GUIA DE MANEJO GONARTOSIS, MANEJO EN ATENCION PRIMARIA Y MOMENTO DE DERIVACION A CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Colaboradores/as:  
GOMEZ MORENO RICARDO  
JIMENEZ SALAS BERTA  
PEIRE CASTILLO RAQUEL MARIA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Ubicación/es secundaria/s  
CALATAYUD\*DIRECCION AP CALATAYUD\*DIRECCION ATENCIÓN PRIMARIA\*AP (Atención Primaria)

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La gonartrosis es una enfermedad degenerativa que se produce al alterarse

las propiedades mecánicas del cartílago que progresivamente se erosiona, fisura, adelgaza e incluso puede llegar a desaparecer . Dicha pérdida origina cambios en el hueso adyacente, que reacciona produciéndose deformaciones. Se desencadenan fenómenos inflamatorios secundarios, que son la causa de que la artrosis produzca dolor. Conduciendo al enfermo a una progresiva discapacidad para las actividades cotidianas.

La epidemiología de esta enfermedad revela que es una de las enfermedades

articulares mas frecuentes y que su prevalencia aumenta con la edad en los mayores

de 60 anos, la prevalencia de artrosis sintomática de rodilla asciende al 30%.

La artrosis es la causa mas importante de discapacidad entre los ancianos en nuestro país . Y la mas frecuente causa de derivación de atención primaria a consulta especializada traumatológica en nuestro hospital .

#### ÁREAS DE MEJORA

Actualmente en nuestro hospital la mayoría de los pacientes gonartrosicos, son derivados a consulta externa especializada de forma muy precoz, sin haber seguido un orden terapéutico ambulatorio progresivo, sin haber agotado

todas las actuaciones terapéuticas incruentas pertinentes, en muchos casos con Resonancias Magnéticas innecesarias,

y sin radiografías de la rodilla en carga (Necesarias para el diagnostico ), hecho que condiciona un exceso de repeticiones de consultas externas especializadas de cada paciente gonartrosico

#### ANALISIS DE CAUSAS

Se aplicara en nuestro entorno un algoritmo y guía de manejo de la artrosis (guía ya presentada, corregida y adecuada a nuestro medio en el congreso de la Sociedad Aragonesa de cirugía ortopédica y traumatológica 2018 ),

que esta basada en una guía ya en funcionamiento en la comunidad de Madrid que define la terapéutica y el circuito del paciente entre atención primaria y atención especializada

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo principal de esta guía es elaborar recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible, con el fin de orientar a los profesionales sanitarios del ámbito de Atención Primaria en el proceso de toma de decisiones

para seleccionar las intervenciones terapéuticas, medidas físicas y rehabilitadoras, mas adecuadas para el manejo del paciente con artrosis primaria de rodilla. Y el momento adecuando en el cual se sugiere la derivación de estos pacientes a atención especializada .

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1141

### 1. TÍTULO

#### GUIA DE MANEJO GONARTOSIS, MANEJO EN ATENCION PRIMARIA Y MOMENTO DE DERIVACION A CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Este objetivo implica una mejora de la calidad asistencial en el manejo de este proceso en atención primaria, evitando derivaciones precoces a atención especializada y reduciendo la solicitud pruebas diagnosticas innecesarias (en nuestro medio exceso de Resonancias Magnéticas ), cuya consecuencia se verá reflejada en una mejor calidad de vida de estos pacientes

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Al servicio de traumatología se informara (criterios de derivación, las pruebas diagnosticas y el escalón terapéutico en el que debería ser derivado el paciente de atención primaria a consulta externa

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Carlos Oscar Rocha Figueredo

2. Al servicio de traumatología se explicara la forma de recabar datos en consulta externa especializada necesarios para la futura evaluación

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Carlos Oscar Rocha Figueredo

3. reuniones informativas a los médicos de atención primaria del área de influencia de nuestro hospital, en sus respectivos centros de Salud, para explicar y distribuir dicho algoritmo de manejo

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Carlos Oscar Rocha Figueredo

4. Se elaboraran e imprimirán posters, los cuales serán dejados en los centros de salud incluidos en nuestra área de influencia

Fecha inicio: 01/05/2023

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Carlos Oscar Rocha Figueredo

5. Después de cada consulta externa ,cada Traumatólogo deberá rellenar una tabla en la que se recabara información acerca de los datos necesarios para realizar las evaluaciones pertinentes.

Fecha inicio: 01/07/2023

Fecha final.: 29/12/2023

Responsable.: Berta Jimenez Salas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

-Durante los 6 meses siguientes a las reuniones informativas en los centros de salud, con los médicos de atención primaria mencionadas previamente, después de cada consulta externa de traumatología de nuestro hospital, cada facultativo de esta especialidad deberán rellenar una tabla en la que se recabara información acerca de:

a) Numero total de pacientes gonartrosicos derivados desde atención primaria

b) Numero de pacientes gonartrosicos que cumplían los criterios de derivación mencionados

c) Numero de pacientes gonartrosicos que se encontraban en el escalón terapéutico pertinente

d) Numero de pruebas diagnosticas innecesarias para la terapéutica de esta patología cuando esta ya esta diagnosticada (numero de Resonancias Magnéticas realizadas)

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de pacientes que se encontraban en el escalón terapéutico de derivación pertinente.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Numero de pacientes gonartrosicos que se encontraban en el escalón terapéutico de derivación pertinente

Denominador .....: Numero total de pacientes gonartrosicos derivados desde atención primaria

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: tabla rellenada después de cada consulta externa de traumatología

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.01

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. -Porcentaje de pacientes derivados a los que se les solicito pruebas diagnosticas innecesarias

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1141

### 1. TÍTULO

#### GUIA DE MANEJO GONARTOSIS, MANEJO EN ATENCION PRIMARIA Y MOMENTO DE DERIVACION A CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Numero de pruebas diagnosticas innecesarias para la terapéutica de esta patología cuando esta ya esta diagnosticada (numero de Resonancias Magnéticas realizadas)  
Denominador .....: Numero total de pacientes gonartrosicos derivados desde atención primaria  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: tabla rellenada después de cada consulta externa de traumatología  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de pacientes que fueron derivados siguiendo los criterios expuestos

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Numero de pacientes gonartrosicos que cumplieran los criterios de derivación mencionados  
Denominador .....: Numero total de pacientes gonartrosicos derivados desde atención primaria  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: tabla rellenada después de cada consulta externa de traumatología  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Participación de la población: Pasivo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#408

### 1. TÍTULO

#### MANUAL DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LOS APARATOS DE VMNI DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#408 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GIMENO BELTRAN LUIS MANUEL

Título  
MANUAL DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LOS APARATOS DE VMNI DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

Colaboradores/as:  
BARRADO GARCIA ALBERTO  
GUTIERREZ CATALAN ELENA  
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA  
MAROTO CHAMORRO VIRGINIA  
RICO ZAPATA MELANI  
ROMERO VISIEDO JOSE  
SAEZ AGUDO FELICIDAD

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La existencia de un manual de funcionamiento y mantenimiento de los aparatos de los aparatos de Ventilación Mecánica No Invasiva localizados en la Unidad de Cuidados Especiales permitirá facilitar su uso al personal de nueva incorporación, así como ejecutar con una mayor unanimidad y efectividad todas las tareas de mantenimiento de estos aparatos.

#### ÁREAS DE MEJORA

La utilización de los aparatos de VMNI no siempre se realiza correctamente.  
Las tareas de mantenimiento de los aparatos de VMNI no se llevan a cabo o no se realizan con la frecuencia necesaria.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La alta rotación del personal (incluyendo personal de refuerzo inexperto en la unidad) ocasiona situaciones en las que el aparataje de VMNI no se utiliza con completa eficacia.  
La existencia de múltiples aparatos de VMNI (cada uno con diferente mantenimiento y frecuencia) además de la rotación de personal ocasiona que el personal que lo utiliza no siempre conozca cómo se llevan a cabo las tareas de mantenimiento.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

##### Objetivo principal:

Elaborar un manual de funcionamiento y mantenimiento de los aparatos de Ventilación Mecánica No Invasiva localizados en la Unidad de Cuidados Especiales.

##### Objetivos secundarios:

- Dotar al personal de la unidad de una herramienta a la que acudir cuando no recuerden algún aspecto de la utilización o mantenimiento de los aparatos de VMNI.
- Proveer al personal de nueva incorporación en la unidad de los conocimientos necesarios para utilizar adecuadamente el aparataje de VMNI.
- Favorecer la realización de las tareas de mantenimiento de los aparatos de VMNI en tiempo y forma.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Constituir un equipo de trabajo que se encargue de realizar la búsqueda bibliográfica, obtener la información necesaria y posteriormente elaborar el documento del manual.

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Luis Manuel Gimeno Beltrán

2. Revisión y aprobación por la Unidad de Calidad y comisión

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Supervisora de Calidad

3. Difusión y presentación del manual en la unidad

Fecha inicio: 31/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Supervisora de la Unidad

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#408

### 1. TÍTULO

#### MANUAL DE FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LOS APARATOS DE VMNI DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

Se realizará una encuesta para cumplimentar por el personal de la unidad.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Nº de personal de la unidad que recibe el manual

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de personal de la unidad que recibe el manual

Denominador .....: Nº de personal de la unidad en servicio activo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de la Unidad

(Registro de personal de la Unidad y registro de guías entregadas)

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Grado de satisfacción de los trabajadores con el manual de VMNI

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Nº de trabajadores que han considerado útil el manual

Denominador .....: Nº de trabajadores a los que se les ha entregado la encuesta de satisfacción

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de la Unidad

(Encuesta de satisfacción)

Est.Mín.1ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

Elaboración del manual completo

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del sistema respiratorio

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#411

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 30/06/2022

Nº de registro: 2022#411 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SAEZ AGUDO FELICIDAD

Título  
PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
BARRADO GARCIA ALBERTO  
GIMENO BELTRAN LUIS MANUEL  
GUTIERREZ CATALAN ELENA  
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA  
MAROTO CHAMORRO VIRGINIA  
RICO ZAPATA MELANI  
ROMERO VISIEDO JOSE

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar:

El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo, etc.)

La planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc.)

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La UCE está formada por un equipo multidisciplinar que dan soporte a los pacientes que llegan en situación crítica y necesitan una rápida actuación para su estabilización.

La esencia es el trabajo en equipo centrada en el paciente que garantiza una calidad de cuidados.

Ante una situación crítica es necesario un personal formado, seguro y coordinado en sus actuaciones.

El equipo de enfermería de la UCE del hospital Ernest LLuch está formado por 6 enfermeras y 6 TCAES en plantilla distribuidas en turnos de mañana, tarde y noche.

La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la numerosa rotación del personal que se produce en el servicio, así como la especialización y tecnificación de los cuidados que se proporcionan en la UCE.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

Este manual pretende facilitar conocimiento de la unidad, su organización Y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

Objetivos:

- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente
- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación.
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.
- Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Constitución de un equipo de trabajo para la elaboración del borrador

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Felicidad Sáez Agudo

2. Revisión y aprobación por la Unidad de Calidad y comisión

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#411

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha inicio: 30/06/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Supervisora de calidad

3. Difusión y presentación del manual en la unidad por el responsable del proyecto  
Fecha inicio: 31/10/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Felicidad Sáez Agudo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Se realizará una encuesta de satisfacción para cumplimentar por el personal de nueva incorporación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. N° de personal de enfermería que recibe el manual de incorporación  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Porcentaje de personal de enfermería que reciben el manual de incorporación  
Denominador .....: número de enfermeras incorporadas en la unidad desde la puesta en marcha del manual x 100  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Supervisora de unidad:  
o Registro de personal de nueva incorporación  
o Registro de guías entregadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Grado de satisfacción de los trabajadores con respecto al manual de acogida  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: numero de encuestas satisfactorias tras la entrega del manual  
Denominador .....: numero de personas a las que se les ha entregado el manual  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Supervisora de unidad. Encuestas de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
Elaboración del manual completo= 100%

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#75

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS FUERA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Fecha de entrada: 10/06/2022

Nº de registro: 2022#75 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
IBÁÑEZ PEREZ DE VIÑASPRES JOSE ANTONIO

Título  
MEJORA EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS FUERA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Colaboradores/as:  
CHUECA GRACIA MARTA PILAR  
GONZALEZ ARIZA BENJAMIN  
SOLER NAVARRO MERCEDES  
SOLORZANO GARRIDO MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El transporte intrahospitalario de pacientes críticos que lo definimos como el movimiento de pacientes en situación crítica dentro del propio hospital, puede originarse desde las distintas áreas del mismo. Desde el Servicio de Urgencias (SU), las razones para movilizar a pacientes críticos es el traslado a la UCE (Unidad de Cuidados Especiales), al quirófano y para la realización de pruebas radiodiagnósticas, tales como tomografía computarizada (TC) entre otras. Abandonar el espacio de seguridad que para estos enfermos representa en Área de Urgencias puede ser un riesgo menor, igual o mayor que el procedimiento en sí que origina el traslado, y se hace necesario entonces reproducir el ambiente del Área de Críticos de Urgencias durante la movilización con la finalidad de disminuir los eventos adversos que puedan surgir.

#### ÁREAS DE MEJORA

Seguridad en el traslado de los pacientes graves fuera del servicio de urgencias.  
Mejora en la organización del traslado de estos paciente.  
Mejora en el materia de soporte vital avanzado que se lleva junto al paciente cuando sale del servicio de urgencias.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Desconocimiento del material a portar durante el traslado.  
Ausencia de material organizado, protocolizado y revisado durante el traslado.  
Descoordinación con otros servicios (Rx, UCE, Quirófano...) a la hora del traslado.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Está ampliamente aceptado que el factor fundamental para evitar la aparición de complicaciones que deriven en un aumento de la morbilidad y mortalidad de estos pacientes, es una adecuada planificación. Este proceder involucra a diversos los profesionales sanitarios como médicos de urgencias y personal de enfermería, debiéndolo hacer además de manera fiable y segura. Para lograr que así sea, el objetivo de este trabajo es proponer un esquema de actuación para el transporte intrahospitalario del paciente grave que permita reducir la incidencia de eventos adversos durante la realización de esta maniobra.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de un procedimiento de actuación.

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: José Antonio Ibáñez Pérez de Viñaspre

2. Realización de un Check-list previo al traslado.

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Maria Pilar Solorzano Garrido

3. Realización de un inventario de material y preparación de maleta de traslado urgente.

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Benjamín Gonzalez Ariza

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#75

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS FUERA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

4. Ayuda con la realización del procedimiento de actuación

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Marta Pilar Chueca Gracia

5. Ayuda con la realización de un inventario de material y preparación de maleta de traslado urgente

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Mercedes Soler Navarro

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Grado de cumplimiento del procedimiento de actuación.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Numero de traslados de pacientes criticos en los que se ha seguido el nuevo procedimiento

Denominador .....: Numero de traslados totales de pacientes criticos fuera del servicio de urgencias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Formularios check list

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de pacientes en estado crítico trasladados intrahospitalariamente en los que consta cuestionario de

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de pacientes en estado crítico trasladados intrahospitalariamente en los que consta cuestionario/check list adecuado cumplimentado

Denominador .....: N° total de pacientes en estado crítico trasladados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro de pacientes Urg/ PCH/ Hiss/ Historia clínica

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de profesionales de la unidad de Urgencias formados.

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° profesionales sanitarios del servicio de urgencias formado

Denominador .....: N° total de profesionales sanitarios de urgencias

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: registro de firmas en la formación/plantilla del servicio de urgencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Porcentaje de cumplimiento del registro en cuanto a revisión, caducidad y limpieza del maletín de t

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: N° de registros de revisión, caducidad y limpieza adecuadamente cumplimentados.

Denominador .....: N° total de registros de revisión, caducidad y limpieza del maletín de urgencia.

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Manual

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#75

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CRÍTICOS FUERA DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Tipo de patología: --Otros--> PATOLOGIA URGENTE Y EMERGENTE

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#121

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL TRIAJE DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON RETENCION AGUDA DE ORINA (RAO) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/06/2022

Nº de registro: 2022#121 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SANCHEZ SORIA MARIA ANGELES

Título  
MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL TRIAJE DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON RETENCION AGUDA DE ORINA (RAO) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Colaboradores/as:  
BANDRES ABIAN ELENA  
GARCIA URGEL CARLOTA  
GOMEZ DE LINARES RODRIGUEZ HELENA MARIA  
MARTINEZ ESTEBAN ESTIBALIZ  
MERELAS CORTES LAURA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el servicio de urgencias del hospital Ernest Lluich venimos utilizando desde al año 2007 el programa PCH en constante actualización, nos proporciona herramientas para facilitar el triaje avanzado de enfermería que actualmente no estamos utilizando. Creemos necesario el impulso e implantación del mismo en nuestro servicio para la mejora en la calidad de la atención al paciente y la disminución de los tiempos de atención optimizando así la utilización de los recursos disponibles.

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejorar los tiempos de atención del paciente con RAO en urgencias y optimizar la calidad de la atención

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Actualmente pueden sufrir retrasos en la atención los paciente con RAO a la espera de diagnostico medico

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Disminuir los tiempos de atención en los pacientes con retención aguda de orina (RAO)
- Iniciar el uso de la ecografía como medio de apoyo en el diagnóstico de la RAO
- Aumentar la independencia de enfermería en el desarrollo de técnicas propias
- Mejorar la calidad en la atención y cuidados enfermeros al paciente con RAO

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. • Crear un grupo de trabajo

Fecha inicio: 20/06/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Mª Angeles Sanchez Soria

2. • Recopilar y evaluar la información disponible al respecto para hacer un análisis previo de la situación

Fecha inicio: 21/06/2022

Fecha final.: 15/07/2022

Responsable.: Elena Bandres Abian

3. • Elaborar e implantar en triaje un procedimiento de actuación enfermero

Fecha inicio: 30/06/2022

Fecha final.: 15/10/2022

Responsable.: Laura Merelas Cortes

4. • Formar al personal de enfermería en ecografía vesical

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/11/2022

Responsable.: Estibaliz Martinez Esteban

5. • Evaluar la puesta en marcha y funcionamiento de dicho procedimiento

Fecha inicio: 16/11/2022

Fecha final.: 15/12/2022

Responsable.: Elena Gomez De linares Rodriguez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Creación de protocolo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#121

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL TRIAJE DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON RETENCION AGUDA DE ORINA (RAO) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. 1. Porcentaje de profesionales enfermeros formados en ecografía vesical Estándar >50%

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Numero de enfermeros del servicio  
Denominador .....: Numero de enfermeros formados del servicio  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Unidad de formación continuada  
Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 40.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

2. Porcentaje de casos de RAO donde se realiza el triaje avanzado.

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Numero total de RAO del servicio de urgencias en un tiempo determinado  
Denominador .....: Numero de RAO realizados según procedimiento  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Datos recogidos de pch  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 80.00

3. 3. Porcentaje de RAO evaluadas con triaje avanzado donde el resultado diagnostico ha sido positivo.

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Numero de RAO reales  
Denominador .....: Numero de RAO evaluadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Datos recogidos de pch  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Enfermedades del aparato génitourinario

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#242

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 23/06/2022

Nº de registro: 2022#242 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
GONZALEZ ARIZA BENJAMIN

Título  
PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
BERMEJO DUQUE ELENA  
BLANCAS COSTEA ANA M.  
CARRAMIÑANA SANCHEZ DANIEL  
FERNANDEZ MEZQUITA SARA  
GASPAR TOBAJAS OMARA  
GHETEVA NICOLETA CORNELIA  
TABUENCA SILVESTRE MARIA JOSEFA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: URGENCIAS

Línea estratégica: --Otras--

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

**ÁREAS DE MEJORA**  
Van encaminadas a mejorar:

El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo, etc.)

La planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc.)

**ANÁLISIS DE CAUSAS**  
La urgencia está formada por un equipo multidisciplinar que dan soporte a los pacientes que llegan en situación crítica y necesitan una rápida actuación para su estabilización.  
La esencia es el trabajo en equipo centrada en el paciente que garantiza una calidad de cuidados.  
Ante una situación crítica es necesario un personal formado, seguro y coordinado en sus actuaciones.  
El equipo de enfermería urgencias del hospital Ernest LLuch está formado por 16 enfermeras y 11 TCAES en plantilla distribuidas en turnos de mañana, tarde y noche.  
La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la numerosa rotación del personal que se produce en el servicio, así como la especialización y tecnificación de los cuidados que se proporcionan en la urgencia.

**OBJETIVOS DEL PROYECTO**  
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente  
- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación.  
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.  
- Disminuir la carga laboral del resto del equipo que debe paliar la falta de información de los compañeros nuevos.  
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación  
- Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

**ACTIVIDADES.** (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Búsqueda bibliográfica, recopilación y actualización de documentos relacionados con los procesos enfermeros que se están utilizando en la unidad, organigrama, planos del servicio, descripción de la un

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 15/11/2022

Responsable.: Elena Bandres Abian

3. Elaboración del borrado

Fecha inicio: 16/11/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#242

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha final.: 20/12/2022

Responsable.: Benjamin Gonzalez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizará una encuesta de satisfacción para cumplimentar por el personal de nueva incorporación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Numero de personas que reciben el manual de incorporacion

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Porcentaje de personal de enfermería que reciben el manual de incorporación

Denominador .....: / número de enfermeras incorporadas en la unidad desde la puesta en marcha del manual

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de unidad:

o Registro de personal de nueva incorporación

o Registro de guías entregadas

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

2. Grado de satisfacción de los trabajadores con respecto al manual de acogida

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Porcentaje de trabajadores que han considerado útil la guía de acogida x100

Denominador .....: Porcentaje de trabajadores que han considerado útil la guía de acogid

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de unidad. Encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Grado de satisfacción de los trabajadores con respecto al manual de acogida

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Porcentaje de trabajadores que han considerado útil la guía de acogida x100

Denominador .....: Porcentaje de trabajadores que han considerado útil la guía de acogid

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Supervisora de unidad. Encuestas de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Elaboración de manual completo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: elaboracion manual

Denominador .....: elaboracion manual

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: unidad de calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Pacientes hospitalizados

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#348

### 1. TÍTULO

#### MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO

Fecha de entrada: 28/06/2022

Nº de registro: 2022#348 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ESTRADA DOMINGUEZ FERNANDO

Título  
MODELO FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL DEL SERVICIO

Colaboradores/as:  
DOLEZAL PETR  
GALVE LAHOZ VICTOR  
TEJERO SANCHEZ ARLANZA

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: UROLOGIA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
Plasmar los recursos humanos y materiales y la organización del servicio de Urología de nuestro centro.

ÁREAS DE MEJORA  
Dotar al Servicio de la Documentación necesaria acerca de su funcionamiento y estructura.

ANALISIS DE CAUSAS  
-

OBJETIVOS DEL PROYECTO  
Dotar al Servicio de la Documentación necesaria acerca de su funcionamiento y estructura.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de documentación del modelo funcional y estructural del servicio

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Fernando Estrada Domínguez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Obtención a fecha final de la documentación citada

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: -

Denominador .....: -

x(1-100-1000) ....: 1

Fuentes de datos.: Propio servicio

Est.Mín.1ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 1.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros-->

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#563

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 12/07/2022

Nº de registro: 2022#563 \*\* Salud Mental \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CEBOLLA POLA MARCOS

Título  
PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Colaboradores/as:  
BELDA HIJANO JOSE  
JORDANA VILANOVA NURIA  
LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL  
YARZA JORDANO MARIA ANGELES

Ubicación principal del proyecto.: H ERNEST LLUCH

Servicio/Unidad principal .....: USM CALATAYUD

Línea estratégica: Salud Mental

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El plan de acogida al personal de nueva incorporación constituye una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. Facilita la integración del equipo y la satisfacción laboral, disminuye la carga laboral de formación del resto del equipo, sirve como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización, contribuye a disminuir la variabilidad de las actuaciones y mejorar la seguridad, por tanto, facilita un incremento de la calidad a la vez que se adquiere un mayor compromiso con la organización.

#### ÁREAS DE MEJORA

Van encaminadas a mejorar:

El funcionamiento interno (responsabilidades, funciones, procesos y procedimientos, puestos de trabajo, distribución del trabajo, etc.).  
La planificación y su desarrollo (detección de necesidades, planes de mejora, planificación estratégica, etc.).

#### ANALISIS DE CAUSAS

La Unidad de Salud Mental depende funcional y administrativamente del Hospital Ernest Lluch, y desarrolla su labor asistencial en la primera planta del Centro de Salud de Calatayud por lo que se precisa conocimiento y contacto estrecho con profesionales de ambos niveles asistenciales, así como de otros agentes comunitarios. La necesidad de la elaboración de un manual de acogida para personal de nueva incorporación se basa en la frecuencia de cambios de profesional tanto facultativos, profesional de enfermería, así como personal administrativo. Un documento único que permita a los profesionales de nueva incorporación, lograr una correcta ubicación física de lugares y profesionales comunes y conocer todos los elementos necesarios para realizar su labor asistencial. Todo ello contribuirá a cumplir el objetivo de procurar responder a las necesidades de la población a la que atendemos, desde edad infantil hasta psicogeriatría, de forma integradora y multidisciplinar.

La Unidad de Salud Mental dispone de la siguiente dotación profesional:

Unidad de adultos: 2 FEA de Psiquiatría, 1 FEA de Psicología Clínica y 1 Enfermero.  
Unidad Infanto-Juvenil: 1 FEA de Psiquiatría, 1 FEA de Psicología Clínica. 1 Enfermero especialista de Salud Mental.

La Unidad cuenta además con personal administrativo propio y mantiene colaboración estrecha con la Trabajadora Social del Centro de Salud.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo principal:

Este manual pretende facilitar conocimiento de la unidad, su organización Y funcionamiento, de manera sencilla y accesible a aquellas personas que se incorporen por primera vez.

Objetivos:

- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica de los profesionales de nueva incorporación para favorecer la seguridad del paciente.
- Mejorar la información que se facilita a los trabajadores de nueva incorporación.
- Facilitar la integración de los nuevos trabajadores en los equipos.
- Facilitar unas directrices homogéneas a los profesionales responsables de acoger al personal de nueva incorporación
- Mejorar la seguridad de las actuaciones del personal de nueva incorporación.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración del borrador del Plan de Acogida

Fecha inicio: 15/07/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#563

### 1. TÍTULO

#### PROCESO DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha final.: 30/07/2022

Responsable.: Marcos Cebolla Pola

2. Puesta en común con resto de profesionales

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 16/08/2022

Responsable.: Marcos Cebolla, Nuria Jordana

3. Elaboración de encuesta de satisfacción

Fecha inicio: 16/08/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Marcos Cebolla

4. Presentación a responsables de Unidad de Calidad y Dirección Médica y de Enfermería para su aprobación

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Marcos Cebolla

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se realizará una encuesta de satisfacción para cumplimentar por el personal de nueva incorporación.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Elaboración del manual completo

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Elaboración del manual completo

Denominador .....: Elaboración del manual completo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Unidad de Calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Nº de profesionales que reciben el manual de incorporación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Registro de personal de nueva incorporación

Denominador .....: Registro de guías entregadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Unidad de Calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

3. Grado de satisfacción de los trabajadores con respecto al manual de acogida

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Porcentaje de trabajadores que han considerado útil la guía de acogida

Denominador .....: Total de trabajadores

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Unidad de Calidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 90.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 80.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adultos                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Proyecto destinado a los profesionales de la Unidad de Salud Mental

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#499

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DEL MANUAL REDUCIDO DE CODIFICACION DIAGNOSTICA (M070201). IMPLEMENTACION DEL CONVERTOR DE CIE9 A CIE10

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#499 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
MAINAR GOMEZ MARIA BELEN PASCUALA

Título  
ACTUALIZACION DEL MANUAL REDUCIDO DE CODIFICACION DIAGNOSTICA (M070201). IMPLEMENTACION DEL CONVERTOR DE CIE9 A CIE10

Colaboradores/as:  
ABIAN ALONSO JOVITA  
MENDOZA BARQUIN ANA BELEN  
SALCEDO DE DIOS SUSANA

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: DIRECCIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La CIE es publicada por la OMS. Se ocupa a nivel internacional para fines estadísticos relacionados con morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central en español.

El Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud tiene como finalidad proporcionar datos homologables sobre la salud, que faciliten la comunicación entre todos sus integrantes, ya sean éstos ciudadanos, pacientes, profesionales sanitarios, investigadores, gestores o responsables políticos. Dicha información ha de construirse de manera que permita la monitorización y seguimiento de los problemas de salud, sostenga la elaboración de información y estadísticas nacionales e internacionales, contribuya al conocimiento del sector salud y facilite la evaluación de resultados a nivel autonómico, nacional e internacional. Para dicha construcción, la normalización es un requisito previo, esencial; el establecimiento de criterios consensuados y, ya en el ámbito clínico, la adopción de sistemas de clasificación aceptados y válidos para sus diferentes finalidades, se constituyen en elementos indispensables para la obtención de una información de calidad, siendo responsabilidad del Ministerio de Sanidad, la de liderar todas las actuaciones que vayan encaminadas a garantizar la normalización de los sistemas de información sanitaria. El 1 de enero de 2016, tras casi treinta años de vigencia de la CIE-9-MC, entró en vigor en España la CIE-10-ES como clasificación de referencia para la codificación clínica y registro de la morbilidad. La CIE-10-ES integra dos clasificaciones, la Modificación Clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª versión (ICD-10-CM), para codificar diagnósticos, y el Sistema de Clasificación de Procedimientos (ICD-10-PCS), ambas desarrolladas por la Administración de los Estados Unidos. Dichas clasificaciones, multiplican la capacidad de la anterior CIE-9-MC para el registro de los datos clínicos, el conocimiento de la morbilidad atendida y el proceso de atención médica, dotándose de un enorme potencial de uso no solo en el ámbito clínico sino para la gestión, planificación y en la investigación clínica, epidemiológica y de servicios de salud. La segunda edición de la CIE-10-ES entro en vigor en enero de 2018 como soporte y referencia para la codificación clínica en los hospitales españoles, es pues, el resultado de la VIII colaboración y la aportación de un gran número de expertos y profesionales de todas las comunidades autónomas que con su contribución están haciendo posible la implantación y mantenimiento de esta clasificación en nuestro país. para lo cual se requiere del aprendizaje y adopción de una nueva metodología para la codificación de diagnósticos y procedimientos. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años. El 18 de junio de 2018, la Organización Mundial de la Salud publicó la nueva edición de su manual de enfermedades. Esta edición (CIE-11) entró en vigor en 2022 para sustituir a la vigente desde 1990.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. La capacitación a los médicos para lo cual se requiere del aprendizaje y adopción de una nueva metodología para la codificación de diagnósticos y procedimientos.
2. Adaptar el Manual Reducido de Codificación a CIE-10 (elaboración de los listados de principales causas).
3. Necesidad de desarrollar una aplicación que permita la conversión de CIE-9 a CIE-10.
4. Necesidad de modificar los sistemas informáticos para adaptarlos al tamaño de los códigos requeridos y ajustar las salidas de la información.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Codificación complicada.
2. Mucho más precisa y adaptada a la actual situación de la práctica clínica, mejora las posibilidades de registro y análisis de los casos atendidos
- 3 y 4. La CIE-10-MC, requiere identificar un diagnóstico principal, los diagnósticos secundarios y los procedimientos realizados durante un episodio asistencial. Anamnesis y evolutivo clínico, tratamiento, maniobras, pruebas, otros informes clínicos y diagnóstico firmado.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#499

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DEL MANUAL REDUCIDO DE CODIFICACION DIAGNOSTICA (M070201). IMPLEMENTACION DEL CONVERSOR DE CIE9 A CIE10

Convertir los códigos (CIE 9) más utilizados en 061 en CIE-10 según figuran en las codificaciones recogidas durante el año 2020 y 2021 por las unidades asistenciales del 061.

Realizar un listado de CIE 10.

Utilizar la clasificación de enfermedades CIE 10 convertida más utilizados en 061. Siempre ampliable ya que es una clasificación con más matices y más complicada.

Diseñar e implementar una aplicación informática que nos permita convertir de una forma ágil los códigos CIE-9 a CIE-10.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realizar un listado de codificaciones 2020 y 2021

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Belén Mainar Gómez

2. Utilización de conversores oficiales

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/08/2022

Responsable.: Jovita Abián Alonso

3. Diseño e implementación de la aplicación informática

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Ana Belén Mendoza Barquín

4. Actualización del Manual Reducido de Codificación Diagnóstica

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Susana Salcedo de Dios

5. Difusión de la aplicación y del Manual Reducido de Codificación

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: M<sup>a</sup> Belén Mainar Gómez

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Se requiere de la colaboración del Dpto. de Informática y de Calidad del 061

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de códigos CIE-9 convertidos a CIE-10

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de códigos CIE-9 convertidos a CIE-10

Denominador .....: N° de códigos CIE-9

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Manual reducido de codificación urgencias y emergencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 75.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de requisitos iniciales de la aplicación integrados en el diseño final

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de requisitos iniciales integrados en el diseño final

Denominador .....: N° de requisitos iniciales diseñados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Memoria de diseño de aplicación informática

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de incidencias resueltas relativas al funcionamiento de la aplicación

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de incidencias resueltas en la implementación

Denominador .....: N° de incidencias generadas en la implementación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plataforma de gestión de incidencias Dpto. de Informática 061

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#499

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DEL MANUAL REDUCIDO DE CODIFICACION DIAGNOSTICA (M070201). IMPLEMENTACION DEL CONVERTOR DE CIE9 A CIE10

4. Porcentaje de unidades asistenciales que codifican con el nuevo sistema CIE-10  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de unidades asistenciales que codifican  
Denominador .....: N° de unidades asistenciales del 061  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Plataforma informática de gestión de la demanda asistencial en el CCU  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías urgencias y emergencias extrahospitalarias.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#520

### 1. TÍTULO

#### DIGITALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE ASEGURAMIENTO DE ESTADO OPERATIVO EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES DEL 061 ARAGON

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#520 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
AÑON GIMENO DAVID

Título  
DIGITALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE ASEGURAMIENTO DE ESTADO OPERATIVO EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES DEL 061 ARAGON

Colaboradores/as:  
DOMINGUEZ PLO ESTHER  
LAGUNAS PARDOS DIEGO  
MAINAR GOMEZ MARIA BELEN PASCUALA  
MOLINA ESTRADA INMACULADA  
SALDAÑA ROYO SERGIO  
TORRES ZAMORANO FERNANDO  
VIDAL PEREZ MARCELO

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: DIRECCIÓN

Línea estratégica: --Otras--

**PERTINENCIA DEL PROYECTO**  
Las Unidades Móviles de Emergencia (UME) del 061 ARAGÓN prestan su servicio las 24 horas del día y los 365 días del año. Por ello, se han establecido una serie de actividades para garantizar el estado operativo de la unidad en todo momento:

Cambio de turno del personal de la UME:  
Revisión del equipamiento de telecomunicaciones.  
Revisión de la medicación y material sanitario de la ambulancia.  
Revisión del funcionamiento de los aparatos electromédicos.  
Revisión del estado del vehículo.  
Realización de la limpieza y desinfección del interior del vehículo.  
Registro de la temperatura de las neveras de la ambulancia y del almacén de la base.

Finalización de un aviso y disponibilidad para la recepción del siguiente:  
Reposición de la medicación y material fungible consumidos de los ampularios y de los maletines de la ambulancia en el aviso realizado, según el stock de seguridad establecido en cada unidad.  
Comprobación del funcionamiento y puesta a punto de los aparatos médicos que han sido utilizados.  
Limpieza y desinfección del interior de la ambulancia y del material utilizado.  
Cambio de lencería de la camilla.  
Eliminación de los residuos generados.  
Cambio de uniforme si fuera necesario.

Revisiones mensuales:  
Control de caducidades.  
Revisión de extintores.  
Limpieza y desinfección de material y vehículos sanitarios.  
Revisión del Kit de Gestión de Catástrofes.

Para la realización de estas actividades se dispone de instrucciones técnicas de referencia y distintos formatos en los que registrar el resultado de las mismas, así como las posibles incidencias que pudieran surgir.

Instrucciones técnicas:  
IT070606 Aseguramiento del estado operativo  
IT070605 Control de pedidos y almacén  
IT070611 Limpieza y desinfección de material y vehículos sanitarios. Prevención y control de enfermedades transmisibles  
IT070613 Instrucción Técnica para el manejo de residuos, su gestión y su reciclaje. Consejos para un desarrollo sostenible

Formatos:  
F070605 Revisión mensual UME/UVI  
F070606 Revisión diaria UME/UVI  
F070607 Ficha mensual de caducidades  
F070610 Revisión redes ligeras de catástrofes

ÁREAS DE MEJORA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#520

### 1. TÍTULO

#### DIGITALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE ASEGURAMIENTO DE ESTADO OPERATIVO EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES DEL 061 ARAGON

Unificar el calendario de las actividades a desarrollar para garantizar el estado operativo de cada unidad. Facilitar el registro de los resultados de estas actividades creando formularios unificados de fácil acceso a través de la Intranet 061. Garantizar el archivo y custodia de los registros generados en un mismo servidor de forma que puedan realizarse explotaciones de datos para agilizar la obtención de indicadores de los procesos de soporte y a su vez, permita el registro de resultados a tiempo real garantizando la trazabilidad de las actividades desarrolladas.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El 061 Aragón dispone de 13 UME y 8 UVI distribuidas por toda la Comunidad Autónoma. Las actividades realizadas en cada unidad se desarrollan de acuerdo a lo establecido en las instrucciones técnicas referenciadas en el apartado anterior y los resultados se registran en los formatos establecidos.

El calendario de actividades es diferente en cada unidad asistencial por lo que las actividades mensuales se realizan en fechas diferentes.

El formato utilizado para el registro de actividades es el mismo pero el soporte en el que se registran es diferente y puede variar entre soporte papel, Word, Excel, Access ...

Estos registros son archivados en el ordenador de cada base teniendo que realizar periódicamente copias de seguridad de los mismos.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Unificar y consolidar procedimientos comunes para todas las unidades asistenciales de Soporte Vital Avanzado del 061 Aragón.

Diseñar e implementar una herramienta informática unificada para la gestión y el seguimiento de las actividades de aseguramiento operativo del 061 que permita:

- Visualización para el profesional de las listas de tareas y flujos de trabajo.
- Registro con sello de tiempo y responsable de las actividades realizadas.
- Facilidad en la inserción de registros de actividad.
- Facilidad en la explotación de datos.
- Trazabilidad de actividades realizadas

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Detección de necesidades y puesta en común

Fecha inicio: 14/06/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Fernando Torres

2. Unificación de procedimientos e instrucciones técnicas

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Esther Dominguez

3. Diseño y desarrollo de aplicación informática

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: David Añón

4. Formación a los usuarios

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 30/03/2023

Responsable.: Sergio Saldaña

5. Pilotaje y validación de aplicación

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 30/03/2023

Responsable.: Inmaculada Molina

6. Puesta en marcha

Fecha inicio: 01/04/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Belen Mainar

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

- Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % Requisitos iniciales integrados en la nueva aplicación

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: nº de requisitos iniciales integrados

Denominador .....: nº de requisitos iniciales planificados

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#520

### 1. TÍTULO

#### DIGITALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE ASEGURAMIENTO DE ESTADO OPERATIVO EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES DEL 061 ARAGON

x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Aplicación informática de digitalización  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de usuarios formados en los nuevos procedimientos y aplicación  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: n° de usuarios formados  
Denominador .....: n° de usuarios totales del sistema  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Aplicación informática de digitalización  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % Incidencias resueltas durante la validación  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: n° de incidencias resueltas  
Denominador .....: n° de incidencias abiertas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Aplicación informática de digitalización  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % Actividades realizadas recogidas en la nueva aplicación  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: n° de Actividades realizadas  
Denominador .....: n° de Actividades planificadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Aplicación informática de digitalización  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Profesionales del 061. La mejora afecta a todos los usuarios del servicio de Urgencias y Emergencias 061

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#813

### 1. TÍTULO

#### MOTIVOS DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE UNA UNIDAD DE SVA. JUSTIFICACION CON SCORE Y CONCORDANCIA CON EL MOTIVO DE TRASLADO ESTABLECIDO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES IMPLICADOS (COMPARATIVA 2018-2022)

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#813 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SALCEDO DE DIOS SUSANA

Título  
MOTIVOS DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE UNA UNIDAD DE SVA. JUSTIFICACION CON SCORE Y CONCORDANCIA CON EL MOTIVO DE TRASLADO ESTABLECIDO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES IMPLICADOS (COMPARATIVA 2018-2022)

Colaboradores/as:  
ABIAN ALONSO JOVITA  
MENDOZA BARQUIN ANA BELEN  
SORIA FERRERO OLGA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: DIRECCIÓN

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El 061 ARAGÓN gestiona los Traslados Inter-Hospitalarios (TIH) de carácter urgente y programado que requieran asistencia sanitaria en ruta y los traslados interhospitalarios de carácter urgente para ingreso o para asistencia en urgencias que no precisen asistencia sanitaria en ruta. En el año 2010 el Grupo de Trabajo de TIH elaboró un documento en colaboración con médicos y enfermeros/as de la red hospitalaria de nuestra Comunidad Autónoma, PC0715 Procedimiento de actuación en los Traslados Interhospitalarios (TIH), con el fin de mejorar la calidad asistencial de los pacientes que, por diferentes motivos, tienen que desplazarse a otro hospital o centro sanitario. El objeto de este procedimiento es definir y estandarizar la gestión de los TIH desde el 061 ARAGÓN, así como las actuaciones de los equipos asistenciales implicados en los mismos.

El transporte interhospitalario se puede realizar en diferentes tipos de unidades dependiendo de la gravedad del paciente y de la necesidad de traslado. Bien para realizar alguna prueba diagnóstica y o terapéutica que no se pueden realizar en el hospital de origen y puede necesitar asistencia médica o quirúrgica urgente. En nuestra comunidad este traslado se puede realizar en cualquier unidad de SVB en los casos que no necesiten supervisión vital. En situaciones graves son ocho unidades móviles de vigilancia intensiva (UVI) que prestan asistencia en los traslados interhospitalarios en los que se requieren condiciones especiales de soporte y mantenimiento de la salud. Este procedimiento engloba a todos los pacientes que precisen un TIH entre hospitales de nuestra comunidad, así como los traslados intercomunitarios, incluidos en la cartera de servicios.

Para la asignación de los recursos a utilizar en los TIH de pacientes críticos se toma como referencia la "Escala de valoración para el TIH". Consta de once criterios clínicos a los que se ha de asignar una ponderación (de 0 a 2 puntos). La asignación del recurso se realiza en función del valor alcanzado por la suma de las diferentes ponderaciones.

Para ello, los hospitales solicitantes deben registrar los resultados en el formato F070615 Orden de traslado interhospitalario entregando una copia al personal médico del recurso, siendo exigible su cumplimentación para todos los TIH en UVI-móvil. En el CCU del 061 se solicita un score telefónico realizado por regulación de enfermería, al hacer la petición del recurso.

En el año 2018 se hizo un estudio para proyecto de mejora donde se comparó los motivos de petición de SVA -TIH con los motivos que figuran en la relación al Procedimiento de Gestión de los TIH en el 061 ARAGÓN (PC0715). En este estudio se determinó que de los 1430 TIH realizados en SVA, 152 de las 393 codificaciones de diagnóstico coincidían con los motivos establecidos entre los diferentes niveles asistenciales intervinientes en el TIH.

La situación producida en 2020 a raíz de la declaración de la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2, hace necesario un nuevo estudio descriptivo de los TIH que nos permita detectar puntos críticos del proceso y la mejora de nuestro procedimiento.

#### ÁREAS DE MEJORA

Determinar puntos críticos del proceso de gestión de los TIH en los siguientes aspectos:

Cumplimiento del catálogo de codificaciones (código principal y secundario).

Retornos de hemodinámica.

Traslados de UCI a planta entre distintos centros hospitalarios.

Solicitud y justificación del recurso por el profesional médico responsable del paciente.

Traslados con incubadora.

Repatriaciones de Aragoneses (traslados intercomunitarios).

Toma de decisiones en la reevaluación del score por nuestros profesionales.

Retornos de pruebas en horarios que permitan la rotación de los profesionales evitando así riesgos innecesarios.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El procedimiento de TIH es propio del 061. Existe una falta de Estrategia global que implique a todos los

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#813

### 1. TÍTULO

#### MOTIVOS DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE UNA UNIDAD DE SVA. JUSTIFICACION CON SCORE Y CONCORDANCIA CON EL MOTIVO DE TRASLADO ESTABLECIDO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES IMPLICADOS (COMPARATIVA 2018-2022)

servicios hospitalarios en el procedimiento.  
Falta de evaluación de los traslados intercomunitarios realizados por el 061 así como los traslados en incubadora.  
Tratamiento como petición de recurso por orden médica.  
Falta de procedimiento establecido para el traslado con incubadoras en coordinación con los servicios hospitalarios.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Realizar un análisis de los TIH realizados por el 061 que nos permita establecer áreas de mejora que repercutan directamente en la mejora en la calidad del TIH y como consecuencia mejora en la atención al paciente.  
Unificación de criterios para que todos los TIH se realicen siguiendo las mismas normas.  
Revisar el procedimiento PC0715 para su adecuación a los nuevos criterios establecidos.  
Dinamización y optimización de los recursos, así como la capacidad de transformar los recursos según sea la demanda y/o el criterio del profesional médico del 061.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Definición de la base de datos con variables de explotación.

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 01/09/2022

Responsable.: Ana Belén Mendoza Barquín

2. Realización de la consulta y análisis de los datos

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Olga Soria/ Belén Mainar

3. Revisión del procedimiento de TIH del 061 (PC0715)

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Susana Salcedo / Grupo de Trabajo TIH

4. Difusión del procedimiento de TIH del 061 (PC0715)

Fecha inicio: 28/02/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Susana Salcedo / Grupo de Trabajo TIH

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

No procede

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de unidades asistenciales evaluadas según las variables definidas

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de unidades evaluadas

Denominador .....: número de unidades asistenciales 061

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documentación clínica TIH/ Bases de datos Séneca

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de profesionales a los que se ha difundido el nuevo procedimiento TIH (mín 2 por base)

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de profesionales a los que se ha difundido el nuevo procedimiento

Denominador .....: nº total de profesionales (muestra)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hojas de asistencia sesiones de difusión

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de concordancia entre el motivo del traslado y el score establecido por el centro sanitario emisor

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de avisos CIE concordante con score

Denominador .....: Nº de avisos relativos a TIH

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Documentación clínica TIH/ Bases de datos Séneca

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#813

### 1. TÍTULO

**MOTIVOS DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE UNA UNIDAD DE SVA. JUSTIFICACION CON SCORE Y CONCORDANCIA CON EL MOTIVO DE TRASLADO ESTABLECIDO ENTRE NIVELES ASISTENCIALES IMPLICADOS (COMPARATIVA 2018-2022)**

Est.Mín.1ª Mem ..: 20.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
No procede

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías urgencias y emergencias extrahospitalarias.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#934

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL VEHÍCULO DE INTERVENCION RAPIDA (VIR)

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#934 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
TORRES ZAMORANO FERNANDO

Título  
DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL VEHÍCULO DE INTERVENCION RAPIDA (VIR)

Colaboradores/as:  
ALVARO DOMINGUEZ EVA  
ASUN DIESTE ROBERTO  
MANERO ANSON YOLANDA  
MARTINEZ RAMIREZ CARLOS ALBERTO  
PETISME ZAMBRANA SANTIAGO  
SANCHO GUILLEN DAVID  
VIDAL PEREZ MARCELO

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: DIRECCIÓN

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Durante la crisis sanitaria, el Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) del 061 ARAGÓN ha reforzado su servicio con nuevos recursos, uno de estos nuevos recursos es el Vehículo de Intervención Rápida (VIR) dotados con conductor, médico y enfermero para la realización de la asistencia domiciliaria de los casos que lo precisen. Disponen de equipamiento técnico y material sanitario para la realización de técnicas de SVB y SVA. Su movilización en situaciones de urgencia y emergencia sanitaria es coordinada desde CCU del 061 ARAGÓN.

Estos nuevos recursos permiten:

Realizar la valoración y el seguimiento de los pacientes.

Sanitarizar las unidades de SVB para la atención y traslado de los pacientes.

Disminuir la presión asistencial hospitalaria producida durante la crisis sanitaria reduciendo el número de ingresos hospitalarios.

Apoyar y optimizar los recursos asistenciales de SVA.

La excelente respuesta proporcionada por los VIR desde su inicio en 2020 como refuerzo en la gestión de la demanda asistencial producida por la crisis sanitaria, ha hecho que queden incluidos como recursos estables de la organización haciendo extensiva su actuación a otras patologías. Se trata de un recurso básico en la resolución de la urgencia extrahospitalaria/domiciliaria en la ciudad de Zaragoza.

#### ÁREAS DE MEJORA

Al convertirse en un recurso estable para la gestión de la demanda asistencial en la ciudad de Zaragoza, es necesario definir y establecer en un Manual Operativo, el funcionamiento interno de este nuevo recurso englobando todos los procesos que se llevan a cabo:

Recepción, seguimiento y finalización del aviso.

Cumplimentación de la información clínica.

Aseguramiento del estado operativo.

Control de pedidos y almacén.

Así mismo, es necesaria la adaptación del árbol de tipificación del CCU a este nuevo recurso.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Necesidad de refuerzo del SUAP en la atención domiciliaria de pacientes sospechosos y confirmados de Covid-19 en Zaragoza capital durante la crisis sanitaria.

Implementación de recursos para la realización de una primera valoración del paciente tanto en domicilio como en vía pública.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Elaborar un Manual Operativo en el que se defina y establezca el funcionamiento interno de este nuevo recurso englobando todas las actividades de los procesos que se llevan a cabo:

Recepción, seguimiento y finalización del aviso.

Cumplimentación de la información clínica.

Aseguramiento del estado operativo.

Control de pedidos y almacén.

Adaptar el árbol de tipificación del CCU a la demanda asistencial atendida por los Vehículos de Intervención Rápida (VIR).

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Definición de las características técnicas del vehículo y del equipamiento

Fecha inicio: 01/05/2022

Fecha final: 01/06/2022

Responsable.: Fernando Torres / Eva Álvaro/ Yolanda Manero/ Santiago Petisme



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#934

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL VEHÍCULO DE INTERVENCION RAPIDA (VIR)

2. Definición del contenido de las mochilas y habitáculos del vehículo y de las revisiones periódicas

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: Eva Álvaro/ Yolanda Manero/ Carlos Martínez/David Sancho

3. Realización del inventario de equipos electromédicos y establecimiento de las actividades de mantenimiento del aseguramiento del estado operativo

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 01/10/2022

Responsable.: Fernando Torres / Eva Álvaro

4. Adaptación del árbol de tipificación del CCU

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 01/11/2022

Responsable.: Fernando Torres / Eva Álvaro/ Yolanda Manero

5. Elaboración del Manual Operativo de coordinación del VIR

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Fernando Torres / Eva Álvaro

6. Definición de indicadores de evaluación y elaboración del Cuadro de Mando

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Eva Álvaro/ Yolanda Manero/ Carlos Martínez/David Sancho

7. Formación a los profesionales que prestan su servicio en el VIR

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Fernando Torres

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

No procede

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de actividades integradas en el manual operativo de coordinación del VIR

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de actividades integradas en el manual

Denominador .....: Nº de actividades definidas para el aseguramiento del estado operativo del VIR

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Manual Operativo de Coordinación

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de equipos electromédicos inventariados

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de equipos electromédicos inventariados

Denominador .....: Nº de equipos electromédicos asignados al VIR

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Inventario de equipos

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de ramas del árbol de tipificación revisadas y adaptadas al recurso VIR

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de ramas del árbol de tipificación revisadas

Denominador .....: Nº de ramas del árbol de tipificación

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plataforma gestión de la demanda asistencial CCU

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Porcentaje de profesionales formados en el Manual Operativo de coordinación del VIR

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de profesionales formados

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#934

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL VEHÍCULO DE INTERVENCION RAPIDA (VIR)

Denominador .....: N° de profesionales asignados al VIR  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Expedientes cursos de formación  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Pcentaje de indicadores del Cuadro de Mando del VIR que han alcanzado el estándar establecido  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de indicadores que han alcanzado el estándar  
Denominador .....: N° de indicadores establecidos en el Cuadro de Mando  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de Mando VIR  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
No procede

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías urgencias y emergencias extrahospitalarias.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#945

### 1. TÍTULO

#### REORGANIZACION FUNCIONAL DE LA UNIDAD DE RESCATE EN MONTAÑA

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#945 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
ABELLA BARRACA SALAS

Título  
REORGANIZACION FUNCIONAL DE LA UNIDAD DE RESCATE EN MONTAÑA

Colaboradores/as:  
BATISTA PARDO SARA ABIGAIL  
GARCIA LUENGO MARTA  
LOPEZ GARCIA NIEVES  
MEGINO PEÑA VICTOR ENRIQUE  
SANJUAN TABUENCA ISABEL  
SANZ CARDIEL ALICIA  
WOHRLE NORBERT MICHAEL

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: DIRECCIÓN

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En abril del 2006 el Gobierno de Aragón y la Guardia Civil firman el "Convenio Marco de colaboración entre el Gobierno de Aragón y la Dirección General de la Guardia Civil del Ministerio del Interior, para la prestación del Servicio de Socorro en Montaña en Aragón". Posteriormente se renueva en 2015 y en 2019 con el Convenio entre el Ministerio del Interior (Dirección General de la Guardia Civil) y la Comunidad Autónoma de Aragón para el rescate en montañas y cavidades de Aragón.

Por estos convenios el Ministerio del Interior, a través de las diferentes Unidades de la Guardia Civil radicadas en la Comunidad Autónoma de Aragón, fundamentalmente las de Montaña y de Helicóptero, asume las operaciones de socorro y rescate en montaña de Aragón, integrando en sus dispositivos de rescate al personal sanitario especialmente capacitado y formado para estos fines que aporte el Servicio Aragonés de Salud, en concreto el 061 Aragón.

Inicialmente los profesionales sanitarios del 061 Aragón que prestaban este servicio estaban adscritos a la base de UME de Sabiñánigo. A partir del 2019 cualquier profesional sanitario con la formación necesaria para trabajar en el servicio de rescate en montaña puede formar parte de dicha unidad, sin ser necesario para ello estar adscrito a la base de UME de Sabiñánigo, ni a ninguna otra base del 061 ni servicio del Salud específicamente, siempre y cuando sea acreditado por la guardia civil y aprobado por el 061 Aragón. Todo ello unido a que en todos estos años ha habido una gran evolución en el rescate en montaña, tanto en las técnicas de rescate, como en el material utilizado, así como en los procedimientos sanitarios para con el rescatado, se hace muy necesaria una revisión y reorganización funcional de la unidad de rescate en montaña. Además, apoyando este proyecto, a través del decreto 148/2018 del 4 de septiembre, del Gobierno de Aragón, se crea el "Observatorio de la Montaña", al que pertenece como vocal el director gerente del 061 Aragón y cuyo objetivo es impulsar las políticas de seguridad en el medio natural en general y en la montaña en particular en Aragón.

#### ÁREAS DE MEJORA

Establecer un régimen de funcionamiento de la unidad, de acuerdo al manual operativo previo, pero adaptado a la nueva realidad de la unidad de rescate en montaña.

Nuevo sistema de acreditación para poder entrar a formar parte de la unidad de rescate de montaña de acuerdo con el convenio con la guardia civil.

Elaboración de algoritmos de actuación clínica.

Revisión de todas las actividades relativas al estado operativo de la unidad.

Revisión de los procedimientos de actuación en cuanto a la documentación médico-legal.

Actualización del material técnico y equipos de protección individual y colectivos necesarios para la actividad de rescate en montaña.

Definición de indicadores de actividad para el cuadro de mandos de la unidad de rescate en montaña.

#### ANALISIS DE CAUSAS

El cambio en el convenio del SALUD con la guardia civil requiere la reorganización de la unidad y el establecimiento de sus normal de funcionamiento interno, adaptadas además a la realidad asistencial de cada momento de acuerdo a los nuevos protocolos internacionales.

La participación del 061 en el observatorio de montaña implica la definición y el análisis de los avisos atendidos por la URM.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Establecer un procedimiento e instrucciones técnicas con las bases del funcionamiento de la nueva unidad de rescate en montaña.

Coordinar con la guardia civil un Nuevo sistema de acreditación para poder entrar a formar parte de la unidad de rescate de montaña y establecer los requisitos de contratación del 061 para dicha unidad.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#945

### 1. TÍTULO

#### REORGANIZACION FUNCIONAL DE LA UNIDAD DE RESCATE EN MONTAÑA

Elaborar algoritmos de actuación clínica.  
Revisar las actividades relativas al estado operativo de la unidad.  
Revisar los procedimientos de actuación en cuanto a la documentación medico-legal.  
Actualizar el material técnico y equipos de protección individual y colectivos necesarios para la actividad de rescate en montaña.  
Definir los indicadores de actividad para el cuadro de mandos de la unidad de rescate en montaña.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de un procedimiento e instrucciones técnicas del mismo que integre las actividades desarrolladas en la URM

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Salas Abella Barraca / Sara Batista / Norbert Wohrleo

2. Diseñar e implementar un nuevo sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de nueva incorporación

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Nieves López

3. Realización de algoritmos de actuación clínica

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 16/06/2022

Responsable.: Isabel Sanjuan/ Víctor Megino/ Marta García

4. Definición y evaluación de indicadores

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Alicia Sanz

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

No procede

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de actividades desarrolladas en la URM e integradas en el procedimiento e instrucciones

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de actividades integradas en la documentación

Denominador .....: Nº de actividades desarrolladas en la URM

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Procedimiento e instrucciones técnicas

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de profesionales acreditados con el nuevo sistema de acreditación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de profesionales acreditados con el nuevo sistema

Denominador .....: Nº total de profesionales de la URM (nueva incorporación)

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Expedientes de formación

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de indicadores evaluados que han alcanzado el estándar establecido

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de indicadores que alcanzan el estándar establecido

Denominador .....: Nº total de indicadores Cuadro de Mando URM

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Cuadro de Mando URM

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

No procede

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#945

### 1. TÍTULO

#### REORGANIZACION FUNCIONAL DE LA UNIDAD DE RESCATE EN MONTAÑA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías urgencias y emergencias extrahospitalarias.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#946

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO Y CERTIFICACION DE LA UNIDAD DE SIMULACION CLÍNICA DEL 061 ARAGON

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#946 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
BROSED YUSTE JAVIER

Título  
DISEÑO Y CERTIFICACION DE LA UNIDAD DE SIMULACION CLÍNICA DEL 061 ARAGON

Colaboradores/as:  
SOGAS REY ELIA  
GARCES BAQUERO PASCUALA  
LARA GONZALEZ M. ARANZAZU  
PALOMAR CARBO DAVID  
TOME REY ANA MARIA  
WOHRLE NORBERT MICHAEL

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: DIRECCIÓN

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La pedagogía constructivista sostiene que el conocimiento no se recibe de manera pasiva, sino que es construido activamente por el alumno, es por eso que el 061 Aragón apuesta por la realización de cursos en los que el alumno es un elemento activo dentro del proceso docente. La inclusión de la Simulación Clínica como herramienta docente permite que el alumno participe en la elaboración del aprendizaje, mediante su participación en los Escenarios Clínicos simulados

Entendemos por Simulación Clínica a la actividad formativa donde se experimenta en situaciones extraídas del mundo real (espejo), recreadas en Escenarios Clínicos Simulados, con una reflexión, análisis y discusión posterior (debriefing), donde el alumno es guiado por un instructor o facilitador tanto en el escenario como en el debriefing.

La simulación ayuda a reconocer y tratar problemas clínicos infrecuentes y a menudo complejos. Son situaciones de crisis que mediante la simulación se pueden entrenar en un ambiente controlado, para que, cuando se presenten en la situación real, el profesional tenga la experiencia y los conocimientos necesarios para un abordaje eficiente.

Todos los procesos desarrollados en el 061 Aragón están certificados de acuerdo a la Norma UNE-EN-ISO 9001:2015. Una vez diseñada y puesta en marcha la Unidad de Simulación Clínica, se procederá a su certificación con el objetivo de disminuir la variabilidad en el desarrollo de las actividades formativas y garantizar su estado operativo.

#### ÁREAS DE MEJORA

Las actividades formativas convencionales no consiguen desarrollar las competencias en sus tres aspectos (conocimientos, destrezas y habilidades no técnicas) necesarios para una aplicación eficiente del aprendizaje.

El alumno en las actividades formativas tradicionales no participa de una manera activa en la adquisición del conocimiento. La simulación clínica es una herramienta docente muy potente en la que el alumno sí que se involucra activamente en la construcción del aprendizaje, no solo mediante la experiencia en los escenarios clínicos simulados, sino también durante el debriefing o análisis reflexivo posterior.

La simulación acelera la adquisición de conocimientos, la práctica de destrezas y el desarrollo de habilidades no técnicas para incorporarlas a la labor asistencial en un ambiente seguro, es decir, sin riesgo para el paciente.

Las actividades formativas no estructuradas o homogeneizadas pueden tener un impacto negativo en los diferentes grupos de alumnos y en definitiva en la asistencia que prestan estos profesionales. Es por ello que surge la necesidad de evitar la variabilidad en todo el proceso docente.

Es por todo esto que el 061 Aragón apuesta por la integración de la Simulación Clínica como herramienta docente, incluyéndola como una línea estratégica en la formación de los profesionales y certificarla de acuerdo a la Norma UNE-EN-ISO 9001:2015.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Los propios profesionales implicados en la asistencia en Urgencias y Emergencias sanitarias son conscientes de la necesidad de entrenar situaciones a las que deben enfrentarse en situaciones reales mediante ambientes controlados, proporcionados por la simulación clínica. Los profesionales lo han puesto de manifiesto en las encuestas de diferentes actividades formativas.

La formación en la que el alumno no es partícipe del proceso de aprendizaje tiene un escaso grado de impacto sobre los conocimientos adquiridos.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#946

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO Y CERTIFICACION DE LA UNIDAD DE SIMULACION CLÍNICA DEL 061 ARAGON

Al no estar incluido la Unidad de Simulación, ni el proceso de aprendizaje mediante simulación clínica dentro del sistema de certificación de la calidad del 061 Aragón produce una variabilidad en el desarrollo de las actividades formativas y no se garantiza su estado operativo.

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Certificar los procesos docentes que se realicen en la Unidad de Simulación Clínica mediante la Norma UNE-EN-ISO 9001:2015

Disminuir la variabilidad en el desarrollo de las actividades formativas

Garantizar su estado operativo.

Los alumnos sean capaces de prevenir y manejar situaciones difíciles durante la asistencia sanitaria, y reflejar tanto los aspectos sociales, cognitivos e individuales de cada miembro del equipo de las Unidades Asistenciales, así como de la organización.

Los alumnos sean capaces de mejorar en la capacidad de liderazgo, resolución de problemas, trabajo en equipo y habilidades interprofesionales, comunicación, en un entorno de incertidumbre como son las urgencias y emergencias extrahospitalarias.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión comisión de docencia y formación continuada para la puesta en marcha de nueva metodología docente basado en la simulación clínica y la Constitución del grupo de trabajo

Fecha inicio: 08/03/2022

Fecha final.: 08/03/2022

Responsable.: Elia Sogas

2. Valoración de los contenidos propuestos por el grupo de trabajo. Establecimiento y valoración de los recursos humanos y materiales necesarios para la realización de la actividad formativa.

Fecha inicio: 16/03/2022

Fecha final.: 16/03/2022

Responsable.: Chabier Brosed, Pascuala Garcés y Ana Tomé

3. Formación de los miembros del grupo docente como Facilitadores en Simulación clínica.

Fecha inicio: 04/04/2022

Fecha final.: 13/05/2022

Responsable.: Chabier Brosed y Pascuala Garcés

4. Adecuación de los espacios y salas de simulación y Debriefing. Instalación de los maniqués de simulación.

Montaje de los equipos informáticos, sistemas de vídeo y audio

Fecha inicio: 21/03/2022

Fecha final.: 27/05/2022

Responsable.: Chabier Brosed y David Palomar

5. Diseño, aprobación y envío de solicitud de las actividades a la CFC. Establecer los sistemas de evaluación y el impacto de la actividad formativa. Programar, realizar y validar las actividades

Fecha inicio: 18/04/2022

Fecha final.: 29/04/2022

Responsable.: Aranzazu Lara y Norbert Wöhrle

6. Elaborar la documentación de referencia de la Unidad de Simulación de acuerdo a la Norma ISO 9001

Fecha inicio: 09/01/2023

Fecha final.: 13/03/2023

Responsable.: Elia Sogas, Pascuala Garcés, Ana tomé, Chabier Brosed, David Palomar, Aranzazu Lara y Norbert Wöhrle

7. Realizar auditoria interna de los procesos que se llevan a cabo en la Unidad de Simulación

Fecha inicio: 10/04/2023

Fecha final.: 14/04/2023

Responsable.: Elia Sogas y Chabier Brosed

8. Realizar una auditoria externa para los procesos que se llevan a cabo en la Unidad de Simulación por una entidad certificada

Fecha inicio: 05/06/2023

Fecha final.: 09/06/2023

Responsable.: Elia Sogas

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de requisitos iniciales de diseño de la unidad de simulación integrados en el diseño final

Tipo de indicador: Impacto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#946

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO Y CERTIFICACION DE LA UNIDAD DE SIMULACION CLÍNICA DEL 061 ARAGON

Numerador .....: N° de requisitos iniciales integrados  
Denominador .....: N° de requisitos iniciales diseñados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Plan de diseño y desarrollo de la Unidad de simulación  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de patología clínica urgente con escenarios clínicos simulados adecuados y creados para ellas.  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de patologías urgentes iniciales  
Denominador .....: N° de patologías urgentes con ECS adaptados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Plan de diseño y desarrollo de la Unidad de simulación  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Profesionales que se manifiestan de acuerdo con recomendar la actividad formativa recibida %  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de profesionales que se manifiestan de acuerdo con recomendar la formación  
Denominador .....: N° de profesionales que han recibido formación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción del alumno posterior a la formación  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Profesionales satisfechos con las actividades docentes impartidas %  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de profesionales que se manifiestan satisfechos con la formación  
Denominador .....: N° de profesionales que han recibido formación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción del alumno posterior a la formación  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. Profesionales satisfechos con el docente %  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de profesionales que se manifiestan satisfechos con el docente  
Denominador .....: N° de profesionales que han recibido formación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción del alumno posterior a la formación  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

6. Profesionales que se manifiestan de acuerdo con que los conocimientos adquiridos serán muy útiles %  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de profesionales que se manifiestan de acuerdo con que los conocimientos adquiridos serán muy útiles  
Denominador .....: N° de profesionales que han recibido formación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción del alumno posterior a la formación  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
. Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías en Urgencia y Emergencias Extrahospitalarias



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#946

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO Y CERTIFICACION DE LA UNIDAD DE SIMULACION CLÍNICA DEL 061 ARAGON

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#961

### 1. TÍTULO

#### ASEGURAMIENTO DEL ESTADO OPERATIVO DEL MATERIAL TECNICO DE RESCATE (INDIVIDUAL Y COLECTIVO) DE LA UNIDAD DE RESCATE EN MONTAÑA (URM)

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#961 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
PEREZ-NIEVAS LOPEZ DE GOICOECHEA JUAN

Título  
ASEGURAMIENTO DEL ESTADO OPERATIVO DEL MATERIAL TECNICO DE RESCATE (INDIVIDUAL Y COLECTIVO) DE LA UNIDAD DE RESCATE EN MONTAÑA (URM)

Colaboradores/as:  
ACOSTA BARRERA CLARA LUZ  
GARCIA MURILLO SERGIO  
GIL SUS GUILLERMO  
SILVESTRE ADIVINACION JORGE  
VAZQUEZ MARTINEZ MANUEL

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: DIRECCIÓN

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En abril del 2006 el Gobierno de Aragón y la Guardia Civil firman el "Convenio Marco de colaboración entre el Gobierno de Aragón y la Dirección General de la Guardia Civil del Ministerio del Interior, para la prestación del Servicio de Socorro en Montaña en Aragón". Posteriormente se renueva en 2015 y en 2019 con el Convenio entre el Ministerio del Interior (Dirección General de la Guardia Civil) y la Comunidad Autónoma de Aragón para el rescate en montañas y cavidades de Aragón.

Por estos convenios el Ministerio del Interior, a través de las diferentes Unidades de la Guardia Civil radicadas en la Comunidad Autónoma de Aragón, fundamentalmente las de Montaña y de Helicóptero, asume las operaciones de socorro y rescate en montaña de Aragón, integrando en sus dispositivos de rescate al personal sanitario especialmente capacitado y formado para estos fines que pertenece a la Unidad de Rescate en Montaña del 061. Los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en la Unidad de Rescate en Montaña (URM) del 061 Aragón, disponen de material y vestuario técnico específico para realizar los rescates de montaña, clasificados en Equipos de Protección Individual (EPI) y equipos de trabajo colectivo (material colectivo) así como de vestuario específico.

De acuerdo al Real Decreto 1076/2021, de 7 de diciembre, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual que regula la elección, utilización y mantenimiento de los equipos de protección individual en su artículo 6, cada organización debe definir las características que deberán reunir los equipos de protección individual para garantizar su función, teniendo en cuenta la naturaleza y magnitud de los riesgos de los que deban proteger, así como los factores adicionales de riesgo que puedan constituir los propios equipos de protección individual durante su utilización, verificando la conformidad del equipo elegido con las condiciones y requisitos establecidos y deberán, entre otras, responder a las condiciones existentes en el lugar de trabajo. Así mismo, la utilización, el almacenamiento, el mantenimiento, la limpieza, la desinfección cuando proceda, y la reparación de los equipos de protección individual deberán efectuarse de acuerdo con las instrucciones del fabricante (salvo casos particulares excepcionales). Los profesionales deben tener a su disposición las instrucciones del fabricante y las instrucciones que garanticen un procedimiento para el aseguramiento del estado operativo, mantenimiento, seguimiento y control de dicho material.

En cumplimiento de la legislación vigente y de las necesidades relativas a la reorganización funcional de la URM, es necesario establecer las actividades necesarias para la gestión del material técnico (individual y colectivo) y vestuario de la URM del 061, con el objetivo de asegurar el estado operativo de la unidad y garantizar la seguridad de los profesionales.

#### ÁREAS DE MEJORA

Adaptación del material técnico y vestuario a las necesidades de los profesionales sanitarios de la URM.  
Establecimiento de las actividades necesarias para el aseguramiento del estado operativo del material técnico y vestuario de la URM.  
Mantenimiento de un registro de revisiones y trazabilidad del material técnico y vestuario de la URM.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

La reorganización de la Unidad de Rescate en Montaña hace necesario una redefinición del material técnico individual y colectivo utilizado por estos profesionales así como del vestuario específico para los distintos tipos de rescate que garantice los requisitos establecidos en la legislación vigente y las necesidades de los profesionales.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Establecer las actividades necesarias para la gestión del material técnico (individual y colectivo) y vestuario de la Unidad de Rescate en Montaña (URM) del 061 ARAGÓN con el objetivo de asegurar el estado operativo de la unidad y garantizar la seguridad de los profesionales.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#961

### 1. TÍTULO

#### ASEGURAMIENTO DEL ESTADO OPERATIVO DEL MATERIAL TÉCNICO DE RESCATE (INDIVIDUAL Y COLECTIVO) DE LA UNIDAD DE RESCATE EN MONTAÑA (URM)

Definir el material técnico individual y colectivo (catálogo de material técnico)  
Establecer las actividades necesarias y periodicidad para la revisión, trazabilidad y seguimiento del material técnico y vestuario.  
Elaborar fichas técnicas de registro, verificación del material técnico individualizadas por profesional.  
Establecer los indicadores de evaluación de las actividades de aseguramiento del estado operativo del material técnico y vestuario.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Definición del material técnico (individual y colectivo) / vestuario

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final: 31/05/2022

Responsable.: Manuel Vázquez / Juan Pérez nievas

2. Establecimiento de las actividades necesarias para garantizar el estado operativo del material técnico y vestuario de la unidad

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final: 31/05/2023

Responsable.: Manuel Vázquez/ Sergio García/

3. Elaboración de las fichas individuales de registro, control y seguimiento del material técnico y vestuario

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final: 30/09/2023

Responsable.: Manuel Vázquez/ Jorge Silvestre

4. Registro de datos en las fichas individuales de material técnico y vestuario

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final: 31/12/2022

Responsable.: Profesionales sanitarios URM

5. Elaboración de la instrucción técnica de referencia en coordinación con el Servicio de PRL. Formación a los profesionales sanitarios URM

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final: 30/09/2022

Responsable.: Manuel Vázquez/ Juan Pérez Nievas

6. Definición y evaluación de indicadores de registro, control y seguimiento del material técnico y vestuario

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final: 28/02/2023

Responsable.: Manuel Vázquez/ Guillermo Sus

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

No procede

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de elementos revisados (material técnico y vestuario)

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de elementos revisados

Denominador .....: Nº de elementos URM

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Instrucción técnica / listado material técnico y vestuario

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de fichas de material técnico y vestuario cumplimentadas

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de fichas cumplimentadas

Denominador .....: Nº de fichas elaboradas por profesional

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Instrucción técnica / fichas de registro, control y seguimiento de material técnico y vestuario

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de profesionales sanitarios URM formados en la nueva instrucción técnica

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#961

### 1. TÍTULO

#### ASEGURAMIENTO DEL ESTADO OPERATIVO DEL MATERIAL TECNICO DE RESCATE (INDIVIDUAL Y COLECTIVO) DE LA UNIDAD DE RESCATE EN MONTAÑA (URM)

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: N° de profesionales sanitarios URM formados  
Denominador .....: N° de profesionales sanitarios URM  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Expedientes actividades formativas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Porcentaje de indicadores que alcanzan el estándar establecido

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de indicadores que alcanzan el estándar establecido  
Denominador .....: N° de indicadores definidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cuadro de Mando URM  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

No procede

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías urgencias y emergencias extrahospitalarias

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#978

### 1. TÍTULO

#### ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO DE COORDINACION PARA LA GESTION Y GARANTÍA DE CUSTODIA DE PRUEBAS EN INTERVENCIONES GRAVES (ASISTENCIA SANITARIA A VÍCTIMAS DE DELITOS GRAVES)

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#978 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
DOMINGUEZ PLO ESTHER

Título  
ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO DE COORDINACION PARA LA GESTION Y GARANTÍA DE CUSTODIA DE PRUEBAS EN INTERVENCIONES GRAVES (ASISTENCIA SANITARIA A VÍCTIMAS DE DELITOS GRAVES)

Colaboradores/as:  
GALLEGO GASCA MARIA ISABEL  
PUEYO VAL JAVIER

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: DIRECCIÓN

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 ARAGÓN (en adelante 061 ARAGÓN) es una institución de ámbito autonómico cuya finalidad es dar respuesta, las 24 horas del día y los 365 días del año, a las demandas de atención sanitaria urgente que se produzcan por parte de la población, movilizándolo en cada caso el recurso que se estime más adecuado atendiendo a criterios de gravedad, idoneidad, proximidad y disponibilidad.

El 061 ARAGÓN, a través de su Centro Coordinador de Urgencias (CCU), centraliza la información y la coordinación de los recursos sanitarios y no sanitarios participantes en la resolución de la urgencia y emergencia sanitarias. Las necesidades y expectativas se recogen a través de las reuniones mantenidas entre el Equipo Directivo y los responsables de entidades mediante las que se alcanzan acuerdos y convenios de colaboración.

Desde el inicio del 061 ARAGÓN estas alianzas se han establecido mediante convenios, acuerdos, contratos formales o colaboraciones mutuas en la resolución de la atención a la urgencia y emergencia en nuestra comunidad.

En relación con las actuaciones policiales en hechos de gravedad en las que se requiere la presencia o intervención de los Servicios Sanitarios del 061, la brigada Regional de Policía Judicial de la Jefatura Superior de Policía de Aragón, analizó la necesidad de establecer un sistema y protocolo de actuación conjunta para la recogida de muestras, pruebas y evitar manipulaciones innecesarias, pérdidas ... en los casos de asistencia sanitaria que puedan derivar en situaciones y actos judiciales.

#### ÁREAS DE MEJORA

Establecimiento de un procedimiento de actuación conjunto entre los distintos grupos participantes en los casos de asistencia sanitaria que puedan derivar en situaciones y actos judiciales.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No existe en la actualidad un protocolo o guía de actuación sistematizada de aplicación a estos casos de asistencia que establezca los pasos a seguir y recomendaciones en la actuación de nuestros profesionales sanitarios.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Establecer un procedimiento de actuación conjunto en intervenciones graves entre el 061 ARAGÓN y la Policía Nacional que contemple las siguientes actividades:

- Recomendaciones a la llegada al lugar del aviso.
- Recogida de pruebas (medios materiales necesarios)
- Elaboración, cumplimentación y trazabilidad de la hoja de recogida de datos.
- Establecimiento de la cadena de custodia de pruebas.
- Difusión y formación a los profesionales.
- Establecimiento de indicadores y evaluación del protocolo.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización de un cronograma de reuniones entre los distintos grupos de interés

Fecha inicio: 01/06/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Isabel Gállego

2. Elaboración del protocolo conjunto de actuación/ Diseño de la hoja de recogida de datos

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Javier Pueyo/ Esther Domínguez

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#978

### 1. TÍTULO

#### ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO DE COORDINACION PARA LA GESTION Y GARANTÍA DE CUSTODIA DE PRUEBAS EN INTERVENCIONES GRAVES (ASISTENCIA SANITARIA A VÍCTIMAS DE DELITOS GRAVES)

3. Formación a los profesionales

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Javier Pueyo

4. Evaluación del protocolo

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 30/04/2023

Responsable.: Javier Pueyo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

No procede

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de requisitos iniciales integrados en el protocolo de actuación conjunta

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: nº de actividades establecidas en protocolo

Denominador .....: nº de requisitos iniciales planificados

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Protocolo de actuación conjunta/ actas de reuniones

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Nº de profesionales formados en el protocolo

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: nº de profesionales formados

Denominador .....: nº de profesionales a los que se dirige el protocolo de actuación

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Expedientes actividades formativas

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Nº de hojas de registro cumplimentadas en intervenciones graves

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: nº de hojas de registro cumplimentadas

Denominador .....: nº de intervenciones graves producidas

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Hojas de registro / Base de datos plataforma informática de gestión de la demanda sanitaria en el CCU

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 90.00

4. Nº de incidencias resueltas producidas en la aplicación del protocolo

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de incidencias resueltas (establecimiento de acción correctiva)

Denominador .....: Nº de incidencias producidas

x(1-100-1000) ....: 100

Fuentes de datos.: Registro de incidencias/ Informes de no conformidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

No procede

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías urgencias y emergencias extrahospitalarias.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#978

### 1. TÍTULO

**ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO DE COORDINACION PARA LA GESTION Y GARANTÍA DE CUSTODIA DE PRUEBAS EN INTERVENCIONES GRAVES (ASISTENCIA SANITARIA A VÍCTIMAS DE DELITOS GRAVES)**

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#516

### 1. TÍTULO

#### **MEJORA DE LA IMAGEN CORPORATIVA Y LA SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONTROL Y CONSERVACION ADECUADA DE LAS PRENDAS Y EPIS QUE COMPONEN LA UNIFORMIDAD**

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#516 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
MARTIN APARICIO MANUEL JOSE

Título  
MEJORA DE LA IMAGEN CORPORATIVA Y LA SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONTROL Y CONSERVACION ADECUADA DE LAS PRENDAS Y EPIS QUE COMPONEN LA UNIFORMIDAD

Colaboradores/as:  
ABRIL PALAZON JOSE  
CRESPO COTAINA ALFREDO  
ESPINOSA SAN MARTIN RAUL  
FERNANDEZ EZCURRA ANA MARIA  
GONZALEZ QUINTAS M. ANGELES  
SALVADOR MAINAR GLORIA  
YUS BENITO SARA

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: GESTION ECONOMICA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La Gerencia del 061 ARAGÓN tiene como ámbito de actuación toda la Comunidad Autónoma. La Sede Central está ubicada en el Edificio Inocencio Jiménez y tiene adscritas distintas unidades asistenciales distribuidas por toda la Comunidad Autónoma: UME/UVI, CCU, SUAP y Unidad de Rescate en Montaña.

Esta situación implica la necesidad de establecer un procedimiento centralizado para garantizar la correcta gestión de las prendas/artículos que integran el vestuario de cada profesional. El establecimiento de un Sistema de Valija propio desde 2020 que realiza rutas semanales por todas las bases de las unidades asistenciales de la comunidad nos permite la centralización de esta gestión en la Unidad de Suministros del 061.

Es necesario el establecimiento de un procedimiento que permita una correcta distribución de uniformes así como la planificación del aprovisionamiento de nuevas prendas que sustituyan a las que han finalizado su ciclo de vida útil.

Para ello y con el objetivo de garantizar la seguridad de los profesionales es imprescindible el establecimiento de un sistema que permita la trazabilidad de cada artículo que compone la uniformidad.

Todo lo anterior nos va a permitir modernizar y mejorar la imagen corporativa del 061.

#### ÁREAS DE MEJORA

Determinar las prendas/ artículos que integran la uniformidad de cada una de las unidades del 061, sus características específicas, la periodicidad de reposición, trazabilidad en cuanto a la identificación y lavado, así como el estado de conservación de las mismas.

Establecer un procedimiento que garantice la correcta gestión de las actividades de suministro, almacenamiento, distribución, lavado, estado de conservación y trazabilidad del vestuario.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La gestión del lavado de uniformes descentralizada no garantizaba ni el estado de conservación ni la trazabilidad de las prendas, lo que conlleva a su vez, falta de uniformidad y detrimento de la imagen corporativa.

El tipo de lavado que necesitan algunas prendas con refractantes no era el adecuado provocando su deterioro anterior a la vida útil establecida por el fabricante.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Modernizar y mejorar la imagen corporativa del 061 Aragón.

Conservar en buen estado los Equipos de Protección Individual durante todo su ciclo de vida.

Garantizar la trazabilidad de cada prenda respecto a su vida útil, propietario y unidad a la que pertenece.

Garantizar la seguridad que proporciona la uniformidad a los profesionales.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Definición de las prendas/artículos que integran la uniformidad de los profesionales y contacto con proveedores

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 15/06/2022

Responsable.: Gloria Salvador Mainar / José Abril Palazón

2. Implementación del sistema de registro y trazabilidad de prendas



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#516

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA IMAGEN CORPORATIVA Y LA SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONTROL Y CONSERVACION ADECUADA DE LAS PRENDAS Y EPIS QUE COMPONEN LA UNIFORMIDAD

Fecha inicio: 15/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Manuel J. Martín Aparicio

3. Establecimiento del sistema para la clasificación de las prendas en las bases de las unidades asistenciales

Fecha inicio: 15/07/2022

Fecha final.: 30/07/2022

Responsable.: M<sup>a</sup> Ángeles González Quintas

4. Establecimiento del sistema de lavado de las mismas en coordinación con el hospital de referencia

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Raúl Espinosa San Martín

5. Establecimiento del sistema de recogida y distribución de las prendas

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/07/2022

Responsable.: Alfredo Crespo Cotaina

6. Elaboración del procedimiento de trabajo una vez validadas las actividades anteriores

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/10/2022

Responsable.: Manuel J. Martín Aparicio / Gloria Salvador Mainar

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de unidades asistenciales integradas en el catálogo de uniformidad 061

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de unidades asistenciales integradas en el catálogo de uniformidad 061

Denominador .....: Nº de unidades asistenciales del 061

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Catálogo de uniformidad 061

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 22.00

2. Porcentaje de unidades asistenciales que disponen de zona habilitada para la recogida y distribución

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de unidades asistenciales que disponen de zona habilitada

Denominador .....: Nº de unidades asistenciales del 061

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Catálogo de bienes inventariables 061

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 22.00

3. % de incidencias relativas al extravío de prendas respecto al número de prendas entregadas por mes

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de incidencias por extravío en un mes

Denominador .....: Nº de prendas entregadas en un mes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Albaranes de entrega y gestión de incidencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

4. % de incidencias relativas al deterioro de prendas respecto al número de prendas entregadas por mes

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de incidencias por extravío en un mes

Denominador .....: Nº de prendas entregadas en un mes

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Albaranes de entrega y gestión de incidencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#516

### 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA IMAGEN CORPORATIVA Y LA SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONTROL Y CONSERVACION ADECUADA DE LAS PRENDAS Y EPIS QUE COMPONEN LA UNIFORMIDAD**

Est.Máx.1ª Mem ..: 3.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 1.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> No procede

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#711

### 1. TÍTULO

#### GESTION DEL APARATAJE ASISTENCIAL DEL 061 ARAGON (GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO DEL ESTADO OPERATIVO)

Fecha de entrada: 20/07/2022

Nº de registro: 2022#711 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
GONZALEZ QUINTAS M. ANGELES

Título  
GESTION DEL APARATAJE ASISTENCIAL DEL 061 ARAGON (GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO DEL ESTADO OPERATIVO)

Colaboradores/as:  
ABRIL PALAZON JOSE  
MARTIN APARICIO MANUEL JOSE  
SALVADOR MAINAR GLORIA  
VICENTE VICENTE MARIA VILLAR  
YUS BENITO SARA

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: GESTION ECONOMICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Las unidades asistenciales del 061 ARAGÓN, disponen de aparataje electromédico para la realización de su actividad asistencial, siendo de vital importancia garantizar el aseguramiento de su estado operativo en la prestación de la atención sanitaria al paciente.

La creciente actividad de las unidades asistenciales, la implementación del Vehículo de Intervención Rápida (VIR), así como la propia innovación tecnológica, ha puesto de manifiesto la necesidad de la reorganización de la gestión del aparataje entre las distintas unidades intervinientes en el proceso.

El Sistema de Gestión de Calidad del 061 ARAGÓN está certificado según los requisitos establecidos en la norma UNE-EN-ISO 9001:2015 que, en su apartado 7.1.5, contiene los requisitos que debemos cumplir en el control de los equipos que utilizamos para realizar mediciones o efectuar el seguimiento de variables relativas al producto o al proceso, en nuestro caso, las relativas a la prestación de la asistencia sanitaria (proceso clave).

Cuando se utiliza seguimiento o medición para evidenciar la conformidad del servicio prestado con los requisitos especificados, la organización debe determinar los recursos necesarios para garantizar un control válido y fiable de la medición de los resultados. Esto conlleva la obligatoriedad de acuerdo a esta norma de la realización de un procedimiento que garantice la gestión y el aseguramiento del estado operativo del aparataje asistencial.

#### ÁREAS DE MEJORA

Necesidad de disponer de un inventario actualizado de todos los aparatos que utilizan las distintas unidades asistenciales en la prestación de su servicio, tanto propios de 061 como de la empresa de transporte sanitario urgente.

Necesidad de establecer las actividades de coordinación con la empresa de transporte sanitario urgente para garantizar la realización de las actividades de mantenimiento preventivo del aparataje propiedad de la empresa y utilizado en los distintos vehículos asistenciales.

Integrar las actividades necesarias para garantizar el estado operativo del aparataje asistencial realizadas por las distintas unidades y servicios del 061 (Área de Gestión Económica, Calidad, Coordinación de Enfermería).

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

En el 061 ARAGÓN no disponemos de un servicio de mantenimiento propio que gestione todas las actividades necesarias para el aseguramiento del estado operativo del aparataje asistencial, siendo necesaria la coordinación de varias unidades y servicios para la realización de estas actividades.

Nuestras unidades asistenciales están ubicadas en distintos puntos de la Comunidad Autónoma de Aragón siendo imprescindible el establecimiento de un procedimiento conjunto para la gestión del aparataje asistencial.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Establecer una sistemática para el control del funcionamiento de los aparatos médicos utilizados por el personal sanitario de las Unidades de Soporte Vital Avanzado (UME/UVI), del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP/VIR), del Centro Coordinador de Urgencias (CCU) y de la Unidad de Rescate en Montaña (URM), así como de otros equipos necesarios para garantizar la conformidad con los requisitos de los servicios prestados por la organización.

Establecer la gestión de las actividades de mantenimiento que engloban además del mantenimiento correctivo, las actividades necesarias para el mantenimiento preventivo de aquellos aparatos médicos y otros equipos que necesitan calibrarse y/o verificarse a intervalos periódicos para asegurar la validez de los resultados obtenidos así como todas aquellas actividades destinadas a protegerlos de su deterioro.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Realización y mantenimiento del inventario de aparataje asistencial

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#711

### 1. TÍTULO

#### GESTION DEL APARATAJE ASISTENCIAL DEL 061 ARAGON (GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO DEL ESTADO OPERATIVO)

Fecha inicio: 01/08/2022  
Fecha final.: 31/08/2022  
Responsable.: M<sup>a</sup> Ángeles González Quintas

2. Definición de las actividades necesarias para el aseguramiento del estado operativo del aparataje asistencial  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Manuel J. Martín Aparicio

3. Actualización del procedimiento PC0713 (Gestión del aparataje médico y otros equipos 061)  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Fernando Torres Zamorano

4. Solicitud de información para la calibración/verificación del aparataje asistencial de acuerdo al procedimiento establecido (PC0713)  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Manuel J. Martín Aparicio / José Abril Palazón

5. Supervisión de la calibración/ verificación del aparataje asistencial 061 (referencia requisitos ISO 9001:2015)  
Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: Fernando Torres Zamorano / M<sup>a</sup> Villar Vicente Vicente

6. Supervisión de la calibración/ verificación del aparataje asistencial empresa de transporte sanitario urgente  
Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 31/03/2023  
Responsable.: José Abril Palazón

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
No procede

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de aparataje asistencial inventariado  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nº de aparatos asistenciales inventariados  
Denominador .....: Nº total de aparatos asistenciales 061  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Aplicación informática SERPA / Archivo inventario de aparataje asistencial  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de actividades integradas en el procedimiento coordinado de gestión de equipos  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nº de actividades integradas en procedimiento  
Denominador .....: Nº de actividades definidas (requisitos iniciales)  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Procedimiento PC0713  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de aparatos asistenciales verificados/ calibrados del 061  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº de aparatos asistenciales verificados / calibrados 061  
Denominador .....: Nº total de aparatos asistenciales 061  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Informes técnicos de verificación / calibración  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. Porcentaje de aparatos asistenciales verificados/ calibrados empresa de transporte sanitario urgente

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#711

### 1. TÍTULO

#### GESTION DEL APARATAJE ASISTENCIAL DEL 061 ARAGON (GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO DEL ESTADO OPERATIVO)

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de aparatos asistenciales verificados / calibrados empresa de transporte sanitario urgente  
Denominador .....: N° total de aparatos asistenciales empresa de transporte sanitario urgente  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Informes técnicos de verificación / calibración  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
No procede

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías urgencias y emergencias extrahospitalarias.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#892

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE LA APLICACION DE GESTION DE FACTURACION A TERCEROS DEL 061 ARAGON

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#892 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
SALDAÑA ROYO SERGIO

Título  
DISEÑO DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE LA APLICACION DE GESTION DE FACTURACION A TERCEROS DEL 061 ARAGON

Colaboradores/as:  
ARAGON BAUTISTA ESTHER  
CINTO PASTORA EDUARDO  
FERNANDEZ EZCURRA ANA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: GESTION ECONOMICA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el 061 ARAGÓN la Dirección de Gestión y Servicios Generales y bajo su responsabilidad el Área de Gestión Económica (Grupo de Facturación) es la encargada de realizar las actividades de gestión relativas a la facturación a terceros. El personal del Grupo de Facturación recibe la información necesaria para la elaboración de la factura relativa a la asistencia prestada por las distintas unidades asistenciales para su gestión. Para el registro de la información necesaria para la emisión de la factura, se debe cumplimentar el formato F060501 Asistencia de emergencias facturables a través del display ubicado en cada vehículo o manualmente, según proceda. Una vez recibidos los partes de asistencia/ traslado de las distintas unidades asistenciales debidamente cumplimentados, el personal del Grupo de Facturación procede a la mecanización de los datos en el programa informático de "facturación cargos a terceros" para la emisión de la factura. Se trata de una aplicación propia que se desarrolló cuando se creó el 061 y resulta ya obsoleta (necesita sistemas operativos cliente de 32 bits), siendo necesaria su sustitución por una nueva aplicación con una arquitectura adecuada a los sistemas de información actuales.

A esta situación hay que añadir que la aplicación ERP del Gobierno de Aragón (SERPA) no incluye módulo de facturación a terceros, quedando en manos de cada sector cubrir dicha necesidad.

#### ÁREAS DE MEJORA

- Aplicación multiplataforma (independencia de plataforma cliente)
- Posibilidad de integración con otras aplicaciones (captura de datos de informes de asistencia de transporte sanitario)
- Mejora en la explotación de datos de la aplicación (Informes, integración con cuadro de mando)

#### ANALISIS DE CAUSAS

- La aplicación actual ha quedado obsoleta tecnológicamente, solo funciona sobre plataformas de 32 bits (Windows XP) y no esta soportada por nuestros puestos de trabajo actuales (Windows 10 64 bits)
- No puede integrar con otras aplicaciones (Importar ni exportar datos)
- Informes generados por la aplicación actual insuficientes para las necesidades actuales

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Diseño desarrollo e implementación de una aplicación de facturación con los siguientes requisitos:
- Multiplataforma (independencia de plataforma cliente)
- Arquitectura de 3 capas con uso cliente ligero (navegador web)
- Procesos de facturación (crear, modificar, anular facturas)
- Trazabilidad de estado de facturas (pendientes, enviadas, reiteradas, cobradas, anuladas)
- Seguimiento de cobros
- Importación de datos de otras aplicaciones (XML, CSV o similar)
- Generación de informes avanzados (información gráfica, datos agregados o desagregados)

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Análisis de necesidades y búsqueda de herramientas

Fecha inicio: 15/03/2022  
Fecha final.: 15/05/2022  
Responsable.: SERGIO SALDAÑA

#### 2. Desarrollo de la solución

Fecha inicio: 15/05/2022  
Fecha final.: 30/08/2022  
Responsable.: SERGIO SALDAÑA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#892

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE LA APLICACION DE GESTION DE FACTURACION A TERCEROS DEL 061 ARAGON

3. Pruebas y validación  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: ANA FERNANDEZ

4. Elaboración de manuales de uso  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: ESTHER ARAGON

5. Pilotaje en entorno productivo  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/10/2022  
Responsable.: EDUARDO CINTO

6. Formación de usuarios  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: SERGIO SALDAÑA

7. Evaluación del proceso  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 15/11/2022  
Responsable.: SERGIO SALDAÑA

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de requisitos iniciales integrados  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....:  
Denominador .....:  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.:  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

2. % de profesionales de la unidad de facturación y contabilidad formados en el uso de la nueva aplicac  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....:  
Denominador .....:  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.:  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de facturas generadas respecto al total de las susceptibles  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....:  
Denominador .....:  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.:  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 100.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Unidad de facturación y contabilidad del 061, Usuarios del servicio de Urgencias y Emergencias 061, Compañías aseguradoras

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#892

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE LA APLICACION DE GESTION DE FACTURACION A TERCEROS DEL 061 ARAGON

Participación de la población: Activo



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#504

### 1. TÍTULO

#### MEJORA CONEXION SERVIDORES GESTION STATUS Y GEOLOCALIZACION AMBULANCIAS

Fecha de entrada: 07/07/2022

Nº de registro: 2022#504 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
SOLER BASA FRANCISCO JOSE

Título  
MEJORA CONEXION SERVIDORES GESTION STATUS Y GEOLOCALIZACION AMBULANCIAS

Colaboradores/as:  
LOU BLASCO EVA  
SAMPERIZ MURILLO MARTA BEATRIZ

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: INFORMÁTICA

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Después de la migración de los servidores Séneca a Walqa, para evitar la dependencia de los equipos antiguos existentes en el CPD del 061, es necesario plantear las mejoras en interconexión de los nuevos servidores con proveedores externos de información necesaria para el desarrollo diario del trabajo del 061 Aragón.

#### ÁREAS DE MEJORA

Prescindir de los equipos (routers) de conexión intermedios, Séneca - Empresa de Transporte Sanitario Urgente (TSU), ubicados en el CCU del 061 (Gerencia 061).

#### ANALISIS DE CAUSAS

La existencia de routers de la Empresa de Transporte Sanitario Urgente, ubicados físicamente en el 061, generan un punto de riesgo de fallo en las comunicaciones y una dependencia física con equipos externos intermedios que interesa hacer desaparecer para que sea más óptimo el traslado de los servicios séneca (y los asociados) a Walqa.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Al establecer una conexión VPN, directa y con seguridad, entre la Empresa de Transporte Sanitario Urgente y los servidores de Walqa gestionados por AST pretendemos:

Eliminar el riesgo de fallo de los routers ubicados en el 061.

Asegurar que cualquier mejora o cambio del sistema de trabajo del 061 sólo deberemos optimizarla en la sede de Walqa por haber eliminado esos equipos de comunicaciones de puntos intermedios.

Optimizar la eficiencia de las comunicaciones.

Garantizar la seguridad de la información.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Coordinación de los equipos de trabajo de las tres partes implicadas para la planificación de los trabajos a realizar

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 12/09/2022

Responsable.: Francisco José Soler Basa

2. Pruebas de conexión entre la sede de la empresa de transporte sanitario urgente y las instalaciones del CPD del Gobierno de Aragón en Walqa

Fecha inicio: 13/09/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Francisco José Soler Basa

3. Establecimiento final de la comunicación entre las instalaciones de la empresa de transporte sanitario urgente y los servidores de Seneca ubicados en el CPD del Gobierno de Aragón en Walqa

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/10/2022

Responsable.: Francisco José Soler Basa

4. Realización de pruebas piloto de verificación de envío de status entre la aplicación informática Seneca y los equipos embarcados en los vehículos de la empresa de transporte sanitario urgente

Fecha inicio: 02/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Eva Lou Blasco / Marta Sampériz Murillo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#504

### 1. TÍTULO

#### MEJORA CONEXION SERVIDORES GESTION STATUS Y GEOLOCALIZACION AMBULANCIAS

1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de los requisitos iniciales integrados en el nuevo sistema de envío de status

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° de requisitos integrados

Denominador .....: N° de requisitos iniciales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Aplicación informática de la demanda asistencial Seneca

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de fallos de envío de status entre la aplicación Séneca y los dispositivos embarcados

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: N° de fallos de envío

Denominador .....: N° total de envío de status realizados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Aplicación informática de la demanda asistencial Seneca

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías urgencias y emergencias extrahospitalarias.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#527

### 1. TÍTULO

#### CONEXION NUEVOS SERVIDORES DE MAPAS DE SENECA (ARCGIS) CON BBDD IGEAR

Fecha de entrada: 08/07/2022

Nº de registro: 2022#527 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
SAMPERIZ MURILLO MARTA BEATRIZ

Título  
CONEXION NUEVOS SERVIDORES DE MAPAS DE SENECA (ARCGIS) CON BBDD IGEAR

Colaboradores/as:  
LOU BLASCO EVA  
SOLER BASA FRANCISCO JOSE

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: INFORMÁTICA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Durante el proceso de traslado de los servidores de la aplicación informática de gestión de la demanda asistencial en el Centro Coordinador de Urgencias (CCU), Seneca, se detectó la necesidad de planificar la instalación de nuevos servidores de mapas de isócronas de Seneca, en Walqa, para asegurar la actualización de esos mapas desde una base fiable y oficial que los renueve con suficiente frecuencia.

Los mapas de isócronas están creados para definir el área de actuación de cada unidad asistencial, que se moviliza desde el CCU, asegurando un tiempo mínimo de llegada al aviso desde la ubicación del recurso.

#### ÁREAS DE MEJORA

Hasta la fecha los mapas de Seneca se actualizaban de forma manual nutriéndose de fuentes que ni actualizaban con suficiente frecuencia los cambios ni eran las oficiales del Gobierno de Aragón. Esta situación podría dar lugar a errores en el cálculo de los tiempos de llegada a los avisos, por no disponer de información oficial y actualizada con suficiente frecuencia, en relación con mapas de carreteras y planos de las localidades.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La falta de actualización automática, y de fuentes oficiales, de los mapas municipales, provinciales o regionales de Aragón supone un problema para que la ubicación de una dirección, en la que se ha producido una urgencia o emergencia de las que se atienden desde el CCU, sea fiable y permita el envío del recurso adecuado, al lugar correcto, garantizando que el recurso pueda llegar al aviso en el menor tiempo posible.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Al establecer una conexión permanente entre los servidores de mapas del Instituto Geográfico de Aragón y los de Séneca, y tras todas las tareas de diseño y optimización del intercambio de esos mapas entre las BBDD de IGEAR y las de Seneca, puede asegurarse que la información geográfica que se maneja en Séneca esté actualizada adecuada, y automáticamente, desde una fuente fiable y oficial.

Esto permitiría localizar adecuadamente desde las aplicación Seneca cualquier dirección desde la que se comunique una urgencia o emergencia y asegurar que el recurso que se decida enviar, desde el CCU, será dirigido al lugar correcto de forma más eficiente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Coordinación entre las distintas partes interesadas (Seneca - 061 - IGEAR - AST)

Fecha inicio: 01/08/2022

Fecha final.: 21/08/2022

Responsable.: Francisco Soler Basa

2. Pruebas de conexión servidores Seneca con los servidores del IGEAR

Fecha inicio: 22/08/2022

Fecha final.: 22/11/2022

Responsable.: Francisco Soler Basa

3. Conexión Final IGEAR - Seneca (Walqa)

Fecha inicio: 23/11/2022

Fecha final.: 23/12/2022

Responsable.: Francisco Soler Basa

4. Pruebas de validación de planos, ubicaciones e isócronas

Fecha inicio: 02/01/2023

Fecha final.: 22/01/2023

Responsable.: Marta Samperiz Murillo \ Eva Lou Blasco

5. Puesta en servicio de la solución final e implementación en los puestos de trabajo del CCU

Fecha inicio: 23/01/2023

Fecha final.: 31/01/2023

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#527

### 1. TÍTULO

#### CONEXION NUEVOS SERVIDORES DE MAPAS DE SENECA (ARCGIS) CON BBDD IGEAR

Responsable.: Marta Samperiz \ Eva Lou \ Francisco Soler

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de requisitos iniciales planificados e implementados en el nuevo sistema

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de requisitos iniciales implementados

Denominador .....: Número de requisitos iniciales planificados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos del Instituto Geográfico de Aragón

Base de datos de Seneca

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de capas de información geográfica actualizadas automáticamente en Seneca

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Número de capas actualizadas

Denominador .....: Número total de capas óptimas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos del Instituto Geográfico de Aragón

Base de datos de Seneca

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de incidencias generadas derivadas de la actualización automática de todos los planos

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de incidencias generadas

Denominador .....: Número de planos actualizados

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Base de datos del Instituto Geográfico de Aragón

Base de datos de Seneca

Est.Mín.1ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 5.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías en urgencias y emergencias extrahospitalarias

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#870

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE INTEGRAL EN INCIDENTES DE MULTIPLES VÍCTIMAS (IMV) Y CATASTROFES

Fecha de entrada: 26/07/2022

Nº de registro: 2022#870 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
LASERNA RODRIGUEZ NAIARA

Título  
IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE INTEGRAL EN INCIDENTES DE MULTIPLES VÍCTIMAS (IMV) Y CATASTROFES

Colaboradores/as:  
AGUDO ABAD JARA CARLOTA  
ARREGUI RODRIGO AIDA  
FERRER BUJ CARMEN  
SORIA VILLANUEVA NOELIA

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: OTROS SERVICIOS

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la actualidad, las catástrofes y los incidentes de múltiples víctimas son eventos cada vez más frecuentes y tanto la sociedad como los equipos de emergencias debemos estar preparados para afrontarlas en las mejores condiciones posibles. Para ello necesitamos contar con métodos y herramientas cada vez más prácticos y adaptados a los recursos y entornos existentes. Una de esas mejoras que se está aplicando ampliamente en el ámbito de la atención a múltiples víctimas es el uso de un doble sistema de triaje: uno básico, que pueda ser aplicado por personal sanitario o no sanitario con formación al respecto, y uno avanzado, más ajustado a la posterior intervención sanitaria. Este nuevo enfoque lleva a la necesidad de contar con protocolos y herramientas de rápida y sencilla aplicación, y una formación y difusión adecuadas a todos los posibles equipos intervinientes.

061 Aragón, como responsable sanitario en un incidente de estas características que suponga la activación de planes de emergencias, debe contar con recursos que le permitan actuar de la mejor manera posible y coordinar la difusión de protocolos y herramientas que permitan la homogeneización de la asistencia en IMV y catástrofes.

#### ÁREAS DE MEJORA

- La falta de criterios unificados de triaje en un incidente multidisciplinar conlleva una pérdida de eficacia y una discrepancia en la atención a los pacientes.
- Los distintos materiales de triaje pueden suponer un retraso en la atención por su diferente cumplimentación y colocación.
- El triaje en dos fases no es conocido por todos los grupos afectados y requiere herramientas específicas para su aplicación.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

- Triage unificado: aunque existen algoritmos de triaje ampliamente extendidos, el uso por parte de alguno de los equipos intervinientes de otro sistema provoca discrepancias que luego deben ser corregidas, con la consecuente pérdida de tiempo. Así mismo, esa diferente clasificación afectaría a la totalidad de las víctimas, pues puede alterar el orden de la posterior atención y retrasar la asistencia a víctimas más graves.
- Material unificado: cada material de triaje requiere su curva de aprendizaje. Si en un IMV cada equipo utiliza un material para identificar a las víctimas desconocido por los demás, eso conlleva un retraso en su atención. Si a este hecho le sumamos las diferentes opciones de colocación de cada uno de ellos, la búsqueda, identificación y asistencia de cada víctima se verían claramente afectadas.
- Material adecuado: el material utilizado actualmente en la atención a IMV está creado para seleccionar un primer nivel de triaje y posteriormente reflejar su evolución. Sin embargo, el método de doble triaje, que ha demostrado mejores resultados en entornos con asistencia sanitaria especializada, tiene difícil cabida en las herramientas de triaje actuales si se aplican de manera individual, pues no recogen de forma visible el nivel de triaje avanzado ni permiten grandes variaciones respecto a la clasificación inicial.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general: mejorar la asistencia inicial a las víctimas en IMV y catástrofes.

#### Objetivos específicos:

- Establecer un protocolo de triaje basado en la evidencia y adaptado a las condiciones propias.
- Definir el material de triaje que mejor se adapte a las necesidades de todos los equipos intervinientes.
- Difundir los métodos y materiales de triaje establecidos, entre todos los participantes.

Población diana: todos los posibles afectados en IMV y catástrofes en la Comunidad Autónoma de Aragón.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Elaboración de protocolo de triaje

Fecha inicio: 01/03/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#870

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE INTEGRAL EN INCIDENTES DE MULTIPLES VÍCTIMAS (IMV) Y CATASTROFES

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Naiara Laserna

#### 2. Selección comparativa de material de triaje

Fecha inicio: 01/10/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Naiara Laserna

#### 3. Elaboración de un programa de difusión

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Naiara Laserna

#### 4. Difusión del protocolo y las herramientas a personal sanitario

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 31/05/2023

Responsable.: Noelia Soria

#### 5. Difusión del protocolo y las herramientas a personal no sanitario

Fecha inicio: 01/06/2023

Fecha final.: 30/09/2023

Responsable.: Noelia Soria

#### 6. Análisis y evaluación

Fecha inicio: 01/03/2023

Fecha final.: 30/11/2023

Responsable.: Naiara Laserna

#### \*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

· Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Se ha presentado un protocolo de triaje en tiempo y forma

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Apartados del protocolo realizados + presentación

Denominador .....: Protocolo completo

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Protocolo

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Se ha presentado un análisis comparativo de materiales de triaje para su posterior selección

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Número de materiales de triaje candidatos + análisis

Denominador .....: Número total de materiales de triaje accesibles + análisis

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Búsqueda bibliográfica y medios comerciales

Est.Mín.1ª Mem ..: 40.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Se han realizado sesiones de difusión del protocolo a los grupos de interés

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Grupos a los que se ha impartido difusión

Denominador .....: Número total de grupos diana

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Plan sanitario de emergencias y catástrofes, pliego de transporte sanitario urgente, PLATEAR

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 4. El personal interviniente aplica correctamente el protocolo en escenarios simulados o reales.

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Valoración obtenida en informe de evaluación de IMV o simulacro

Denominador .....: Valoración máxima de informe de evaluación

x(1-100-1000) ...: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#870

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE INTEGRAL EN INCIDENTES DE MULTIPLES VÍCTIMAS (IMV) Y CATASTROFES

Fuentes de datos.: Plan sanitario de emergencias y catástrofes

Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

5. El personal interviniente dispone de material de triaje

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: Grupos con material de triaje  
Denominador .....: Número total de grupos diana  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta a grupos diana  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 75.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Incidentes de múltiples víctimas

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#906

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA AL NUEVO EMPLEADO

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#906 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
BETRIAN DOMINGUEZ JULIA

Título  
DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA AL NUEVO EMPLEADO

Colaboradores/as:  
ANDRES ALDERETE SONIA  
AÑON GIMENO DAVID  
APARICIO BENEDI MARIA LUISA  
ARNAL DOMINGUEZ ANA ROSA  
FERNANDEZ VERGIZAS MARIA PILAR  
FUERTES PUEYO SERGIO  
MORENO ALCUTEN M. ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: PERSONAL

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En el 061 ARAGÓN la Dirección de Gestión y Servicios Generales y bajo su responsabilidad la Unidad de Personal es la encargada de la gestión del personal.  
Para la realización de sus actividades la Unidad de Personal cuenta con un software específico de forma que para todo el personal del 061 ARAGÓN se dispone de una ficha informática donde se registran tanto los datos personales como los datos del contrato así como un dossier donde se archivan los documentos relativos a cada trabajador.  
El 061 ARAGÓN determina la competencia del personal que presta sus servicios en la organización mediante la especificación de las funciones y responsabilidades relativas a cada puesto de trabajo definidas en los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad y la elaboración de un procedimiento PC0601 "Gestión de recursos humanos" donde se describen las actividades realizadas para la gestión del personal que realiza trabajos que afectan a la calidad de los servicios prestados. Cuando se realiza una nueva contratación se entrega al profesional que se incorpora en el servicio un "Manual de acogida del nuevo empleado" (MAC060101) donde se hace una presentación y descripción del 061 ARAGÓN, en cuanto a su estructura y funcionamiento.  
La incorporación a un nuevo puesto de trabajo supone un acontecimiento importante, tanto en la vida de los profesionales como en el de las organizaciones. Por ello, es necesario que las actividades relativas a la incorporación de nuevos profesionales estén perfectamente definidas e integradas en un mismo procedimiento, apoyando el registro de dichas actividades a través de un itinerario mediante una herramienta informática que nos permita seguir la trazabilidad de las mismas garantizando así su gestión integrada en los distintos servicios y departamentos del 061.

#### ÁREAS DE MEJORA

Falta de información al personal de nueva incorporación sobre la estructura organizativa y los procesos desarrollados en el 061.  
Gestión documentada de las tareas necesarias en la incorporación de personal (credenciales, materiales, documentación, formación...).

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Gran rotación de personal en las distintas unidades asistenciales y servicios del 061.  
Dispersión geográfica de las unidades asistenciales en la Comunidad Autónoma.  
Falta de herramienta informatizada y procedimiento unificado para la gestión de las tareas relativas a la incorporación de nuevos profesionales, específicas para cada puesto de trabajo.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Determinar las actividades necesarias para la acogida al nuevo profesional por departamento, área, servicio y unidad asistencial.  
Creación del procedimiento unificado e integrado de incorporación de personal.  
Diseño e implementación de una herramienta informática para gestión y seguimiento de los flujos de tareas de incorporación de personal.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Constitución de un grupo de trabajo para la detección de necesidades y expectativas de los distintos grupos de interés  
Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Julia Betrián

2. Unificación de procedimientos e instrucciones técnicas de trabajo de los distintos departamentos y



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#906

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA AL NUEVO EMPLEADO

servicios implicados  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Luisa Aparicio / Julia Betrián

3. Diseño y desarrollo de aplicación informática  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: David Añón

4. Formación a los usuarios en la herramienta informática  
Fecha inicio: 01/10/2022  
Fecha final.: 28/02/2023  
Responsable.: David Añón

5. Pilotaje y validación de la herramienta informática  
Fecha inicio: 01/03/2023  
Fecha final.: 30/03/2023  
Responsable.: Pilar Fernández / Sergio Fuertes / Isabel Moreno / Ana Arnal

6. Puesta en marcha de la herramienta informática  
Fecha inicio: 01/04/2023  
Fecha final.: 30/04/2023  
Responsable.: David Añón

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
No procede

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % Requisitos iniciales integrados en la nueva aplicación  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de requisitos iniciales integrados  
Denominador .....: N° de requisitos iniciales establecidos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Expediente del proyecto / herramienta informática  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % de usuarios formados en los nuevos procedimientos y aplicación  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de profesionales formados  
Denominador .....: N° de profesionales implicados en el proceso de acogida al nuevo empleado  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Expedientes de actividad formativa  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % Incidencias resueltas durante la validación  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de incidencias resueltas  
Denominador .....: N° de incidencias generadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Registro de incidencias 061  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % Profesionales de nueva incorporación acogidos mediante el nuevo procedimiento  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de profesionales acogidos mediante el nuevo procedimiento  
Denominador .....: N° de profesionales de nueva incorporación  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Herramienta informática acogida nuevo profesional  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#906

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA AL NUEVO EMPLEADO

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
No procede

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías urgencias y emergencias extrahospitalarias.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#799

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN REGISTRO INFORMATICO PARA EL CONTROL DIARIO DE LA GESTION DE LAS BOTELLAS DE OXÍGENO EN LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA) DEL 061 ARAGON

Fecha de entrada: 25/07/2022

Nº de registro: 2022#799 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
LOPES GARZON PEDRO

Título  
DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN REGISTRO INFORMATICO PARA EL CONTROL DIARIO DE LA GESTION DE LAS BOTELLAS DE OXÍGENO EN LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA) DEL 061 ARAGON

Colaboradores/as:  
AGUILO ANENTO BERNARDO  
CASANOVA ROYO ANA ISABEL  
GARCIA MURILLO SERGIO  
LIZANA SANCHEZ JULIA ESMERALDA  
SANCHEZ DELGADO JOSE RAMON  
SUBIRATS DOLZ MARIA PILAR

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: UME ALCAÑIZ

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Todas las UME/UVI disponen de un almacén en su base para el almacenamiento de los medicamentos, el material fungible y los productos sanitarios necesarios para el desarrollo de su actividad asistencial. Las botellas de oxígeno medicinal son suministradas por la empresa de transporte sanitario urgente y almacenadas en la base de cada unidad asistencial.

Cuando se receptiona una nueva botella de oxígeno, el personal sanitario registra el nombre, lote y fecha de caducidad del producto en la ficha correspondiente del mes en el que caduca.

Se propone la elaboración de un registro interno que garantice la trazabilidad de las botellas de oxígeno de las USVA de la base de Alcañiz ya que la normativa vigente establece que el oxígeno precisa unas condiciones específicas de mantenimiento y almacenaje en toda su vida útil. De esta forma no sólo se trabaja sobre el control de un recurso material, sino que repercute directamente sobre la seguridad del paciente y el aseguramiento del estado operativo de la unidad asistencial.

#### ÁREAS DE MEJORA

Elaboración del registro interno de entrada y salida de botellas de oxígeno de las USVA. Se dispondrá de una hoja de registro en cada vehículo (UME/UVI). Determinar el porcentaje de cumplimentación de dicha hoja en base al registro de entradas y salidas de botellas de oxígeno del almacén a cada vehículo, de forma mensual.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

El procedimiento establecido en vigor garantiza únicamente el registro de lote y caducidad así como la presión de las botellas ubicadas en el vehículo, este procedimiento no contempla la trazabilidad de la botella desde su salida de la base logística de la empresa de transporte sanitario urgente hasta su uso en el vehículo. Cada botella de oxígeno se almacena en la base logística de la empresa de transporte sanitario urgente, en el almacén de la base de la UME/UVI de Alcañiz y posteriormente en cada vehículo, por lo que es necesario garantizar su trazabilidad a lo largo de su vida útil.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Garantizar la trazabilidad de las botellas de oxígeno medicinal:  
Establecer un procedimiento interno para el control del lote y caducidad de las botellas de oxígeno.  
Diseñar un registro de entrada y salida de botellas de oxígeno de los distintos almacenes y vehículos.  
Fomentar el registro de entrada y salida de las botellas de oxígeno cada vez que se repongan.  
Revisar el porcentaje de cumplimentación del registro de botellas de oxígeno de forma mensual.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Establecimiento de procedimiento interno para el control de lote y caducidad de las botellas de oxígeno

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/06/2022

Responsable.: Pedro Lopes/ Ana Casanova

2. Diseño de la hoja de registro de entrada y salida de las botellas de oxígeno

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 17/07/2022

Responsable.: Bernardo Aguiló/ Sergio García

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#799

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN REGISTRO INFORMATICO PARA EL CONTROL DIARIO DE LA GESTION DE LAS BOTELLAS DE OXÍGENO EN LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA) DEL 061 ARAGON

3. Control mensual de la hoja de registro de entrada y salida de las botellas de oxígeno

Fecha inicio: 01/07/2022

Fecha final.: 31/01/2023

Responsable.: Julia Lizana/ Pilar Subirats/ José Ramón Sánchez

4. Realización de la sesión de difusión del procedimiento establecido

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 03/06/2022

Responsable.: Pedro Lopes/ Julia Lizana

5. Evaluación del procedimiento establecido (control de caducidades y lotes / trazabilidad)

Fecha inicio: 01/02/2023

Fecha final.: 31/03/2023

Responsable.: Pedro Lopes

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

No procede

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % de cumplimentación de la hoja de registro de entradas y salidas de las botellas de oxígeno

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: número de registros cumplimentados

Denominador .....: número de botellas utilizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hojas de registro UME/UVI // Hojas de registro de la empresa de transporte sanitario urgente

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % del cumplimentación de la hoja de registro de control de caducidades (fecha y número de lote)

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de registros cumplimentados

Denominador .....: número de botellas utilizadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de control de caducidades UME/UVI

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % de profesionales formados en el nuevo procedimiento

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: número de profesionales de enfermería formados

Denominador .....: número de profesionales de enfermería UME/UVI Alcañiz

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja de asistencia reunión de difusión del procedimiento

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

4. % de incidencias mensual relativas al control y trazabilidad de las botellas de oxígeno

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: número de incidencias producidas mensualmente

Denominador .....: número de botellas utilizadas mensualmente

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hojas de registro UME/UVI // Hojas de registro de la empresa de transporte sanitario urgente

Est.Mín.1ª Mem ..: 3.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 2.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 2.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

No procede

POBLACIÓN DIANA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#799

### 1. TÍTULO

**DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN REGISTRO INFORMATICO PARA EL CONTROL DIARIO DE LA GESTION DE LAS BOTELLAS DE OXÍGENO EN LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA) DEL 061 ARAGON**

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambos sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías urgencias y emergencias extrahospitalarias.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#941

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN REGISTRO INFORMATICO PARA EL CONTROL DIARIO DE ESTUPEFACIENTES (UME ALCAÑIZ)

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#941 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
FERRER BUJ CARMEN

Título  
DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN REGISTRO INFORMATICO PARA EL CONTROL DIARIO DE ESTUPEFACIENTES (UME ALCAÑIZ)

Colaboradores/as:  
JIMENEZ AUSEJO LAURA  
LOPEZ PUENTE ENRIQUE  
PARAMIO ANDRES ANGELES  
PERONA FLORES NURIA  
SANCHO PELLICER ANTONIO

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: UME ALCAÑIZ

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La distribución de medicamentos estupefacientes está regulada por ley, así el Servicio de Farmacia de 061 dota a cada unidad asistencial de SVA de un stock inicial de estupefacientes: Cloruro mórfico, Fentanilo, Petidina y Ketamina.

Cuando un médico de UME/UVI prescribe y administra un estupefaciente debe solicitar su reposición, entregando al Servicio de Farmacia un "Vale-petición de estupefacientes", donde constan los datos del facultativo y del paciente al que se le ha administrado, unidad, fecha y firma del colegiado cumplimentado sin enmiendas ni tachaduras.

Mensualmente se revisa la concordancia entre la dotación inicial y las existencias reales de los estupefacientes junto con los vales-petición cumplimentados antes de la realización del pedido mensual de estupefacientes al Servicio de Farmacia, para detectar las posibles discrepancias y poder subsanarlas.

Se propone una hoja de Acces para mayor control de fármacos estupefacientes donde conste: fecha, ubicación y cantidad de cada uno de ellos tanto en vehículo como maletines, caja fuerte y talonario de recetas de cloruro mórfico, fentanilo, petidina y ketamina, registrando diariamente quiénes realizan la revisión tanto en UME como en UVI pudiendo incluir personal médico de la empresa de transporte sanitario urgente. Se incluiría una zona de observaciones dónde anotar la salida de recetas enviadas por valija al Servicio de Farmacia y recepción de los fármacos consumidos o caducados.

El registro permite llevar un control interno exhaustivo de los estupefacientes de forma que resulte sencillo identificar el error humano (fallo de contaje) tanto por parte de la unidad como por parte de farmacia, así como añadir un nuevo fármaco cuando sea preciso.

#### ÁREAS DE MEJORA

Tener un control exacto en el momento de entrega de talonarios de recetas y recepción de estupefacientes en la base. En ese impas de tiempo es muy complicado tener un control real entre lo que hay y lo que debería de haber. De esta forma, el total de estupefacientes tiene que coincidir con las recetas enviadas pendientes de recibir los fármacos.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

No cabe duda, que el error humano siempre va a estar presente, pero con este sistema de registro se minimiza y es sencillo de detectar, ver dónde está el error y establecer áreas de mejora, incidiendo además en la seguridad del paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Disponer de un sistema seguro y eficaz del control de los estupefacientes y que permita identificar y subsanar posibles errores de contaje y aseguramiento operativo que garanticen la seguridad del paciente.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Diseñar y elaborar una hoja registro Access de registro de estupefacientes

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Enrique López Puente

2. Rellenar diariamente hoja de registro en Access con los datos especificados

Fecha inicio: 01/06/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Profesionales médicos de la unidad

3. Formación a los usuarios en la nueva aplicación en Access

Fecha inicio: 01/06/2022

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#941

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN REGISTRO INFORMATICO PARA EL CONTROL DIARIO DE ESTUPEFACIENTES (UME ALCAÑIZ)

Fecha final.: 30/09/2022

Responsable.: Enrique López Puente

#### 4. Evaluación de los registros cumplimentados

Fecha inicio: 01/01/2023

Fecha final.: 28/02/2023

Responsable.: Carmen Ferrer Buj

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

No procede

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Porcentaje de datos cumplimentados en la hoja de registro

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: Nº de campos cumplimentados

Denominador .....: Número de campos definidos

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Hoja Access

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Porcentaje de profesionales médicos formados en la nueva aplicación

Tipo de indicador: alcance

Numerador .....: Nº de profesionales formados

Denominador .....: Nº de profesionales médicos adscritos a la base de Alcañiz

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Expedientes de formación

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 3. Nº de incidencias detectadas y subsanadas en el registro de datos de control de estupefacientes

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Nº de incidencias subsanadas

Denominador .....: Nº de incidencias detectadas en el registro

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registro de incidencias

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

No procede

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías urgencias y emergencias extrahospitalarias.

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#752

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE BOMBEROS DE BAJO CINCA Y EMERGENCIAS SANITARIAS 061 FRAGA EN EL RESCATE DE VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRAFICO

Fecha de entrada: 22/07/2022

Nº de registro: 2022#752 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
PONTAQUE PEREZ MARTA

Título  
COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE BOMBEROS DE BAJO CINCA Y EMERGENCIAS SANITARIAS 061 FRAGA EN EL RESCATE DE VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRAFICO

Colaboradores/as:  
CORTES GAYARRE MARIA BELEN  
ECHANIZ SERRANO EMMANUEL  
FUERTES BLASCO MARIA PAZ  
GIMENEZ BLASCO NATALIA  
PALLAS PONS BEGOÑA  
POLO OSANZ CARMEN NIEVES  
SANCLEMENTE SAEZ JORGE

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: UME FRAGA

Línea estratégica: --Otras--

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:

Si bien la siniestralidad por accidente de tráfico ha disminuido en las últimas décadas, son numerosas las víctimas por este tipo de incidente: 1004 fallecidos y 3728 heridos graves en el año 2021. El 75% de las víctimas que fallecen lo hacen en la denominada "hora de oro", esto es, en la primera o segunda hora tras el accidente. Una atención rápida y de calidad, mejora el pronóstico vital de las víctimas. Igualmente, la morbilidad de las lesiones se ve incrementada en función del retraso en la asistencia y resolución definitiva en el hospital. Una de las funciones de los equipos de emergencias de 061 Aragón es la atención inicial al trauma grave, es decir, pacientes con lesiones graves producidas por agentes externos, entre ellos las víctimas por accidentes de tráfico. Esta asistencia se realiza en colaboración con los cuerpos de bomberos y de seguridad. Durante la intervención, tanto la seguridad de las víctimas y los profesionales, como la rapidez y la calidad asistencial, requieren de una buena comunicación y coordinación entre los servicios implicados. Desde la creación de la Base de 061 Aragón en Fraga, ha habido encuentros amistosos entre los servicios de Bomberos de Bajo Cinca y 061, que han contribuido a mejorar las relaciones interpersonales de los profesionales y la calidad asistencial. Sin embargo, la movilidad del personal sanitario de 061 Aragón, junto a la incorporación de nuevos profesionales al Parque de Bomberos del Bajo Cinca, hace necesaria la planificación ordenada de una serie de encuentros en los que intercambiar conocimientos e información sobre nuestros respectivos métodos de trabajo. Como resultado mejoraremos en la comunicación, coordinación, gestión y asistencia en los accidentes de tráfico, en beneficio de las víctimas y de los intervinientes.

ÁREAS DE MEJORA

1. Comunicación y coordinación entre los equipos de Bomberos y 061 en Fraga.
2. Conocimiento de los nuevos procedimientos de trabajo utilizados por Bomberos por parte del personal de 061 Aragón.
3. Conocimiento del procedimiento de valoración sanitaria de la víctima de accidente de tráfico y del manejo de material de movilización/inmovilización por parte de los nuevos profesionales del parque de Bomberos.

ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Incorporación de nuevos profesionales al Parque de Bomberos en Fraga. En 2020-21 se ha producido la integración de este Parque en el Servicio de Prevención, Extinción de Incendios y Salvamento de la Diputación de Huesca.
2. Incorporación del método para el rescate en accidentes de tráfico APRAT/DGT.
3. Falta de experiencia en el manejo de material sanitario.
4. Tiempo de andadura de los equipos del Parque de Bomberos de Fraga (un año desde la incorporación de los nuevos profesionales).

OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Mejora de la relación interpersonal entre los equipos implicados en el proyecto.
2. Mejora de la comunicación entre los equipos implicados en la asistencia a víctimas de accidente de tráfico.
3. Mejora de los conocimientos sobre los procedimientos de trabajo de ambos servicios.
4. Mejora de los conocimientos de las herramientas de trabajo.
5. Mejora de la seguridad de los profesionales implicados en la asistencia en accidentes de tráfico.
6. Mejora de la seguridad de la víctima de accidente de tráfico.
7. Mejora de la coordinación en la asistencia a las víctimas de accidente de tráfico.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#752

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE BOMBEROS DE BAJO CINCA Y EMERGENCIAS SANITARIAS 061 FRAGA EN EL RESCATE DE VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRAFICO

8. Mejora en los tiempos y en la calidad asistencial de la víctima de accidente de tráfico.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. REUNIÓN DISEÑO ACTIVIDADES. Establecimiento de vía de comunicación (e mail) entre responsable del Parque de Bomberos y responsable del proyecto 061.

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 01/03/2022

Responsable.: Marta Pontaque/Paz Fuertes

2. INVITACIÓN ASISTENCIA CUERPOS DE SEGURIDAD. Entrega de cartas, con invitación y cronograma de actividades, a los mandos de Guardia Civil de Fraga y Policía Local de Fraga.

Fecha inicio: 22/03/2022

Fecha final.: 22/03/2022

Responsable.: Jorge Sanclemente/Begoña Pallás

3. TALLER 1

MOVILIZACIÓN/INMOVILIZACIÓN

Collarín cervical, férulas de extremidades, férula espinal o FERNO-KED. Extracción: deslizamiento sobre tablero espinal., movilización con tablero espinal largo,

Fecha inicio: 21/04/2022

Fecha final.: 04/05/2022

Responsable.: Emmanuel Echaniz/Belén Cortés

4. TALLER 2

ASISTENCIA INICIAL A LA VÍCTIMA DE ACCIDENTE DE TRÁFICO: ABCD.

Valoración inicial de la víctima de accidente de tráfico: ABCDE

Control de hemorragia externa: compresión externa y torniquete

Fecha inicio: 05/05/2022

Fecha final.: 18/05/2022

Responsable.: Marta Pontaque/Paz Fuertes

5. TALLER 3

APROXIMACIÓN AL SINIESTRO: SEGURIDAD INICIAL.

Emplazamiento seguro del vehículo. Zonificación del escenario. Prioridades iniciales. Control de riesgos.

Estabilización y creación de espacio

Fecha inicio: 12/09/2022

Fecha final.: 22/09/2022

Responsable.: Natalia Gimenez/Nieves Polo

6. ENCUESTA DE SATISFACCION

Fecha inicio: 23/09/2022

Fecha final.: 23/09/2022

Responsable.: Marta Pontaque

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Cada taller se repite en dos ocasiones con la intención de abarcar el mayor numero de profesionales.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Cumplimiento del calendario de actividades conjuntas 061 Aragón y Parque de Bomberos de Bajo Cinca

Tipo de indicador: Alcance

Numerador .....: N° actividades realizadas

Denominador .....: N° actividades programadas

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Memoria del proyecto

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. % profesionales consideran muy util el contenido de las actividades para su actividad profesional

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: n° de profesionales que consideran muy util el contenido de las actividades para su actividad profesional

Denominador .....: n° de profesionales que han realizado las actividades

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#752

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE BOMBEROS DE BAJO CINCA Y EMERGENCIAS SANITARIAS 061 FRAGA EN EL RESCATE DE VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRAFICO

3. % profesionales aconsejarían la realización de la actividad a otros compañeros  
Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: nº profesionales aconsejarían la realización de la actividad a otros compañeros  
Denominador .....: nº de profesionales que han realizado la actividades  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

4. % profesionales consideran adecuado el contenido de las actividades  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: nº profesionales consideran adecuado el contenido de las actividades  
Denominador .....: nº de profesionales que han realizado la actividades  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuesta de satisfaccion  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
No procede

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

Participación de la población: Activo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#872

### 1. TÍTULO

#### DOCUMENTO DE BUENAS PRACTICAS PARA LA ACTUACION CONJUNTA DE PARQUE DE BOMBEROS DE BAJO CINCA Y 061 ARAGON EN LA ASISTENCIA EN LOS ACCIDENTES DE TRAFICO

Fecha de entrada: 27/07/2022

Nº de registro: 2022#872 \*\* Mejora de la Práctica Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
ECHANIZ SERRANO EMMANUEL

Título  
DOCUMENTO DE BUENAS PRACTICAS PARA LA ACTUACION CONJUNTA DE PARQUE DE BOMBEROS DE BAJO CINCA Y 061 ARAGON EN LA ASISTENCIA EN LOS ACCIDENTES DE TRAFICO

Colaboradores/as:  
ALARCON MAZA ALEXANDRA  
CASASNOVAS LOU MARIA PILAR  
CORTES GAYARRE MARIA BELEN  
FUERTES BLASCO MARIA PAZ  
PALLAS PONS BEGOÑA  
PONTAQUE PEREZ MARTA  
RILLO CALVO EVA MARIA

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: UME FRAGA

Línea estratégica: Mejora de la Práctica Clínica

PERTINENCIA DEL PROYECTO  
IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:

Dentro de la actividad asistencial que desarrollan los equipos de emergencias sanitarios, la atención a las víctimas por accidentes de tráfico supone uno de los retos más importantes para los que se necesita una preparación especial. Además de los conocimientos de la fisiopatología, evaluación y manejo del paciente, se debe trabajar en colaboración con Bomberos y otros colectivos en condiciones muchas veces estresantes, lo que exige una coordinación y un trabajo en equipo.

No es habitual que desde las Gerencias de los Servicios de Emergencia prehospitalarios, de los Parques de Bomberos o desde otras instituciones se fomenten encuentros entre ambos colectivos para mejorar las relaciones y procedimientos consensuados en la atención a accidentes de tráfico u otros eventos.

En encuentros amistosos entre el personal de 061 Aragón y el personal del Parque de Bomberos de Fraga se ha detectado la necesidad de consensuar un procedimiento de actuación en la asistencia en los accidentes de tráfico, que minimice los desencuentros durante la actuación de los equipos de emergencias sanitarias y el equipo de extinción de incendios y rescate, y establezca las competencias de los diferentes intervinientes. Mediante el desarrollo de un procedimiento de actuación conjunta entre ambos servicios, aumentaría la seguridad de los profesionales y víctimas implicados, la comunicación entre los profesionales, la calidad de la asistencia sanitaria a las víctimas y conseguiríamos mejorar los tiempos de actuación, tan importantes en la asistencia al trauma grave.

Así mismo, tal y como se aconseja en el "Protocolo de actuación y buenas prácticas en la atención sanitaria inicial al accidentado de tráfico" del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES). Ed. SANIDAD 2010. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, el manejo adecuado del paciente con trauma grave en el lugar del accidente, así como de las circunstancias de la escena de actuación, exigen la existencia de unos procedimientos coordinados de actuación conjunta conocidos por todos los intervinientes.

Actualmente se trabaja de acuerdo a los criterios del mando sanitario y del mando del equipo de rescate que participan en cada incidente, llegando a consensos sobre el terreno.

Desde la creación de la Base de 061 Aragón en Fraga, ha habido encuentros entre los Servicios de Emergencias y de Rescate, que han contribuido a mejorar las relaciones interpersonales y la calidad asistencial. No obstante, la movilidad del personal sanitario de 061 Aragón, junto a la incorporación de nuevos profesionales al Parque de Bomberos del Bajo Cinca, ha puesto de manifiesto que existen diferencias a la hora coordinarse, y que la existencia de un procedimiento común sería de gran utilidad para todos.

#### ÁREAS DE MEJORA

Con la redacción del documento se pretenden mejorar los siguientes aspectos:

1. Coordinación y la colaboración entre el cuerpo de bomberos y el personal del 061 Aragón de Fraga en relación a la asistencia inicial al accidentado de tráfico.
2. Comunicación entre los equipos para reducir los tiempos de respuesta en la atención inicial al accidentado de tráfico.
3. Calidad asistencial de las víctimas de los accidentes de tráfico.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

1. Conocer cuáles son los puntos donde debería haber mayor coordinación entre ambos colectivos en un accidente de tráfico. Reunión entre sanitarios del 061 Aragón y Bomberos de Fraga para diseñar el método aplicable tanto para los sanitarios como para bomberos (tormenta de ideas, elaboración de una encuesta).

2. Análisis de la información recogida. La información recogida servirá de base para elaborar el procedimiento, y el cronograma de la jornada de trabajo.

3. Reunión entre sanitarios de 061 Aragón para acordar nuestro procedimiento de actuación sanitaria.

4. Reunión de un miembro del proyecto con el Responsable del Parque de Bomberos de Fraga (Carlos Badía), con

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#872

### 1. TÍTULO

#### DOCUMENTO DE BUENAS PRACTICAS PARA LA ACTUACION CONJUNTA DE PARQUE DE BOMBEROS DE BAJO CINCA Y 061 ARAGON EN LA ASISTENCIA EN LOS ACCIDENTES DE TRAFICO

el fin de recabar información en relación a la seguridad del entorno, de los intervinientes y de la víctima, y consensuar la actuación a la hora de decidir las posibles vías de extracción de la víctima.  
5. Jornada de Trabajo 061 Aragón- Bomberos Fraga.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1. Mejora de la comunicación entre los equipos implicados en la asistencia a víctimas de accidente de tráfico.
2. Mejora de la coordinación en la asistencia a las víctimas de accidente de tráfico.
3. Mejora de la seguridad de los profesionales implicados en la asistencia en accidentes de tráfico.
4. Mejora de la seguridad de la víctima de accidente de tráfico.
5. Mejora en los tiempos y en la calidad asistencial de la víctima de accidente de tráfico.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Reunión sanitarios 061 Aragón. Reunión con los oficiales y el Responsable del Parque de Bomberos de Bajo Cinca.  
Fecha inicio: 01/07/2022  
Fecha final.: 31/07/2022  
Responsable.: Emmanuel Echániz/Coordinador parque Bomberos Fraga

2. Redacción del Documento de Actuación  
Fecha inicio: 31/07/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Emmanuel Echániz/Marta Pontaque/Paz Fuertes/Belen Cortes/Coordinador Bomberos parque Fraga

3. Jornada de Trabajo 061 Aragón- Bomberos Bajo Cinca, para la difusión del procedimiento y su entrenamiento mediante un simulacro. Encuesta de satisfacción.  
Fecha inicio: 03/10/2022  
Fecha final.: 30/11/2022  
Responsable.: Belén Cortés/ Begoña Pallas

4. Análisis de la encuesta de satisfacción  
Fecha inicio: 01/12/2022  
Fecha final.: 30/12/2022  
Responsable.: Eva Rillo/Pilar Casanovas/Alex Alarcon

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
· Ninguna

#### INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Existe un documento de actuación conjunta entre 061 Aragón y Parque de Bomberos de Bajo Cinca

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: Nº de reuniones de elaboración del documento realizadas  
Denominador .....: Número de reuniones de elaboración de documento programadas  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Memoria de proyecto  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Se realiza una Jornada de Trabajo entre 061 Aragón y Parque de Bomberos de Bajo Cinca

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: Nº de actividades realizadas  
Denominador .....: Nª de actividades programadas  
x(1-100-1000) ....: 100  
Fuentes de datos.: Memoria de proyecto  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Encuesta de satisfacción al finalizar la jornada de trabajo para conocer la opinión de los participa

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: Nº de profesionales que consideran muy útil el contenido de las actividades para su actividad profesional  
Denominador .....: Nº de profesionales que han realizado las actividades  
x(1-100-1000) ....: 100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#872

### 1. TÍTULO

#### DOCUMENTO DE BUENAS PRACTICAS PARA LA ACTUACION CONJUNTA DE PARQUE DE BOMBEROS DE BAJO CINCA Y 061 ARAGON EN LA ASISTENCIA EN LOS ACCIDENTES DE TRAFICO

Fuentes de datos.: Encuesta de satisfacción

Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#793

### 1. TÍTULO

#### DIGITALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE REVISION DE LA AMBULANCIA DE LA UME DE MONREAL

Fecha de entrada: 24/07/2022

Nº de registro: 2022#793 \*\* Seguridad Clínica \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CASTRO SALANOVA RAFAEL

Título  
DIGITALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE REVISION DE LA AMBULANCIA DE LA UME DE MONREAL

Colaboradores/as:  
ADALID GUILLEN URSULA  
ALCON ALONSO JOSE MANUEL  
FERNANDEZ DE RETANA ROYO ESTIBALIZ  
GAMBARO ROYO MARIA BEGOÑA  
LOPEZ CIERCOLES JOAQUIN

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: UME MONREAL

Línea estratégica: Seguridad Clínica

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

El Mapeo y digitalización de la base de Monreal del Campo permitirá digitalizar todas las tareas de mantenimiento y revisión de Monreal del Campo de la ambulancia, así mismo facilitará la localización de cualquier material tanto en la ambulancia por parte de cualquier persona que acuda a trabajar a esta base.

#### ÁREAS DE MEJORA

Dificultad a la hora de encontrar tanto algunos materiales como fármacos  
Mejora en la gestión de caducidades: al buscar un material concreto aparecerían todas las ubicaciones de ese material lo que facilitaría la gestión de las caducidades  
Facilitar la tarea de la realización del petitorio de material y de medicación ya que en ocasiones la denominación del material en el petitorio es distinta de la denominación común de ese material, al haber referencia cruzada desaparecería esta dificultad.

#### ANALISIS DE CAUSAS

La diferente ubicación y denominación de los materiales en la base de Monreal del Campo puede dificultar la realización de las diferentes tareas sobre todo para el personal no habitual de la base de Monreal del Campo, así mismo ese desconocimiento puede retrasar la correcta asistencia del enfermo, lo cual en situación crítica puede tener trascendencia

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Ubicar digitalmente todos los elementos de la base de Monreal del Campo en dos fases: Una primera fase de la UME de Monreal del Campo y una segunda Fase del Almacén de dicha base

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

#### 1. Mapeo y Digitalización de la Ambulancia

Fecha inicio: 13/12/2021  
Fecha final.: 31/03/2022  
Responsable.: Rafael Castro

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

#### 1. Se ha realizado el mapeo de la Ambulancia

Tipo de indicador: Impacto  
Numerador .....: espacios identificados  
Denominador .....: espacios mapeados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 80.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 95.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

#### 2. Se ha realizado una sesión para dar a conocer el funcionamiento de la aplicación

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: personal sanitario y no sanitario de la base de Monreal que ha participado de la sesión

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#793

### 1. TÍTULO

#### DIGITALIZACION DE LAS ACTIVIDADES DE REVISION DE LA AMBULANCIA DE LA UME DE MONREAL

Denominador .....: personal de la base de Monreal (sanitario y no sanitario)  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: propia  
Est.Mín.1ª Mem ..: 60.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
· Ninguna

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> No es un proyecto destinado a ninguna patología

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1080

### 1. TÍTULO

#### FORMACION BIDIRECCIONAL CON EL SERVICIO DE BOMBEROS DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1080 \*\* Adecuación \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
IBÁÑEZ LOPEZ MARIA SOLEDAD

Título  
FORMACION BIDIRECCIONAL CON EL SERVICIO DE BOMBEROS DE BARBASTRO

Colaboradores/as:  
AGUDO ABAD JARA CARLOTA  
LAHOZ LASALA CLARA  
LOPEZ SANVICENTE MARIA CARMEN  
PORROCHE URTIAGA CARLOS  
SANJUAN TABUENCA ISABEL

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: UME MONZON

Línea estratégica: Adecuación

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Intercambio de conocimientos entre Bomberos y Sanitarios para la coordinación de nuestros servicios en las asistencias de pacientes en los escenarios en los que se comparte actuación de ambos servicios (rescate de pacientes complejos, movilización correcta de pacientes, asistencia domiciliaria a pacientes que no pueden abrir por patología actual, incendios -tanto actuación adecuada en el lugar como asistencia a implicados-, etc.

#### ÁREAS DE MEJORA

1. Seguridad del escenario del accidente/incendio...
2. Extricación de pacientes politraumatizados en ATF.
3. Acceso a pacientes en escenarios complicados.
4. Movilización e inmovilización del paciente en distintos escenarios.
5. Primeros auxilios y tratamiento posterior de pacientes quemados o intoxicados con CO u otras sustancias tóxicas de un incendio.
6. RCP básica.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Falta de coordinación por desconocimiento de los protocolos que domina el otro centro (061 desconoce los protocolos de Bomberos y Bomberos los de 061).

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Lograr una perfecta coordinación en la asistencia a los pacientes que atendemos simultáneamente. La población diana está compuesta por todas aquellas personas que, en un momento dado, precisan de la asistencia conjunta de Bomberos y Servicios de Emergencia Sanitaria de nuestra zona de actuación (área de referencia de Monzón - Barbastro).

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Sesiones formativas teóricas (de 3 a 5 sesiones)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Soledad Ibáñez López

2. Sesiones prácticas (de 3 a 5)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 30/06/2023

Responsable.: Soledad Ibáñez López

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

. Ninguna

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de alumnos formados de 061  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° alumnos formados 061  
Denominador .....: N° alumnos 061  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: \*  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1080

### 1. TÍTULO

#### FORMACION BIDIRECCIONAL CON EL SERVICIO DE BOMBEROS DE BARBASTRO

Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

2. Porcentaje de alumnos formados del Parque de Bomberos

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° alumnos formados Parque Bomberos  
Denominador .....: N° alumnos Parque Bomberos  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: \*  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

3. % alumnos de acuerdo o muy de acuerdo con la utilidad de la actividad formativa para su trabajo.

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° alumnos de acuerdo/muy de acuerdo utilidad para el trabajo de la actividad formativa  
Denominador .....: N° de alumnos formados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: \*  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 1.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

4. % alumnos de acuerdo/muy de acuerdo con adecuación contenidos a los objetivos de los talleres

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° alumnos de acuerdo/muy de acuerdo con adecuación de contenidos a los objetivos de los talleres  
Denominador .....: N° de alumnos formados  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: \*  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 0.00

5. Índice medio de satisfacción de actividad docente

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: \*  
Denominador .....: \*  
x(1-100-1000) ...: 1  
Fuentes de datos.: \*  
Est.Mín.1ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 10.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 0.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 10.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

· Ninguna

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#535

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION Y ORGANIZACION DEL ESTOCAJE Y MEJORA DE LA ERGONOMÍA DENTRO DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES UME Y UVI DE LA BASE DE SABIÑANIGO Y JACA DEL 061 ARAGON

Fecha de entrada: 09/07/2022

Nº de registro: 2022#535 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CAÑARDO ALASTUEY CLARA

Título  
ADECUACION Y ORGANIZACION DEL ESTOCAJE Y MEJORA DE LA ERGONOMÍA DENTRO DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES UME Y UVI DE LA BASE DE SABIÑANIGO Y JACA DEL 061 ARAGON

Colaboradores/as:  
ANTON RAMAS ROBERTO  
CALDERON RAMIREZ JAIME  
CERDAN SANZ ANA ISABEL  
LAGUARTA ORTAS ANA ISABEL  
NAVARRO GRACIA MERCEDES  
URZOLA MOREU GEMMA

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: UME SABIÑANIGO

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

La asistencia a la población potencialmente enferma con carácter urgente y emergente, además de conocimientos teórico-prácticos adecuados a la atención sanitaria, implica la adecuada administración y utilización de fármacos, material médico y fungible.

La adecuación correcta del stock, la distribución ordenada de dicho material en el almacén, el adecuado nivel de máximos y mínimos, así como la distribución de dicho material en las unidades asistenciales para su transporte y utilización, redundan en la eficiencia, en la ergonomía y en la seguridad del paciente.

#### ÁREAS DE MEJORA

-Alta caducidad de material fungible y de farmacia en almacenes de las bases.

-Demasiado material en las mochilas asistenciales.

-Muchas duplicidades y triplicidades de material en la ambulancia y las mochilas asistenciales.

#### ANALISIS DE CAUSAS

Las unidades asistenciales del 061-Aragón no tienen un consenso establecido en cuanto a la disposición del material y los stocks de almacén ni en cuanto a la disposición del material en el vehículo asistencial, más allá de unas pautas generales. Por ello, la distribución del material son base dependiente o incluso profesional dependientes y, además, están influenciadas tanto por los espacios habilitados como almacén como por el modelo de vehículo asistencial, que varía según las bases asistenciales de SVA. Cabe destacar que en nuestra base debemos gestionar dos almacenes, ya que la UME y la UVI están en espacios físicos diferentes y alejados (diferentes localidades). Este hecho no solo dificulta incluso a los profesionales habituales de la base su trabajo por las marcadas diferencias en la organización entre uno y otro almacén, sino por la existencia de una sobredimensión del estocaje que redundan en una menor rotación de los fármacos y fungible, con la consiguiente elevada cantidad de material no utilizado que nos caduca.

En las mochilas asistenciales llevamos excesivo material tanto duplicidades como "para por si acaso" lo que implica que los profesionales que deben transportarlas acarrean un peso considerable en cada aviso y la posibilidad de lesionarse.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1-Disminuir el número de unidades caducadas sin utilizar por producto.

2-Adecuar el stock de las ambulancias, y en consecuencia el de almacén, a la realidad asistencial de nuestra zona.

3-Adecuar la ergonomía, distribución y presentación de las mochilas asistenciales y de los armarios y distribuidores de las ambulancias. Unificar el material necesario para determinados procesos mediante kits de actuación polivalentes.

4-Mejorar y facilitar la gestión de material médico y farmacológico en nuestras unidades.

#### ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

2. Realización de cambios en almacén y ambulancias y modificación de las hojas de revisión de la ambulancia

Fecha inicio: 16/04/2022

Fecha final.: 30/04/2022

Responsable.: Componentes equipo mejora

3. Evaluación resultado de experiencia de 4 meses tras implantación de la mejora (análisis y feedback)

Fecha inicio: 01/09/2022

Fecha final.: 15/09/2022

Responsable.: Componentes equipo mejora

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#535

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION Y ORGANIZACION DEL ESTOCAJE Y MEJORA DE LA ERGONOMÍA DENTRO DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES UME Y UVI DE LA BASE DE SABIÑANIGO Y JACA DEL 061 ARAGON

4. Propuesta de extensión a otras unidades con vehículo similar

Fecha inicio: 01/11/2022

Fecha final.: 30/11/2022

Responsable.: Componentes equipo mejora

5. Evaluación final del proyecto y realización de encuesta de satisfacción

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Componentes equipo mejora

6. Evaluación final del proyecto y realización de encuesta de satisfacción

Fecha inicio: 01/12/2022

Fecha final.: 31/12/2022

Responsable.: Componentes equipo mejora

1. Preparación borrador disminución de estocaje y distribución de material en ambulancias

Fecha inicio: 01/03/2022

Fecha final.: 31/03/2022

Responsable.: Componentes equipo mejora

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto

Por lo anteriormente señalado, se pretende con este proyecto adecuar a "nuestro gasto habitual" el stock tanto del almacén como del vehículo y de las mochilas asistenciales, que repercutirá en un ahorro económico ya que la cantidad de unidades caducadas sin llegar a ser utilizadas y la obsolescencia del material en nuestra unidad disminuirá. Una vez revisada la distribución del material, éste será dispuesto en el vehículo y en las mochilas de forma más ergonómica para los profesionales.

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. % disminución de unidades caducadas

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: (Número de unidades caducadas en 2012) - (Número de unidades caducadas en 2022)

Denominador .....: Número de unidades totales

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Registros de las bases de las unidades retiradas por caducidad

Est.Mín.1ª Mem ..: 5.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 20.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 10.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 50.00

2. % satisfacción de los profesionales

Tipo de indicador: Impacto

Numerador .....: Número de profesionales satisfechos

Denominador .....: Número total de profesionales de la base

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta realizada al personal adscrito a la base

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. % satisfacción de los profesionales

Tipo de indicador: impacto

Numerador .....: Número de profesionales satisfechos

Denominador .....: Número total de profesionales de la base

x(1-100-1000) ...: 100

Fuentes de datos.: Encuesta realizada al personal adscrito a la base

Est.Mín.1ª Mem ..: 75.00

Est.Máx.1ª Mem ..: 100.00

Est.Mín.2ª Mem ..: 90.00

Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades

Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Toda patología atendida por la UME Sabiñánigo - UVI Jaca del 061 Aragón

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#535

### 1. TÍTULO

**ADECUACION Y ORGANIZACION DEL ESTOCAJE Y MEJORA DE LA ERGONOMÍA DENTRO DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES UME Y UVI DE LA BASE DE SABIÑANIGO Y JACA DEL 061 ARAGON**

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1030

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION TECNICAS SEGURIDAD EN INCENDIOS Y ACCIDENTES DE TRAFICO

Fecha de entrada: 29/07/2022

Nº de registro: 2022#1030 \*\* Atención Comunitaria \*\* (ACTIVO)

Coordinador:  
CALDERON RAMIREZ JAIME

Título  
ACTUALIZACION TECNICAS SEGURIDAD EN INCENDIOS Y ACCIDENTES DE TRAFICO

Colaboradores/as:  
BERNABE CARLOS MIGUEL  
CAÑARDO ALASTUEY CLARA  
CERDAN SANZ ANA ISABEL  
LAGUARTA ORTAS ANA ISABEL  
LOPEZ GARCIA NIEVES  
URZOLA MOREU GEMMA

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: UME SABIÑANIGO

Línea estratégica: Atención Comunitaria

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

Mejora de la seguridad de las intervenciones del personal de la base del 061- Aragón de Sabiñánigo -Jaca y de la SVB de Jaca en las que se deba trabajar con los bomberos de la Diputación Provincial de Huesca de Sabiñánigo. En General comarca de Jacetania alto Gállego, con una población fija de unos 40.000 habitantes y una población flotante de unos 250.000 en periodos vacacionales. Atravesada por nudos de comunicación tanto por carretera como ferroviarios que unen las comunidades de Cataluña, Aragón, Navarra, así como con Francia. Con 6 Túneles de largo recorrido, y gran tránsito de vehículos con Mercancías Peligrosas. Área con gran relevancia turística con la aglomeración y trasportes colectivos con predominio de población escolar, (Periodo invernal, estaciones de esquí y campamentos de verano). Población de Sabiñánigo con Industrias de alto riesgo, (Productos químicos)

#### ÁREAS DE MEJORA

Mejora la seguridad en las intervenciones conjuntas.  
Mejora la coordinación en las intervenciones conjuntas.  
Formación recíproca en técnicas de seguridad y sanitarias.  
Mejora lazos afectivos y las relaciones institucionales con personal bomberos Sabiñánigo

#### ANALISIS DE CAUSAS

Las unidades asistenciales del 061 actúan de forma coordinada con los dispositivos sanitarios y de emergencias participantes en la cadena asistencial, por lo que es imprescindible la realización de prácticas conjuntas en las que se establezcan procedimientos de coordinación y formación en técnicas de seguridad y maniobras de estabilización, valoración inicial y secundaria del paciente.  
La organización del trabajo en las Unidades Móviles de Emergencia del 061, en turnos 12 y de 24 horas, hace necesario el establecimiento de actividades de encuentro y fomento de las relaciones entre los distintos intervinientes en la atención a las urgencias y emergencias en nuestra zona de actuación.  
Todo ello con el objetivo final de mejorar la calidad en la asistencia del paciente.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

1-Se pretende conseguir una mejor coordinación con los bomberos.  
2-Disminuir los riesgos inherentes a estas atenciones y mejorar la asistencia a las víctimas implicadas en dichas intervenciones.  
3-Formar recíprocamente en medidas de autoprotección y seguridad y sanitarias básicas para abordaje de los escenarios de intervención conjunta.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Solicitud de actividad docente

Fecha inicio: 16/12/2021  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Jaime Calderon

2. ¿Reuniones internas de la UME?

Fecha inicio: 16/12/2021  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: jaime Calderon

3. Reuniones UME Sabiñánigo- Responsable Parque de Bomberos Sabiñánigo

Fecha inicio: 16/12/2021  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: UME Sabiñánigo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#1030

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION TECNICAS SEGURIDAD EN INCENDIOS Y ACCIDENTES DE TRAFICO

4. Establecimiento de calendario de prácticas  
Desarrollo Práctica

Fecha inicio: 01/01/2022  
Fecha final.: 31/12/2022  
Responsable.: Ume Sabiñanigo

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
Se establece un calendario con sesiones fijas y otro indeterminado o variable, en función de las rotaciones propias de los miembros de las diferentes dotaciones de Bomberos y 061 con el fin de NO repetir equipos en las formaciones y No dejar a ningún equipo sin formación y/o practica

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de alumnos formados 061  
Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: numero miembros Base.  
Denominador .....: nºformacion recibida  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: encuestas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de alumnos formados Parque de Bomberos  
Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: numero de bomberos  
Denominador .....: numero de bomberos con formacion  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: encuestas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Índice medio de satisfacción de actividad docente  
Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: numero total de personas participantes del proyecto  
Denominador .....: numero de personas que rellenan encuesta  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: encuestas  
Est.Mín.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 70.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 70.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación

#### POBLACIÓN DIANA

Edad: Todas las edades                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologia supceptible de urgencias y emergencias.

Participación de la población: Pasivo

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#976

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SANITARIA BASICA Y TEMPRANA DIRIGIDA A ALUMNOS DE ESO Y BACHILLERATO EN CENTROS EDUCATIVOS DE LA ZONA DE ACTUACION DE LA UME DE TERUEL (MEDICION DEL GRADO DE SATISFACCION)

Fecha de entrada: 28/07/2022

Nº de registro: 2022#976 \*\* --Otras-- \*\* (ACTIVO)

Coordinadora  
CHULILLA FANDOS MARIA ISABEL

Título  
EDUCACION SANITARIA BASICA Y TEMPRANA DIRIGIDA A ALUMNOS DE ESO Y BACHILLERATO EN CENTROS EDUCATIVOS DE LA ZONA DE ACTUACION DE LA UME DE TERUEL (MEDICION DEL GRADO DE SATISFACCION)

Colaboradores/as:  
ESTEBAN NADAL OSCAR MIGUEL  
NAVARRO BURRIEL MARIA DALILA  
PALACIOS NEGUERUELA MARIA LOURDES  
TRELLES FACHIN HILTON TADEO  
UBEDA NAVARRO MARIA TERESA

Ubicación principal del proyecto.: GERENCIA 061 ARAGON

Servicio/Unidad principal .....: UME TERUEL

Línea estratégica: --Otras--

#### PERTINENCIA DEL PROYECTO

En la cartera de servicios del 061 ARAGÓN figura como actividad relevante, además de la atención sanitaria, la planificación, desarrollo y evaluación de actividades docentes. Estas actividades se gestionan a través del proceso clave PRC2 Docencia cuya misión es la de planificar, desarrollar y evaluar las actividades de formación externa necesarias para difundir entre los profesionales de las instituciones interesadas o la población general, aquellos conocimientos que pueden favorecer el cumplimiento de los objetivos del 061 ARAGÓN. Nuestro Plan Estratégico en el que se ven implicados todos los Grupos de Interés, refleja como factores críticos de éxito dentro del área de sostenibilidad, la comunicación externa y el reconocimiento social, así mismo en el área de profesionales competentes, satisfechos e implicados se establece como factor crítico de éxito la implicación y participación de los profesionales de la organización. En este sentido, el Equipo Directivo en su propuesta de objetivos en el Plan de Mejora, introduce actividades encaminadas a fomentar actividades de participación con los distintos Grupos de Interés, ejemplo de ello son las actividades de educación sanitaria a centros educativos. Por todo ello es de vital importancia la enseñanza en los centros educativos, institutos, para conseguir que todo adolescente, entre 1º de la ESO y 2º de Bachiller, sepan identificar y actuar en caso de PCR y OVACE, así como el manejo del DESA hasta la llegada del equipo de emergencias.

#### ÁREAS DE MEJORA

Conseguir la mayor población posible formada en las maniobras de RCP básica y de desobstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño para paliar el déficit educativo en este tema en los institutos.

#### ANÁLISIS DE CAUSAS

Déficit en la formación de primeros auxilios en caso de emergencia vital.

#### OBJETIVOS DEL PROYECTO

El objetivo del proyecto es sistematizar actividades formativas en primeros auxilios, PAS, RCP básica, maniobras ante la OVACE y manejo básico del DESA hasta la llegada del personal sanitario al lugar del incidente, dirigido a alumnos entre 12-18 años de los centros educativos de la zona de actuación de la UME de Teruel. Organizar un cronograma de realización de las actividades formativas. Diseñar y elaborar los contenidos de las actividades formativas. Impartir las actividades formativas en los centros educativos. Evaluar las actividades formativas impartidas.

ACTIVIDADES. (Nº y título de la actividad, fechas de inicio-finalización y persona/s responsable/s)

1. Organización del cronograma de realización de las actividades formativas

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 30/09/2022  
Responsable.: Mª Isabel Chulilla

2. Diseñar y elaborar los contenidos de las actividades formativas

Fecha inicio: 01/09/2022  
Fecha final.: 31/10/2022  
Responsable.: Hilton Trelles/ Lourdes Palacios

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#976

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SANITARIA BASICA Y TEMPRANA DIRIGIDA A ALUMNOS DE ESO Y BACHILLERATO EN CENTROS EDUCATIVOS DE LA ZONA DE ACTUACION DE LA UME DE TERUEL (MEDICION DEL GRADO DE SATISFACCION)

3. Impartición de las actividades formativas  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/03/2023  
Responsable.: Profesionales del equipo de mejora

4. Evaluación de las actividades formativas  
Fecha inicio: 01/11/2022  
Fecha final.: 01/03/2023  
Responsable.: M<sup>a</sup> Isabel Chulilla

\*\* Información adicional sobre actividades del proyecto  
No procede

INDICADORES Y EVALUACIÓN. (Nº y nombre del indicador, tipo, numerador, denominador, x(1-100-1000), estándares 1ª y 2ª memoria)

1. Porcentaje de actividades realizadas planificadas previamente en cronograma

Tipo de indicador: Alcance  
Numerador .....: N° de actividades realizadas  
Denominador .....: N° de actividades planificadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Cronograma de actuación / Expedientes cursos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

2. Porcentaje de contenidos elaborados de acuerdo a los objetivos de cada actividad formativa

Tipo de indicador: alcance  
Numerador .....: N° de contenidos elaborados  
Denominador .....: N° de actividades formativas realizadas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Expedientes de cursos  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 100.00

3. Porcentaje de alumnos de acuerdo o muy de acuerdo con los contenidos de la actividad

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de alumnos que se manifiestan de acuerdo o muy de acuerdo con la utilidad de los contenidos  
Denominador .....: N° de alumnos que realizan las actividades formativas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

4. Índice medio de satisfacción con las actividades docentes

Tipo de indicador: impacto  
Numerador .....: N° de alumnos que se manifiestan de acuerdo o muy de acuerdo con la actividad formativa  
Denominador .....: N° de alumnos que realizan las actividades formativas  
x(1-100-1000) ...: 100  
Fuentes de datos.: Encuestas de satisfacción  
Est.Mín.1ª Mem ..: 25.00  
Est.Máx.1ª Mem ..: 50.00  
Est.Mín.2ª Mem ..: 50.00  
Est.Máx.2ª Mem ..: 75.00

\*\* Información adicional sobre el diseño de la evaluación  
No procede

POBLACIÓN DIANA

Edad: Adolescentes/jóvenes                      Sexo: Ambo sexos

Tipo de patología: --Otros--> Patologías urgencias y emergencias extrahospitalarias.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2022#976

### 1. TÍTULO

**EDUCACION SANITARIA BASICA Y TEMPRANA DIRIGIDA A ALUMNOS DE ESO Y BACHILLERATO EN CENTROS EDUCATIVOS DE LA ZONA DE ACTUACION DE LA UME DE TERUEL (MEDICION DEL GRADO DE SATISFACCION)**

Participación de la población: Activo