

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PREVENCION DEL EMBARAZO NO DESEADO Y CONTROL DE LAS E.T.S. DESDE LA PRESRIPCION DE LA P.P.C.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ISABEL BAQUERIZO GRACIA

Profesión

MEDICO

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA

Sector de SALUD:

TERUEL

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

Cs10.gapt@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978 731014

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
LOURDES VICIOSO ELIPE	MEDICO	
ANDRESA GIL DOMINGO	MEDICO	
ROSA RUIZ DOMINGO	MATRONA	
JOSE LUIS TARTAJ TOMAS	D.U.E.	
NURIA ESTEBAN PEREZ	D.U.E.	
LILIANNE MUR DE FRENNE	MEDICO	
CRISTINA NAVARRO GONZALVO	MEDICO	
RAFAEL SEBASTIAN GARCIA	MEDICO	
ANA PILAR FUNES SABIRON	MEDICO	

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

PROBLEMAS DETECTADOS:

1º - Creemos que **el registro de la p.p.c. no se realiza correctamente** y se podría mejorar. Es imposible registrar en ocasiones por falta de datos, letra ilegible, falta de

cumplimentación de las fichas, etc.

2º - También creemos que su prescripción supera a lo inicialmente esperado y que la edad de las usuarias es cada vez menor.

SITUACION DE PARTIDA

- Registro interno en el centro de salud.
- Registro en la web de la D.G.A.
- Trabajo elaborado por 2 medicos del equipo; (estudio comparativo del uso de la p.p.c. en un periodo de 2 años antes y 2 despues de la gratuidad del servicio.)
La justificacion de este trabajo eradica en la creciente y progresiva demanda de la p.p.c
Como dato mas llamativo se observa que la utilizacion se has multiplicado por tres, en el periodo revisado con respecto al mismo periodo anterior a su dispensacion gratuita. Ha disminuido considerablemente la edad de las solicitantes. En el periodo anterior no consta ningun registro de edades inferiores a 18 años; en el actual se observan casos de adolescentes de hasta 14 años que ya son reincidentes en su uso.
- Información a todo el equipo contando con su colaboración.

PRIORIZACION

Priorizamos este trabajo porque los objetivos son claros, sencillos, alcanzables con nuestros propios medios. Según los resultados podremos iniciar una educación para la salud de un modo multidisciplinar, atendiendo la petición de la directora del I.E.S. “ Valle del Jiloca”, manifestada en el consejo de salud. (Trabajaría medicina, enfermería, matrona, trabajadora social y profesorado del instituto). También se podría iniciar una consulta de prevención de embarazo no deseado y control de E.T.S en adolescentes.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mayor nº. de registros correctos (legible y completo).
- Proponemos el correcto funcionamiento de la base de datos de acceso a la aplicación en internet de la p.p.c. de la D.G.A que facilitará la actualización en todo momento.
- Mejorar la información y educación sanitaria de las usuarias y generalizar el uso del preservativo como anticonceptivo y prevención de E.T.S.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

ACTIVIDADES:

- Estudio estadístico comparativo del pasado año y del actual: nº de prescripciones, edad de las usuarias, revisión de los datos correctos del kit de la p.p.c. este estudio se llevará a cabo por el grupo citado en el apartado 3.
- Reuniones con el e.a.p. para información y concienciación en el proceso.
- Control de entradas y salidas en el almacén de farmacia del centro.

8.- Indicadores, evaluación y seguimiento

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- Nº pacientes que usan la anticoncepción de emergencia / total usuarias de anticoncepción de la cartera de servicios.
- Nº registros de usuarias no identificados / nº registros totales
- Nº pacientes que utilizan la anticoncepción de emergencia < de 16 años / total de la población femenina < 16 años

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de inicio: Marzo de 2.009

Marzo: Estudio de los datos actuales y puesta en común al e.a. p.

Abril-Diciembre 2.009 :

- Registro correcto de las tarjetas del kit por el medico prescriptor.
- Seguimiento mensual del registro en planilla.

Enero-febrero 2.010:

- Comparación de datos del 2.009 con 2.008
- Conclusiones
- Actuación en consecuencia

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
MANTENIMIENTO DE LOS ORDENADORES DEL GRUPO DE CALIDAD (RECAMBIOS Y REPARACIÓN)	600 €
ASISTENCIA A CONGRESO NACIONAL Y AUTONÓMICO DE CALIDAD (2 PERSONAS)	1.200 €
TOTAL	1.800 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ACTUALIZACIÓN EN BIOÉTICA DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CENTRO DE SALUD DE MONREAL DEL CAMPO, SECTOR TERUEL:
Impregnación en bioética (historia, fundamentación), aprendizaje y desarrollo del método deliberativo de D. Diego Gracia e implantación del procedimiento con casos clínicos de atención primaria.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ETEL CAROD BENEDICO (1)

Concepción Gomez Cadenas (2)

Profesión

1.-MEDICO DE FAMILIA

2.-DUE

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

CENTRO DE SALUD DE MONREAL DEL CAMPO

Sector de SALUD:

TERUEL

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

ecarod@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978863467

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carlos Ascoz Herrando	Médico	CS Monreal del Campo
Pedro Palomar Marzo	Médico	CS Monreal del Campo
Félix Peña Clemente	Médico	CS Monreal del Campo
Francisca Zafra Corella	Médico	CS Monreal del Campo
Ismael Sánchez Hernández	Médico	CS Monreal del Campo
Isabel Monreal Aliaga	Médico	CS Monreal del Campo
Teresa Lainez Lorente	Médico	CS Monreal del Campo
Julio Montesinos Morlanes	Médico	CS Monreal del Campo
Francisca Perales López	Médico	CS Monreal del Campo
Francisco Valle	Médico	CS Monreal del Campo
Isabel Julve Villuendas	Médico	CS Monreal del Campo
Beatriz Igado	T. Social	CS Monreal del Campo
Corina Escusa Anadón	DUE	CS Monreal del Campo
M ^a José Gómez Pérez	DUE	CS Monreal del Campo
M ^a Angeles Escriche Aguilar	DUE	CS Monreal del Campo
M ^a Carmelo Adrián Cebrián	DUE	CS Monreal del Campo
Juan Carlos Soriano Martínez	DUE	CS Monreal del Campo
Beatriz Izquierdo Allueva	DUE	CS Monreal del Campo
Inmaculada Gil Malo	DUE	CS Monreal del Campo
Ramón Hernández	DUE	CS Monreal del Campo

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

1.- SITUACIÓN DE PARTIDA, FUENTES DE INFORMACIÓN, IMPORTANCIA DEL PROYECTO, POSIBLES CAUSAS:

La medicina es más que una ciencia o un saber puro, es una práctica social, la del cuidado de la salud de los individuos y de los grupos sociales. Depende de muchos factores económicos, políticos, culturales, científicos y técnicos. La medicina no se puede entender sin conocer su historia ni la relación que mantiene con todos los factores comentados.

En el sector de Teruel se ha formado hace aproximadamente 1 año un grupo promotor que tiene el objetivo de formar un Comité de Ética Asistencial de sector. Uno de los principales objetivos del mismo es el ser un órgano consultivo y la docencia.

El centro de salud de Monreal cuenta con dos componentes que se están actualmente formando en el Magíster de Bioética de Diego Gracia en Madrid, pertenecen a dicho grupo promotor y consideran que pueden iniciar un proyecto de impregnación en bioética en este centro: D^a Concepción Gomez Cadenas y D^a Etel Carod Benedico.

2.- PROBLEMAS DETECTADOS:

- Ausencia de conocimientos en bioética de los profesionales -médicos, enfermería y administrativos- del EAP.
- Ansiedad de los profesionales en determinadas situaciones críticas y difíciles, que podrían verse beneficiadas del consejo o utilización de un Comité de Ética o en su defecto de conocimientos en bioética.

3.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD:

En las últimas décadas hemos experimentado un cambio importantísimo en la relación clínica, relación incluso de confianza que sustenta en muchas ocasiones la atención sanitaria de las personas. Las profesiones sanitarias deben conocer la doctrina ética y deontológica para poder desarrollarla correctamente en su día a día.

Como decía Aristóteles y así recuerdan otros maestros como Ortega y Gasset y el actual Diego Gracia: "Busca el arquero un blanco para su flecha, ¿y no lo buscaremos para nuestras vidas?".

Nosotros lo buscamos para nuestro centro de salud: ampliar nuestros conocimientos en bioética para crecer más como personas y poder desarrollar con mayor eficiencia y eficacia nuestro trabajo sin perder la humanidad.

4.- POBLACIÓN DIANA:

Médicos, enfermeros, trabajador social y administrativos del centro de salud de Monreal del Campo.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Ampliar conocimientos en bioética: fundamentación, historia, actualidad (consentimiento informado, paliativos, enfermos terminales, intensivos, autonomía del paciente, etc.)

Mejorar la satisfacción y la atención sanitaria de nuestros pacientes y entorno basándonos en dichos conocimientos.

Mejorar la satisfacción y la relación entre profesionales del centro.

Facilitar el conocimiento y utilización del comité de bioética del sector Teruel.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

El proyecto tendrá lugar en el CS de Monreal del Campo que cuenta con 9 médicos titulares y 3 de refuerzo, 1 trabajador social, 6 DUEs titulares y 2-3 de refuerzo y 2 auxiliares administrativos.

Se trata de realizar un diagnóstico de la situación sanitaria en la residencia de Monreal comenzando con un estudio descriptivo de los conocimientos existentes en nuestros profesionales sobre bioética y las inquietudes que más les preocupan en relación a dicha disciplina.

Posteriormente evaluaremos las situaciones que más ansiedad generan en el equipo con una hoja de recogida de datos.

Otras actividades:

- Reuniones interdisciplinares trimestrales entre miembros del CS
- Sesiones científicas docentes a los profesionales, desarrollo del procedimiento deliberativo en bioética, consultar con el CAE del sector Teruel.
- Registro de actividades.
- Análisis de los datos.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

1. Examen sobre conocimientos de bioética y desarrollo de un procedimiento deliberativo en enero 2009 y diciembre 2009 tras haber formado durante un año al profesional.
2. Hoja de recogida de datos que incluya nombre, apellidos, sexo, edad, motivo de inquietud bioética en el trabajo, documentación necesaria.
3. Hoja de recogida de datos/encuesta de valoración de ansiedad.
4. Satisfacción de los profesionales del centro de salud (EVAs).

Indicadores:

- Grado de satisfacción del profesional tras ampliar conocimientos en bioética.
- nº de preguntas acertadas en el examen en enero de 2009 (ideal si >75%) en relación a diciembre de 2009.

- nº de profesionales incluidos en programa que refieren ansiedad grado moderado-severo por motivos relacionados con desconocimiento en bioética en enero 2009 y comprobar su disminución en diciembre de 2009.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Calendario 2009:

Enero, febrero, marzo:

Elaboración de la hoja de recogida de datos para el análisis de la situación:

Examen básico sobre bioética para conocer situación de partida (conocimientos del equipo sobre bioética). Hoja que recoja necesidades e inquietudes más relevantes y sentidas por el equipo (ejm. tratar el tema del consentimiento informado, etc).

Organización del trabajo en equipo. Revisión del material necesario.

Preparación de sesiones docentes a dichos profesionales.

Abril, mayo, junio:

Análisis de los datos recogidos y valoración de los temas que más preocupan al equipo.

Elaboración de la encuesta de detección de ansiedad/stres en los profesionales.

Preparación de sesiones docentes a dichos profesionales. Deliberación sobre casos.

Julio-Septiembre:

Preparación de casos clínicos más relevantes para presentación en sesiones clínicas del centro de salud, jornadas científicas, etc.

Formación a modo de seminarios, talleres y sesiones dirigidas a los profesionales priorizando entre los procesos más demandados y que más ansiedad han generado.

Octubre-Diciembre:

Evaluación del proyecto y propuesta de actividades para mejorar la calidad de la atención sanitaria en relación con la bioética.

Evaluación de conocimientos sobre bioética a los profesionales del centro con casos clínicos y deliberación posterior.

Evaluación de la satisfacción de los profesionales.

Recogida de datos para comprobar la disminución de ansiedad ante situaciones concretas éticamente complejas.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA ATENCIÓN A LAS SITUACIONES DE URGENCIA VITAL EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: MARIA ANTONIA UBIDE MARTINEZ

Profesión : MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc.): C.S.SANTA EULALIA

Sector de SALUD: TERUEL

Correo electrónico: maubide@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978861181

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 M. CARMEN NAVARRO ROMÁN	MÉDICO	C.S. SANTA EULALIA
2 M. DOLORES LANZUELA MARINA	MEDICO	C.S. SANTA EULALIA
3 PILAR LATASA LATORRE	MEDICO	C.S.SANTA EULALIA
4 J.LUIS LOPEZ ESCUER	MEDICO	C.S.SANTA EULALIA
5 OSCAR ESTEBAN NADAL	ENFERMERO	C.S.SANTA EULALIA
6 ANGEL FUSTER OMEDES	ENFERMERO	C.S.SANTA EULALIA
7 J.ANTONIO BELLA LAZARO	ENFERMERO	C.S.SANTA EULALIA

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Soporte Vital (SV) es un término amplio y moderno que engloba tres aspectos: el conocimiento del sistema de emergencias y su funcionamiento, las técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP) y otras técnicas que tratan de evitar el fallecimiento del paciente en el caso de padecer inconsciencia, hemorragia grave o atragantamiento. Así, existe un soporte vital básico (SVB) que puede desarrollar cualquier individuo sin medios especiales y un soporte vital avanzado (SVA) que supone actuaciones médicas un poco más complejas y con el material adecuado

Las situaciones de Urgencia Vital pueden producirse en cualquier lugar y a cualquier hora. Por ello, los Centros de Salud del Sistema Aragonés de Salud, tanto en su horario de atención al público como en horario de atención continuada, deben estar preparados para actuar de forma coordinada y eficaz ante estos casos, ya resolviéndolos o activando el Servicio 061, mientras se aplican medidas básicas de soporte.

Muchos de estos centros, situados en zonas rurales despobladas, presentan un número de casos de Urgencia Vital no demasiado frecuentes, por lo que se hace todavía

más necesario actualizar los principales protocolos de actuación, así como el mantenimiento y el manejo del material disponible para este tipo de situaciones.

MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN EMPLEADOS:

- GRUPO NOMINAL para detección del problema.
- Priorización a través de MATRIZ DECISIONAL.

SITUACIÓN DE PARTIDA:

La Zona Básica de Salud de Santa Eulalia del Campo forma parte del Sector de Teruel .

El Equipo de Atención Primaria está formado por 5 Médicos, 3 Enfermeros y 1 Auxiliar Administrativo, así como 2 Médicos y 2 Enfermeras de Refuerzo.

El C.S. de Santa Eulalia atiende a una población de 2004 habitantes.

El EAP, tras elegir como proyecto, el "PLAN DE MEJORA DE LA ATENCIÓN A LAS SITUACIONES DE URGENCIA VITAL EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA " y para conocer la situación inicial, ha analizado a través del libro de registro de urgencias, el número de situaciones de Urgencia Vital atendidas en el Centro de Salud en el último año.

Así mismo, se ha realizado una encuesta entre los profesionales del EAP sobre el conocimiento actualizado del sistema de activación de emergencias y el protocolo de soporte vital, así como sobre el manejo del material existente en el Centro de Salud para este tipo de situaciones.

El resultado de dicha encuesta ha sido el siguiente:

- Porcentaje de profesionales que ha atendido alguna situación de Urgencia Vital en el último año: 69.2%
- Porcentaje de profesionales que ha asistido en los últimos dos años a algún tipo de formación sobre RCP, ya sea básica ó avanzada: 23%
- Porcentaje de profesionales que conoce de forma actualizada el sistema de activación de emergencias y el protocolo de soporte vital: 38.4%
- Porcentaje de profesionales que conoce el manejo y mantenimiento del material disponible en el Centro de Salud en caso de Urgencia Vital: 30,7%

Por otra parte, el EAP ha analizado los problemas detectados en el manejo de situaciones de Urgencia Vital, así como las posibles causas. El **análisis de causas** ha sido representado mediante **diagrama de causa – efecto**.

FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADA:

- Libro de Registro de Urgencias.
- Encuesta realizada a los profesionales del EAP.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivo principal: Mejorar la atención y coordinación en las situaciones de Urgencia Vital del Centro de Salud de Santa Eulalia.

Objetivos secundarios:

1. Reforzar los conocimientos sobre coordinación y activación de los equipos de urgencias y emergencias.
2. Actualizar los conocimientos sobre RCP básica y avanzada del personal del EAP.
3. Definir ubicación, estandarizar equipamiento y protocolizar actuaciones en situaciones de Urgencia Vital.
4. Establecer un sistema de sesiones clínicas con periodicidad fija, donde se lleve a cabo la revisión y actualización del protocolo de Soporte Vital, así como un simulacro de RCP donde participen todos los miembros del EAP.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. El EAP revisará y actualizará por consenso el sistema de activación de emergencias y el protocolo sobre Soporte Vital y RCP.
Deberá de establecerse de forma clara y unánime al menos:
 - Las principales situaciones de urgencia que pueden precisar de la puesta en marcha de dicho sistema.
 - El mecanismo de activación y coordinación del sistema de urgencias y emergencias.
 - Los conocimientos teóricos actualizados sobre Soporte Vital y RCP.
2. Se realizará el diseño del espacio de atención a pacientes críticos en el centro de salud, así como de la dotación de los aparatos y material básico para la atención de situaciones de Urgencia Vital.
3. Se programará un sistema de formación en RCP ya sea básica o avanzada para todos los profesionales del equipo.
4. Se elaborará un protocolo de simulación de Soporte Vital y RCP, con periodicidad fija y con la participación de todos los profesionales del equipo.

5. Se nombrará un responsable de planificación de las sesiones de revisión y simulación, que será el encargado de proponer las fechas y las actividades de cada profesional en dichas sesiones.
6. Así mismo, se nombrará otro responsable de la sala de Urgencias, encargado de revisar el equipamiento, la reposición de material básico y la vigilancia del buen funcionamiento de los aparatos.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Tras llevar a cabo la actualización y puesta en común del protocolo de Soporte Vital y tras poner en marcha un sistema de formación en RCP entre todos los miembros del equipo, se volverá a realizar una **nueva encuesta** sobre el conocimiento del sistema de activación de emergencias ante situaciones de urgencia vital y sobre los conocimientos en el manejo de dichas situaciones.

Como **Indicadores de Calidad** se evaluarán, el porcentaje de profesionales que conocen en detalle el protocolo de Soporte Vital y el sistema de activación de emergencias, el porcentaje de profesionales que conocen el funcionamiento y mantenimiento del material disponible para ello y el porcentaje de profesionales con formación actualizada sobre Soporte Vital y RCP, **estableciéndose un nivel de cumplimiento del 100%** para dichos indicadores.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

- 03/02/09: Elección del proyecto de mejora.
- 09/02/09: Análisis de las causas.
- Marzo de 2009: se programarán varias sesiones clínicas para la revisión teórica del mecanismo de activación del Sistema de Urgencias y Emergencias, así como del protocolo de Soporte Vital y RCP. Quedan por determinar los responsables de llevar a cabo dichas sesiones. En otra sesión se revisará la ubicación del espacio y el material disponible en el centro de salud.
- Abril de 2009: se nombrarán los profesionales encargados de la sala de urgencias y de programar la formación en Soporte Vital y RCP. Durante la primera quincena de dicho mes se contactará con los servicios especializados del Sector que puedan impartir los cursos de Soporte Vital y RCP. Queda pendiente por determinar las fechas de dichos cursos, así como la programación de las siguientes sesiones de revisión y simulación a llevar a cabo de forma periódica por el equipo.
- Febrero de 2010: Evaluación del proyecto de mejora.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

**PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
 APLICACIÓN DEL DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LA ENFERMEDAD
 RENAL CRÓNICA**

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

RAFAEL GOMEZ NAVARRO

Profesión

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

CENTRO DE SALUD TERUEL RURAL

Sector de SALUD:

TERUEL

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

rgomezn@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978 607664

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública importante que afecta a más del 10 % de la población adulta y a más de 20 % de los mayores de 60 años. Representa además un factor de riesgo vascular independiente y aditivo. La detección precoz de estos pacientes mejora la morbilidad a largo plazo y los costes sanitarios y debe hacerse mediante planes de estudio de la población de riesgo de desarrollar ERC.

El estudio de la función renal mediante el cálculo del filtrado glomerular utilizando ecuaciones predictivas es una medida que a pesar de su sencillez y las recomendaciones efectuadas por distintas sociedades científicas no forma práctica habitual en las consultas de atención primaria. Por lo tanto tenemos ante nosotros una oportunidad de mejora clara y cuyo desarrollo no precisa de medios auxiliares específicos ni costosos.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Se detallan en Anexo

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se detallan en Anexo

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Se detallan en Anexo

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Se detallan en Anexo

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Dietas para asistencia a Jornadas de Calidad en Salud.	1.000
Diastas e inscripción Congreso SECA	
TOTAL	1.000

ANEXO I DISEÑO DEL PROYECTO

1.- Criterios :

Evaluaremos la calidad con los criterios establecidos en la Tabla 1.

2.- Dimensiones

- a) Calidad científico-técnica: en lo relativo a la correcta valoración de la función renal utilizando ecuaciones predictivas para el cálculo del filtrado glomerular (FG) según las recomendaciones del Documento de Consenso sobre enfermedad renal crónica (ERC) de la Sociedad Española de Nefrología y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
Conseguir el cumplimiento de los objetivos propuestos para los pacientes con diagnóstico de ERC
- b) Accesibilidad: favorecer que todos los pacientes pertenecientes a grupos de riesgo tengan la posibilidad de que desde la consulta de Atención Primaria se les haga una correcta y sencilla valoración de su función renal.
- c) Seguridad: el conocimiento del FG puede favorecer el correcto uso de distintos fármacos y su dosificación disminuyendo de esta manera los efectos adversos derivados de determinados tratamientos farmacológicos. De igual modo puede ser una medida tendente a disminuir el riesgo cardiovascular de los pacientes.

3.- Tipos de datos:

- a) Datos de proceso: determinación del FG. Revisión del tratamiento
- b) Datos de resultado: pacientes que cumplen objetivos de control en TA, LDL, HDL y HgbA1c.

4.- Definición de Unidades de Estudio:

- a) Características del paciente o población que entra en la evaluación: definido en el primer criterio de la Tabla I *"a todo paciente con riesgo aumentado de ERC se le evaluará la función renal mediante la estimación del FG "*
- b) Características de los profesionales y nivel asistencial evaluado: Consulta de Atención Primaria de Caudé.
- c) Periodo de tiempo evaluado: consulta programada (preferentemente) o a demanda en la que se realice la evaluación del FG

5.- Fuentes de Datos:

Se utilizará una base de datos diseñada para este fin en SPSS. En la historia clínica se harán constar los resultados a los que se hace referencia en la Tabla 1.

6.- Identificación y muestreo de las Unidades de Estudio:

La población diana (*todo paciente con riesgo aumentado de ERC* se identificarán con los datos de Cartera de Servicios registros específicos con los que contamos.

Sobre esta población diana se realizara muestreo de conveniencia estudiando todos los pacientes que acudan a consulta en el periodo comprendido entre el 12 de diciembre del 2008 y el 30 de Septiembre de 2009

7.- Tipo de evaluación:

- a) Según relación temporal: Retrospectiva
- b) Según quien toma la iniciativa: Interna
- c) Obtención de datos: Interna

8.- Metas

- a) Pacientes a los que se les calcula el FG: 80 % de la población diana.
- b) Pacientes a los que se les estadía según la NKF: 100 % de los que se les calcule el FG.
- c) Pacientes en los que conste en su historia clínica el diagnóstico de ERC: el 100 % de los que habiéndose estudiado su FG estén incluidos en los estadíos 3,4 y 5.
- d) Pacientes con TA < 130/80 mm Hg. : 30% de los pacientes con diagnóstico de ERC.
- e) Pacientes con LDL < 100 mg/dl y HDL > 40 mg/dl: 60% de los pacientes con diagnóstico de ERC.
- f) Pacientes con Hgb A1c: 65% de los pacientes con diagnóstico de diabetes y ERC.
- g) Pacientes en los que se revisa el tratamiento farmacológico: 100% de los pacientes con diagnóstico de ERC.

	Criterio	Aclaraciones	Excepciones																		
1	A todo paciente con riesgo aumentado de ERC se le evaluará la función renal mediante la estimación del filtrado glomerular (FG) utilizando la fórmula del estudio MDRD (<i>Modification of Diet in Renal Disease</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Se considera paciente con riesgo aumentado de ERC a: edad superior o igual a 60 años, HTA, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular y obesidad. • Fórmula del estudio MDRD: $FG_{estimado} = 186 \times (\text{creatinina [mg/dl]})^{-1,154} \times (\text{edad})^{-0,203} \times (0,742 \text{ si mujer}) \times (1,210 \text{ si raza negra})$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones en las que no se recomienda estimar el FG mediante ecuaciones predictivas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Peso corporal extremo: índice de masa corporal (IMC) < a 19 kg/m² o > a 35 kg/m². ○ Alteraciones importantes en la masa muscular (amputaciones, pérdida de masa muscular, enfermedades musculares o parálisis). ○ Insuficiencia renal aguda. ○ Embarazo ○ Hepatopatía grave, edema generalizado o ascitis. 																		
2	En función del FG estimado se clasificará a los pacientes según los estadios propuestos por la Guía de la National Kidney Foundation (NKF)	<ul style="list-style-type: none"> • Estadios de la NKF: <table border="1" data-bbox="831 979 1458 1227"> <thead> <tr> <th>Estadio</th> <th>FG(ml/min/1,73 m²)</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>≥ 90</td> <td>FG normal</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>60 – 89</td> <td>FG ligeramente disminuido</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>30 – 59</td> <td>FG moderadamente disminuido</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>15 – 29</td> <td>FG gravemente disminuido</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>< 15 ó diálisis</td> <td>Fallo renal</td> </tr> </tbody> </table>	Estadio	FG(ml/min/1,73 m ²)	Descripción	1	≥ 90	FG normal	2	60 – 89	FG ligeramente disminuido	3	30 – 59	FG moderadamente disminuido	4	15 – 29	FG gravemente disminuido	5	< 15 ó diálisis	Fallo renal	
Estadio	FG(ml/min/1,73 m ²)	Descripción																			
1	≥ 90	FG normal																			
2	60 – 89	FG ligeramente disminuido																			
3	30 – 59	FG moderadamente disminuido																			
4	15 – 29	FG gravemente disminuido																			
5	< 15 ó diálisis	Fallo renal																			
3	El resultado del FG se hará constar en la historia clínica de los pacientes, considerándose a los incluidos en los estadios 3-4 y 5 como enfermedad renal crónica (ERC)																				

4	En todo varón mayor de 60 años con ERC debe descartarse mediante ecografía la presencia de patología obstructiva urinaria		Pacientes en los que por esta prueba o por otra adecuada este descartada la patología obstructiva Rechazo del paciente a realizar estudios complementarios
5	Todo paciente con ERC deberá tener PA < 130/80 mmHg		
6	Todo paciente con ERC deberá tener LDL < 100 mg/dl, y HDL > 40 mg/dl.		
7	Todo paciente con ERC y diabetes deberá tener HbA1c < 7%.		
8	En todo paciente con ERC debe ponerse especial atención en evitar la yatrogenia farmacológica, revisándose su tratamiento, que se anotará en la historia	<ul style="list-style-type: none"> • Se revisará; <ul style="list-style-type: none"> ○ Ajustando los fármacos al FG, especialmente en ancianos. ○ Evitando, en la medida de lo posible, la utilización de antiinflamatorios no esteroideos (AINE). ○ Usando con precaución la metformina y antidiabéticos orales de eliminación renal (la mayoría) y evitando su uso con FG < 30 ml/min. ○ Evitando la asociación no controlada de fármacos que retienen potasio: IECA, ARA II, diuréticos ahorradores de potasio, AINE, β bloqueantes. 	
9	Todo paciente con ERC y Hb < 11 g/dl, no justificada por otras causas de estimara revisión en nefrología para valorar tratamiento con factores estimulantes de la eritropoyesis.		

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>EL CONOCIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE CLASIFICACION DE PACIENTES (ADJUSTED CARE GROUPS, GRUPOS CLINICOS AJUSTADOS, ACG'S) POR PARTE DE LOS PROFESIONALES MEDICOS COMO PASO PREVIO EN GESTION CLINICA PARA EL DESARROLLO DEL DOCUMENTO DE CONSENSO AP21 EN TODO EL SECTOR TERUEL</p>

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos ANA CLEMENTE ARENERE</p> <p>Profesión FARMACEUTICA DE AP</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL</p> <p>Sector de SALUD: TERUEL</p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.</p> <p>Correo electrónico: farmac.gapt@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978621281</p>
--

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
SANTIAGO VALDEARCOS ENGUIDANOS	MEDICO	D.A.P. TERUEL
JOAQUIN VICENTE MALLÉN	MEDICO	D.A.P. TERUEL
FERNANDO CLEMENTE IBAÑEZ	MEDICO	D.A.P. TERUEL
SAGRARIO LOPEZ IBAÑEZ	ENFERMERA	D.A.P. TERUEL
MANUEL LOPEZ MARTIN	ENFERMERA	D.A.P. TERUEL

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Durante los últimos años, los servicios sanitarios en la Atención Primaria de la Salud han ido incrementando la actividad en sus diversas formas, así como los costes derivados de la misma. Sin embargo, dicha actividad no tiene una homogeneidad que nos permita realizar comparaciones de forma directa, pues va a depender de factores intrínsecos como son los profesionales sanitarios y el propio sistema sanitario, y otros extrínsecos entre los que podríamos considerar a los usuarios de nuestro sistema sanitario, los pacientes.

Dicha variabilidad en la utilización de los servicios sanitarios en Atención Primaria ha hecho plantearse a numerosos centros sanitarios y de gestión, la necesidad de evaluar una serie de Sistemas de Clasificación de Pacientes (SCP) como medio para agrupar a los mismos en grupos de un consumo similar de recursos sanitarios que nos permitan realizar comparaciones, a la vez que, probablemente, nos permitan próximamente realizar el reparto de los recursos y las asignaciones presupuestarias en base a ellos.

Estos SCP permiten identificar y agrupar a la población en función de sus características demográficas y clínicas de utilización previsible de recursos sanitarios, siguiendo una metodología consistente en agrupar los distintos tipos de pacientes, de tal forma que en la forma mas precisa que se pueda, los que pertenecen a un mismo grupo sean homogéneos en cuanto a características de tipo clínico (diagnostico, comorbilidad, procedimiento, severidad, pronostico, etc.) y/o consumo de recursos (coste, duración de la visita, numero de visitas a lo largo de un periodo determinado, etc.). Estos sistemas permitirán lo que se denomina medida de la casuística.

Estos sistemas que clasifican en grupos de iso-consumo, es lo que se conoce en la bibliografía como "case-mix" o Sistemas de ajuste riesgo. Las medidas case-mix son herramientas que se desarrollaron fundamentalmente para facilitar la gestión y financiación de hospitales agudos y centros de media y larga estancia, para posteriormente ir extendiéndose al ámbito ambulatorio, es decir, a la Atención Primaria (AP).

La atención que se viene prestando en el medio ambulatorio de la AP viene dificultada por la diversificación de los pacientes, de los propios profesionales sanitarios y de las diferentes localizaciones de la atención prestada, teniendo en cuenta que comprende todo aquello que no es un ingreso hospitalario, como pueden ser la consulta de un centro de salud o un consultorio aislado, las urgencias y consultas externas hospitalarias, etc. Todo ello será pues una dificultad para poder dar con un SCP que pueda ser aplicable a toda la AP.

Es fundamental tener en cuenta que los pacientes ambulatorios no suelen tener diagnósticos claros, pueden presentar varios a la vez y además tener una mezcla de diversos tipos de ellos, tanto médicos como sociales o psicológicos. Asimismo, el concepto de visita que se ha venido considerando hasta ahora (todos los actos asistenciales que se dan en un encuentro con el profesional sanitario), se ha ampliado al concepto de episodio (referido a problema de salud que puede componerse de varias visitas en un periodo concreto temporal).

Entre los SCP que podemos encontrar para aplicar a la Atención Primaria, y que se vienen desarrollando en EEUU mayoritariamente y en Europa, nos encontramos con Diagnosis Clusters (tipos de diagnósticos), Ambulatory Visits Groups, Ambulatory Patients Groups, Products of Ambulatory Care, Products of Ambulatory Surgery, Adjusted Clinical Groups (ACGs) y Clinical Risk Groups (CRGs).

Entre ellos, unos tienen las unidades de análisis basadas en las visitas o encuentros, mientras que otros, como es el caso de los ACGs y CRGs, están orientados hacia los episodios o pacientes, por lo que supuestamente son los que mayor potencial parece presentar en AP. En España, las experiencias mas importantes se han realizado con los ACGs (3,4,8,9), mientras

que en Estados Unidos, se vienen realizando también importantes experiencias con CRGs.

ADJUSTED CLINICAL GROUPS (ACGs)

Los ACGs permiten clasificar grupos de población desde una perspectiva simple, longitudinal y global, ofreciendo una aproximación al perfil clínico de cohortes de personas con un consumo similar de recursos. Se basan en la premisa de que midiendo la carga de morbilidad de la población, son capaces de explicar gran parte de las variaciones en el consumo de recursos sanitarios.

Este sistema de clasificación de pacientes fue desarrollado por Weiner y Starfield en la Universidad de John Hopkins de EEUU (14), pero en la actualidad ya está validado en España para las variables "visita", pruebas complementarias y derivaciones a especialistas, mediante un Proyecto FIS (96/0576) multicéntrico titulado "Evaluación del comportamiento de los Grupos de Cuidados ambulatorios en nuestro medio" en el que se demostró que las variables que valoran los ACG (edad, sexo y diagnóstico) influyen directamente en la utilización de recursos sanitarios (nº de visitas, pruebas, derivaciones y consumo farmacéutico).

Dos características hacen que este sistema sea especialmente atractivo para AP: el estar orientado a la persona, pues le proporciona una orientación más holística y longitudinal, y su capacidad para describir el perfil casuístico de una población de referencia. Se basan en la recogida, durante un año, de un número mínimo de variables de cada persona: edad, sexo y diagnóstico/s que la persona presente durante ese año. De demostrarse la capacidad explicativa de los ACGs en la prescripción y el gasto farmacéutico, su utilización constituiría una aportación sustancial en el análisis de la prestación y gestión farmacéutica.

Recientemente se ha presentado por parte del Ministerio de Sanidad el Documento de Consenso "AP 21", y que se ha extendido a las Comunidades Autónomas, por lo que algunas de ellas, entre las que se encuentra Aragón, han decidido puesta en marcha progresiva, lo que ha reflejado en el documento "Estrategias, objetivos y compromisos para la AP en el Sistema de Salud de Aragón: 2008-2011"

En dicho documento, en lo referente a los Acuerdos de Gestión Clínica, se refiere claramente a la utilización de ACG's para la cuenta de resultados, tanto en el apartado de ingresos como de gastos.

Desde el inicio de este estudio, se planteó que actualmente, los profesionales de AP desconocen las implicaciones y consecuencias de la utilización de ACG's, a la vez que les es totalmente desconocido el concepto de dicho sistema, por lo que la desconfianza del cambio genera rechazo al cambio y oposición al mismo.

No existen datos iniciales del conocimiento o desconocimiento de este sistema de clasificación de pacientes por parte de los profesionales sanitarios, por lo que es difícil prever como sería su hipotética o futura implantación.

Por ello creemos importante realizar un estudio que analice el conocimiento que los profesionales sanitarios poseen de estos sistemas de clasificación, y la opinión al respecto, para posteriormente impartir una formación docente en cuanto al conocimiento y las implicaciones de los mismos, que será de nuevo medida a través de la continuación del estudio y su análisis, que se describe en los siguientes apartados.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Lo que se pretende conseguir con el siguiente proyecto es mejorar, o en todo caso, crear el conocimiento adecuado de los ACG's como sistema de clasificación de pacientes, y su uso en los acuerdos de gestión clínica, que tendrá consecuencias en los presupuestos individuales de farmacia y de los propios centros de salud, generando asimismo autonomía profesional de trabajo y gestión propia. Indirectamente y con su aceptación se comprenderá la importancia del correcto registro en la Historia Clínica Informatizada para la aplicación de los mismos.

Igualmente conoceremos de primera mano, una vez conocido el sistema de los ACG's, la opinión de los profesionales en cuanto al cambio de sistema presupuestario en los aspectos que a ellos les concierne

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Todos los miembros del equipo de trabajo realizarán en todas las actividades previstas en los centros de salud a los que le corresponda acudir.

1.- Se acudirá a todos los centros de salud del Sector para la realización de una sesión docente sobre "ACG's, conocimiento e implicaciones de trabajo"

2.- Se realizará una breve encuesta a todos los profesionales, cerrada, para evaluar el conocimiento de los ACG's o de otros sistemas, así como la valoración del sistema actual de trabajo.

3.- Posteriormente se realizará la exposición sobre el tema indicado, mediante ordenador y proyector, y se facilitará bibliografía y documentación al respecto, para su análisis.

4.-Al finalizar los pasos previos, se realizará otra encuesta en la que se valorarán, tras conocer los conceptos básicos, la aceptación y las impresiones sobre la utilización de los ACG's en su gestión clínica

5.- En ambas encuestas se incluirán varias preguntas cerradas que se repetirán en ambas, para poder realizar un análisis estadístico "antes-después"

6.- Cuando se proceda a la implantación del sistema de ACG's previsto, se monitorizará de forma semestral mediante la segunda encuesta, que se volverá a repetir a los mismos profesionales.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

La evaluación se realizará mediante un análisis estadístico de los cuestionarios que se rellenarán durante las 2 encuestas que se harán.

Como se ha indicado, varias preguntas cerradas que se repetirán en ambas, para poder realizar un análisis estadístico “antes-después, las cuales van a servir de indicadores:

- 1.- % de profesionales que conocen claramente los ACG's
- 2.- % de profesionales que previamente opinan que el actual sistema de asignación presupuestaria individual debe ser modificado por los ACG's
- 3.- % de profesionales que posteriormente opinan que el actual sistema de asignación presupuestaria individual debe ser modificado por los ACG's (monitorización)**
- 4.- % profesionales con formación previa en ACG's
- 5.- % que han leído el documento AP21 en Aragón (monitorización)**

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Mayo 2009.- Planificación de los cuestionarios para las encuestas y concretar las fechas de las sesiones con los centros de salud del sector

Junio a Octubre 2009.- Realización de las sesiones por los 16 centros de salud del sector.

Noviembre-Diciembre 2009.- Evaluación de los resultados y planificación fechas de nuevas sesiones de monitorización semestrales durante 1 año.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>PROYECTOR MULTIMEDIA EPSON EMP-1700</u> <u>REFERENCIA 6-1-50286-0</u>	<u>690</u>
TOTAL	690€

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

TALLER DE MUSICOTERAPIA EN EL CRP SAN JUAN DE DIOS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^aPilar Enguita Flórez

Profesión

Terapeuta Ocupacional

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

CRP San Juan de Dios

Sector de SALUD:

Sector Teruel

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

UME

Correo electrónico:

mpenguita@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978605467 - 263

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Rocío López Pérez	Terapeuta Ocupacional	CRP San Juan de Dios
2 Lucía Monteagudo Egea	Terapeuta Ocupacional	CRP San Juan de Dios
3 Victoria Herrando Vicente	Trabajadora Social	CRP San Juan de Dios
4 Agustina Sancho Sancho	Enfermera	CRP San Juan de Dios
5 Germán Gómez Bernal	Psiquiatra	CRP San Juan de Dios
6 Isabel Abad Collados	Enfermera	CRP San Juan de Dios
7 Carlos David Purroy Saurina	Musicoterapeuta	CRP Virgen de los Milagros

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Hoy en día no existe una solución lineal a la pregunta que cuestiona cómo rehabilitar a una persona que sufre enfermedad mental. Además, cualquier solución (si es que existe) pasa por la acción combinada de dispositivos, profesionales internos, externos y comunidad.

Actualmente existe un claro desarrollo de la actividad rehabilitadora hacia la comunidad y ello provoca la búsqueda de posibilidades creativas hasta ahora nunca exploradas, que puedan conectar la realidad de la persona con enfermedad mental con la sociedad

en general. Así las terapias creativas, entre las que se encuentra la musicoterapia, abren nuevos campos de expresión y comunicación dentro del proceso rehabilitador.

Dentro del CRP San Juan de Dios contamos con diferentes unidades en las que se podrían trabajar este tipo de sesiones terapéuticas, como complemento a las actividades y grupos de intervención que ya vienen desarrollando los diferentes profesionales del Equipo Multidisciplinar.

Este proyecto vendría a incorporar el Taller de musicoterapia que tan buenos resultados está obteniendo en el CRP Virgen de los Milagros de Huesca y que ha servido como base de inspiración del presente proyecto de calidad.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Los objetivos generales que esperamos alcanzar son:

- Potenciar y desarrollar las capacidades de autoexpresión
- Favorecer la comunicación
- Mejorar las relaciones interpersonales
- Desarrollar y mejorar las habilidades psico-perceptivas
- Desarrollar el autoconocimiento
- Minimizar el impacto social del síntoma
- Establecer relaciones con la comunidad

Siendo los objetivos específicos para la Unidad de Psicogeriatría:

- Provocar, sentir, estimular alguna traza de deseo. Construir una motivación
- Activar un trazo con el deseo. Expresar quién soy
- Activar un trozo de la historia. Comunicar con quién soy
- Crear en definitiva una sensación integrada de tiempo, lugar y movimiento que permita sentir que la persona existe en una vida

Objetivos específicos en ULE:

- Activar el deseo de expresión sonoro-corporal
- Reestructurar competencias adquiridas y ya casi perdidas
- Posibilitar la expresión de estas habilidades
- Crear nuevos yacimientos de expresión
- Crear posibilidades de participación comunitaria

Objetivos específicos en UME y Centro de Día:

- Favorecer dinámicas de contacto con la realidad
- Trabajar la propiocepción corporal
- Promover estados de relajación
- Reconstruir competencias psicológicas básicas en dinámicas que circularían a través del bucle: exploración-expresión-improvisación-regulación-composición
- Favorecer la interacción y comunicación intrapersonal e interpersonal
- Establecer dinámicas que favorezcan la inclusión social

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Las sesiones de musicoterapia serían desarrolladas por un musicoterapeuta, en compañía y coordinación de uno o varios miembros más del Equipo Multidisciplinar que quisieran entrar en la actividad (Auxiliares, terapeutas ocupacionales, etc) y que actuarían como operadores (con los que intercambiar información, realizar seguimientos,...).

Dentro de las sesiones, y dependiendo del tipo de pacientes con los que se trabaje, podremos utilizar diferentes técnicas y actividades, como bailar, cantar, tocar, escuchar, improvisar, dramatizar, mover,...

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- N° de pacientes que se han beneficiado del Taller de Musicoterapia, en cada una de las unidades del CRP San Juan de Dios
- Cambios detectados en las habilidades motoras y de comunicación (valoradas al inicio y final de la intervención a través de las escalas AMPS y ACIS del Modelo de Ocupación Humana)

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Las intervenciones se realizarán en un solo día en el que el musicoterapeuta permanecerá en el CRP San Juan de Dios durante 5 horas, tres de intervención y dos de valoración y feedback con los distintos operadores. Quedando la organización:

- 1 hora de intervención en la Unidad de Psicogeriatría
- 1 hora de intervención en la ULE
- 1 hora de intervención en la UME y Centro de Día
- 2 horas de valoración y feedback

La estructura, lugar y horario de las sesiones se determinarán en el momento de la aplicación del presente proyecto.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>CONTRATACIÓN DEL MUSICOTERAPEUTA:</u>	
Base imponible: 33€/hora 117 horas de intervención	3861
Base imponible: 15€/hora 78 horas de valoración y feedback	1170
Desplazamientos y dietas: desde Zaragoza	2527,20
IVA: 16%	1209,31
Materiales	200
TOTAL	8967,51

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“PROGRAMA DE ENFERMERIA DE EDUCACION SEXUAL PARA PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE ”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Beatriz Rueda Marqués

Profesión

ATS/DUE

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

CRP San Juan de Dios

Sector de SALUD:

Salud Mental de Teruel

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

CRP “ San Juan de Dios “.Unidad de Media Estancia

Correo electrónico:

brueda@enferteruel.org

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978605467/ ext 253

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Almodena Acero Carrero	ATS/DUE	CRP San Juan de Dios
2 Noelia Pérez Gamir	ATS/DUE	CRP San Juan de Dios
3 Juana Mari Resano Tobajas	ATS/DUE	CRP San Juan de Dios
4 Teresa Rueda López	ATS/DUE	CRP San Juan de Dios
5 Laura López Arnas	ATS/DUE	CRP San Juan de Dios
6 Ana Abadía Maicas	ATS/DUE	CRP San Juan de Dios
7 M ^a Carmen Romero Gomez	ATS/DUE	CRP San Juan de Dios
8 Isabel Abad Collados	ATS/DUE	CRP San Juan de Dios

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Iniciación del proyecto del programa de enfermería de educación sexual para pacientes con TMG, actuales usuarios en la unidad de media estancia del C.R.P "San Juan de Dios" de Teruel, los cuales mantienen conductas sexuales de riesgo y carecen de conocimientos adecuados de enfermedades de transmisión sexual. Este programa aborda la sexualidad desde un punto de vista preventivo y de promoción de la salud.

Métodos de detección y priorización:

Determinar el perfil funcional del individuo para definir un diagnóstico enfermero:

00065 Patrón sexual inefectivo

00126 Conocimientos deficientes.

Valorando al individuo a través de indicadores específicos de enfermería (NOC) haciendo una evaluación de los mismos antes y después del programa.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El objetivo básico es lograr la identificación e integración sexual del individuo y capacitarlo para que pueda crear sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de una manera responsable y sana.

El objetivo general del programa es conseguir que los participantes adquieran conocimientos suficientes acerca de la sexualidad, métodos anticonceptivos, ETS (prevención y factores de riesgo), así como crear un marco de confianza en el que los participantes compartan dudas, temores y dificultades. Hacer ver al usuario la necesidad de conocer su sexualidad y ser responsable en sus decisiones.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Prestaciones de las distintas sesiones en Power Point: recuerdo anatómico, ¿qué es la sexualidad?, ITS, métodos anticonceptivos, trastornos de la sexualidad..
- Se realizan en módulos.
- Impartido por 9 ATS/DUE pertenecientes al equipo de enfermería de salud mental de la UME del CRP "San Juan de Dios".
- Última sesión:
 - Resumen de los aspectos más importantes del programa.
 - Valoración del programa por parte de los usuarios.
 - Se les proporcionará un tríptico explicativo con los puntos más importantes del programa.
 - Realizar una encuesta de satisfacción, después de terminar el programa.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Mediante:

- cuestionario de evaluación (mediante indicadores NOC).
- laminas de anatomía identificando partes del aparato reproductor tanto femenino como masculino (zonas erógenas)
- identificar métodos anticonceptivos.
 - acciones para reducir o eliminar las conductas asociadas a enfermedades de transmisión sexual.
- reflexionar sobre información de educación sexual que existen hoy en día.
- factores que intervienen en los embarazos no deseados.
- identificar trastornos de la sexualidad.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Se realizarán 15 sesiones presentadas en módulos dentro del espacio dedicado AVD básicas, con una duración de una hora aproximada por sesión, la selección de participantes que se van a incluir en los grupos de un mínimo de 4 y máximo 10 personas. El programa de educación sexual esta previsto repetirlo en 3 grupos así beneficiarse un total de 30 usuarios como máximo.

Calendario:

- 1 sesión: recuerdo anatómico-fisiológico del aparato reproductor.
- 2 sesión: actividades prácticas en relación con el recuerdo anatómico-fisiológico(laminas identificativos,proyección de DVD)
- 3 sesión: que es la sexualidad?.
- 4 sesión: actividades prácticas sobre conceptos de sexualidad.
- 5 sesión: E.T.S: factores de riesgo y prevención.
- 6 sesión: actividades prácticas(Proporcionaremos información a cerca de las medidas de protección durante una relación sexual. Instruiremos a través de presentacion power point a cerca de las diferentes E.T.S y el modo de prevenirlas..
. Comentar la importancia de conocer la sexualidad y E.T.S si las hubiera del compañero/a.. Instruir a cerca de prácticas sexuales de bajo riesgo. Instruir a cerca de la importancia de una buena higiene.. Animar al paciente de alto riesgo a pasar exámenes regulares.)
- 7 sesión: métodos anticonceptivos.
- 8 sesión: actividades (Discutiremos las actitudes sociales y particulares a cerca de los diversos métodos de prevención. Fomentar el uso de preservativo.)
- 9 sesión: trastornos de la sexualidad .
- 10 sesión: identificar trastornos de la sexualidad
- 11 sesión: información sobre las distintas formas o medios que existen actualmente en educación para la salud relacionado con información sexual.
- 12 sesión: película o documental relacionado con el tema.
- 13-14 sesión: actividades evaluativos del taller
- 15 sesión: última sesión

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Presupuesto para material didáctico/práctico (muestrario : especulo, DIU, parches.....)	200
Material para realizar trabajos audiovisuales	120
Material de imprenta y bibliografía	600
TOTAL	920

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO</p> <p>Promoción de la autonomía del paciente con necesidad de cuidados paliativos en base a la mejora en las habilidades para la comunicación e información sobre su enfermedad. Difusión del Documento de Voluntades Anticipadas. Elaboración de protocolo de consentimiento informado en la sedación paliativa terminal.</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos MARTA C. AGUDO RODRIGO</p> <p>Profesión MÉDICO</p> <p>Lugar de trabajo EQUIPO DE SOPORTE Y ATENCIÓN A DOMICILIO (ESAD)-HOSPITAL SAN JOSÉ</p> <p>Sector de SALUD: TERUEL</p> <p>Correo electrónico: mcagudo@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978609095</p>
--

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Rosa M ^a Alegre Martín	DUE	ESAD
2 Etel Carod Benedico	Médico	C. S. Monreal
3 Pilar Cantín Sánchez	DUE	H. San José
4 José Castaño Marqués	Médico	H. San José
5 Rosario Escartín Martínez	Médico	H. Obispo Polanco
6 Mercedes Forcano García	Médico	H. San José
7 Montserrat García Sanz	Psicóloga	AECC-H. San José
8 Concepción Gómez Cadenas	DUE	C.S. Monreal
9 Paloma González García	Médico	H. San José
10 Nuria Quílez Salas	Médico	H. San José
11 Matilde Martínez Martínez	Médico	C.S. Teruel Urbano
12 Juana Malo Sanz	Médico	H. San José
13 Ricardo Lara López-Dóriga	Médico	H. Obispo Polanco
14 Lucía Morlans Gracia	Médico	H. San José
15 Fernando Tomás Rueda	Médico	H. San José
16 Alfonso Yubero Esteban	Médico	H. Obispo Polanco

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

En el Hospital San José de Teruel se ubican la Unidad de Hospitalización de Cuidados Paliativos (UCP) y el Equipo de Soporte y Atención Domiciliaria del Sector Teruel (ESAD). En 2008 ingresaron 122 pacientes en la UCP, y 117 fueron atendidos por el ESAD.

- 1) En muchos casos de pacientes remitidos a las unidades de cuidados paliativos se detectan deficiencias en la información proporcionada por el equipo médico al paciente y/o su familia. Estas lagunas pueden ser referentes al diagnóstico, pronóstico, perspectivas del ingreso hospitalario, posibilidades de rehabilitación... y pueden variar desde la ausencia total de información hasta la asimilación de una muerte inminente. Este hecho genera problemas en la atención de las fases últimas de la enfermedad. Con el fin de garantizar una atención paliativa de calidad, se plantea la elaboración de un plan de información adecuado y progresivo, adaptado a los deseos, las posibilidades y las necesidades de cada paciente y cada familia, que conste en la historia clínica y que forme parte del protocolo terapéutico, de manera que exista continuidad en su aplicación al cambiar de nivel asistencial.
- 2) No tenemos constancia de que ninguno de los pacientes ingresados en la UCP durante el año 2008 hubiese realizado Documento de Voluntades Anticipadas. Aún más, la mayoría de los usuarios (paciente y familia) desconoce la existencia de este tipo de documento, su justificación y su importancia. En aquéllos enfermos que ingresan en situación agónica o terminal, son los allegados del paciente los que comunican o deciden las pautas a seguir, en consenso con el médico responsable. Nuestra propuesta sería desarrollar un programa de divulgación e implantación del documento de voluntades anticipadas a través de sesiones formativas dirigidas a personal del propio Hospital San José y de otros niveles asistenciales del SALUD, residencias del IASS, asociaciones de pacientes y de familiares de pacientes y público en general.
- 3) Dada la reciente creación de la UCP no existe en la actualidad un protocolo para aquellos casos que necesiten sedación en fase terminal. Este protocolo debería elaborarse con especial detalle, clarificando criterios de inclusión, situación de franca terminalidad, síntomas que padece el paciente y constancia de su refractariedad al tratamiento electivo y a otros alternativos a la sedación, fármacos y dosis a utilizar, y firma de al menos 2 profesionales sanitarios que hayan deliberado sobre el caso. Consideramos importante la existencia de un documento de consentimiento informado donde se especifique cuáles son los síntomas objetivo del tratamiento, se explique el procedimiento, y conste la aceptación expresa del mismo.
- 4) Nos planteamos además la posibilidad de elaborar una guía abreviada de control de síntomas que incida en la utilización de la vía subcutánea, que permite un control sintomático adecuado y siempre es accesible. Se difundiría entre el personal médico de todos los niveles asistenciales, ya que se trata de una vía útil tanto en hospitalización como en domicilio.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Mejorar la calidad de la atención del enfermo terminal, teniendo en cuenta sus deseos en lo referente a control de síntomas, medidas de soporte extraordinarias, atención y cuidados en los últimos momentos, atenciones espirituales...
2. Difundir la posibilidad de realizar Documento de Voluntades Anticipadas. Como consecuencia esperamos un aumento en la realización de este tipo de documentos tanto entre enfermos como entre personas sanas en el Sector de Teruel.
3. Aumentar el conocimiento del personal sanitario en medidas de soporte y control de síntomas.
4. Unificar criterios en el tratamiento farmacológico de la agonía, facilitando la actuación del personal médico y de enfermería.
5. Posibilitar que un mayor número de pacientes sea atendido en el domicilio con un buen apoyo de Atención Primaria, obviando ingresos hospitalarios innecesarios.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. Diseño de instrumento de valoración clínica del paciente paliativo que incluya específicamente: síntomas que padece y gradación de los mismos; índice de calidad de vida (ECOG vs Karnofsky); información de que dispone; expectativas que tiene; y necesidades físicas, psicológicas y espirituales.
2. Difusión del Documento de Voluntades Anticipadas entre el personal, tanto sanitario como no. Formación mediante sesiones en lo referente a su cumplimentación y archivo.
3. Elaboración de protocolo de sedación en agonía, incluyendo documento de consentimiento informado.
4. Elaboración de guía rápida de manejo farmacológico de síntomas del enfermo terminal mediante la vía subcutánea.
5. Talleres formativos en manejo de síntomas del enfermo terminal.
6. Talleres formativos en habilidades de comunicación de malas noticias, afrontamiento de la muerte y atención al duelo de la familia.
7. Taller de terapias en los últimos momentos: psicológicas, musicoterapia... para el personal sanitario de las UCP.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

A final de año deberán haber sido desarrollados los documentos referidos:

- Historia clínica específica de las unidades que atienden a pacientes paliativos.
- Protocolo de sedación en la agonía con consentimiento informado.
- Guía rápida de control de síntomas en el paciente terminal.

A final de año se deberán de haber impartido los talleres y sesiones referidos:

- Manejo de síntomas del enfermo terminal.
- Comunicación de malas noticias.
- Terapias en los últimos momentos.
- Documento de Voluntades Anticipadas.

Indicadores a monitorizar:

1. Nº de historias específicas de cuidados paliativos en las que conste el grado de información del paciente.
2. Nº de Documentos de Voluntades Anticipadas realizados desde el inicio del proyecto.
3. Nº de consentimientos informados sobre sedación en agonía que consten en la historia clínica.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

1. Marzo-Abril: elaboración de los documentos referidos.
2. Mayo-Septiembre: inicio de aplicación del protocolo y documentos elaborados en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San José y el ESAD. Sesiones y talleres de formación.
3. Octubre-Diciembre: difusión en otras Unidades del Hospital Obispo Polanco y en Atención Primaria.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	---

<u>10.-PROVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
-Ordenador portátil	<u>800</u>
Impresora	<u>200</u>
-Talleres de formación	<u>100</u>
-Guía de tratamiento y otros documentos	<u>1500</u>
-Sesiones formativas	<u>0</u>
TOTAL	2600€

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Proyecto de mejora de la calidad de la atención que se presta en la Unidad Móvil de mamografía a la población objetivo del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama. Garantizar la intimidad de la mujer participante.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a Soledad Abad Fernández

Profesión

Médica

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc.)

Hospital "San José"

Sector de SALUD:

Teruel

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Unidad Programa Detección Precoz Cáncer de Mama

Correo electrónico:

msabad@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978 641159

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Pilar Calvo Salvador	Aux. Advo.	Hospital "San José"
M ^a Jesús Mansilla Arrazola	T.E.R.	Hospital "San José"
Graziella Ortiz Molinero	T.E.R.	Hospital "San José"

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Los programas de cribado poblacional presentan especiales características (voluntariedad en la participación, ausencia de enfermedad evidente), en particular, el cribado mamográfico, además, tiene condiciones especiales de edad, sexo, exploración etc.

El programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Aragón establece las medidas adecuadas para garantizar la intimidad de las mujeres, así como para garantizar la confidencialidad tanto de sus datos personales como de los relativos a la participación en el programa.

Sin embargo, dada la limitación y características especiales del espacio físico de la unidad móvil de mamografía, se dispone de una sala de espera, y una sala de entrevista dónde se realiza la encuesta clínica y se notifican resultados a aquellas mujeres que han necesitado estudios complementarios. Estas dos salas son contiguas y están separadas por una cortina de tela. A pesar de realizar las preguntas de la encuesta clínico-epidemiológica y la información a la mujer en tono adecuado, sería deseable un aislamiento mayor (tabique, puerta corredera etc) de estas dos salas para así garantizar y preservar la confidencialidad e intimidad de las mujeres que participan.

Esta experiencia ha sido llevada a cabo en la unidad móvil del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Huesca

Plan: proyecto para independizar sala de espera de sala de encuestar.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar el servicio que se proporciona a la población objetivo, atendiendo de forma especial al Art,10 de la Ley 14/86 de 25 de abril(Ley General de Sanidad):

- Establecer medidas adecuadas garantizando la intimidad de las usuarias
- Preservar la confidencialidad de toda información relacionada con su participación
- Facilitar información completa en términos comprensibles a las mujeres que participan antes y durante el proceso.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Análisis por parte del equipo de mejora de las posibles medidas a adoptar para mejorar la calidad de la atención a las usuarias del Programa de detección precoz del cáncer de mama, en especial en lo que se refiere a preservar su intimidad:

- Recabar la información clínica y los datos personales en el lugar adecuado y en el tono de voz adecuado
- Valorar Independizar la zona de sala de espera de la sala dónde se realiza la encuesta de historia clínica a la mujer a través de una mampara acristalada que permita aislamiento sonoro.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN:

Mejora del indicador de satisfacción referido la preservación de la intimidad

INDICADOR DE PARTICIPACIÓN 2009 CRIBADO INICIAL Y SUCESIVA
(MEDIDA INDIRECTA DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA DE CRIBADO):

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

Participación en cribado inicial: Mujeres que acuden por primera vez al programa y que no han sido exploradas en el mismo. Mujeres de nueva incorporación que participan en el cribado inicial tras su 1ª invitación

Participación cribado sucesivo : Incluye a las mujeres que han sido exploradas con anterioridad por el programa

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Proyecto de aislamiento salas de espera y de encuestar en el año 2009

Cronograma: un año – 2009

Reuniones:

1. Reunión previa del equipo de mejora
2. Puesta en común de criterios elaborados.
3. Análisis y plan de actividades de mejora.
4. Informe final

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

EL PAPEL DE LA MUSICOTERAPIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Milagros Díaz García

Profesión/Puesto

Enfermera. Directora de enfermería

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

Hospital San José de Teruel

Sector de SALUD:

Teruel

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

mdiazg@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

878 605368 ext. 224

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Eugenia Pérez Colón	rabajadora Social	H.S.J
Purificación Montero Cercós	Supervisora Unidad	H.S.J
Raquel Martínez Blasco	Técnico de gestión	H.S.J
Montserrat García Sanz	Psicólogo	ESAD

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La música es tan antigua como el ser humano y comprende un conjunto de estímulos acústicos que proceden de diversos instrumentos capaces de activar mecanismos neuronales profundos del sistema nervioso central, con lo que pueden modificar comportamientos y aliviar o curar algunos trastornos, incluso cuando es ofrecida bajo umbrales subliminares.

La terapia musical es apropiada para pacientes paliativos y para sus seres queridos. Se pueden enumerar diferentes cualidades de la música como herramienta terapéutica dentro de una unidad de Cuidados Paliativos:

- ES UN MODO DE EXPRESIÓN UNIVERSAL.
- TIENE PODER DE PENETRAR LA MENTE Y EL CUERPO EN TODA

CONDICIÓN.

- ESTIMULA LOS SENTIDOS, EVOCA SENTIMIENTOS Y EMOCIONES ASÍ COMO FACILITA RESPUESTAS FISIOLÓGICAS Y MENTALES.
- ENERGIZA EL CUERPO Y LA MENTE.
- TIENE EFECTO DIRECTO A NIVEL PSICOLÓGICO EN PERSONAS QUE DE OTRO MODO SON "INALCANZABLES".
- AYUDA A ESTABLECER, MANTENER Y FORZALECER LA RELACION ENTRE LO PURAMENTE ASISTENCIAL Y EL PACIENTE.
- REDUCE LA PENA, EL TRAUMA Y MIEDO A LA ENFERMEDAD, TANTO PARA LOS PACIENTES COMO PARA LA FAMILIA.

En nuestro Hospital sociosanitario, con pacientes crónicos y paliativos, la música puede ser muy útil para aliviar el sufrimiento físico y emocional, creando un ambiente acogedor y de confianza para el propio paciente, sus familiares y los profesionales que le atienden dentro del Hospital.

Addis Laird (metafísico, filósofo y músico), propone que la música tiene tal poder en la vida humana debido a que representa un nivel de conciencia del que no somos conscientes, quizás ello explique que la música puede ser una notable ayuda en el último viaje hacia un lugar donde la conciencia propia desaparece.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**GENERALES:**

- Abrir canales de comunicación.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Ayudar a aliviar los síntomas biológicos, psicológica y sociales molestos.
- Favorecer la autoestima.
- Facilitar la aceptación de la muerte como un fenómeno normal de la vida.
- Mejorar el clima hospitalario consiguiendo una mejor calidad asistencial en la última etapa de la vida.

ESPECIFICOS:

- Aliviar los temores y las ansiedades.
- Fortalecer la conciencia de identidad y de autoestima.
- Disminuir la sensación de aislamiento.
- Facilitar la expresión emocional a través de la comunicación no-verbal.
- Favorecer sistemas de comunicación familiar abiertos y eficaces que faciliten la expresión de los sentimientos.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

ELABORACION DE FICHA MUSICOTAPEUTICA: Que contenga información a cerca del sujeto enfermo que hablen de su diagnóstico y pronóstico, etapas que el individuo ha atravesado y esté atravesando en el proceso de adaptación a la nueva situación. Datos del paciente y/o familiares acerca de su historia sonora musical.

METODOS PASIVOS O RECEPTIVOS: de acción interna de escuchar, de imaginar, de sentir...

Las experiencias receptivas, pueden influir la escucha de música tanto en vivo o música grabada. La música actúa directamente en el paciente aportando estímulo que facilita respuestas terapéuticas inmediatas o estimulando un proceso terapéutico para que dé un cambio. El proceso de cambio terapéutico, puede tener lugar durante o después de la experiencia de la escucha y puede implicar respuestas musicales o no musicales.

En la terminalidad, la musicoterapia pasiva, estaría indicada para aquellos pacientes que no pudiendo participar de la actividad musical en forma activa puedan tener beneficios a partir de la recepción musical.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- % (porcentaje) de pacientes paliativos a los que se aplica la terapia musical durante su ingreso hospitalario.
(REGISTRO EN LA FICHA MUSICOTERAPEUTICA)
- % (porcentaje) de pacientes y cuidadores que valoran positivamente este tipo de terapia.
(MEDIDA A TRAVES DE ENCUESTA)

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Se iniciará una vez instalada la herramienta de trabajo.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
Material/Servicios	Euros
REJILLA 5"BLANCA PLASTICO	44,16
ENTRADA AUDIO MODULAR CON COMPRESOR	102,13
SINTONIZADOR DIGITAL FM MODULAR	165,35
CONTROLADOR AUDIO 127 ZONAS	422,49
AMPLIFICADOR DE 1 ZONA DE 10+10/20W CON CONTROL DIGITAL	503,43
FUENTE DE ALIMENTACIÓN DE 150 W	371,55
CPU CONTROL DIGITAL DE INSTALACION	153,93
BASE CONEXUON CONTROL-FUENTE MUSICAL BLANCO	52,86
MODULO RACK DE SOBREMESA	185,15
TAPA CIEGA PROCESADOR RACK MILLENNIUM 7UP	29,20
ENBELLECEDORES EGI 1 MODULO PARA CAJA UNIVERSAL	4,11
C. TRENZADO BICOLOR 2X1,5mm2750V.B. HALOG.	101,00
ALTAVOZ 5"PARA TECHO BANDA ANCHA 32 OHM.	231,00
CAJA DE EMPOTRAR ABIERTA	29,28
TOTAL	2.395,64EUROS

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA AL ALTA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Julia Hernández Martín

Profesión

Farmacéutica especialista farmacia hospitalaria

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

Hospital San José

Sector de SALUD:

Teruel

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Servicio de Farmacia

Correo electrónico:

jhernandezm@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978-618562 (ext-222)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Milagros Díaz García	Directora enfermería	H. San José
Purificación Montero Cercós	Supervisora enfermería	H. San José
M ^a Cruz Hernando	Auxiliar administrativo	H. San José

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Se estima que un 20-50% de pacientes no toman su medicación tal como se les prescribió, por lo que se les denomina no cumplidores. Además, los pacientes polimedicados tienen un alto riesgo de sufrir reacciones adversas. Por todo ello, los pacientes con politerapia, geriátricos, o pacientes que han sufrido reacciones adversas a medicamentos serían candidatos a recibir información escrita y verbal sobre su tratamiento farmacológico al alta hospitalaria.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar el proceso farmacoterapéutico y garantizar la seguridad del paciente al reducir los riesgos de los problemas relacionados con la medicación (PRM) al alta hospitalaria.
- Implicar al paciente en el proceso de la medicación, mejorando el cumplimiento terapéutico.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

El alta hospitalaria supone una oportunidad de mejorar la farmacoterapia de los pacientes, mediante actividades de prevención y/o identificación y resolución de PRM y la posibilidad de potenciar en los pacientes o cuidadores el conocimiento sobre su tratamiento, ofreciendo al paciente información escrita y verbal por parte del farmacéutico.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización.

Para evaluar el proyecto se realizará una encuesta de satisfacción telefónica a los pacientes y/o cuidadores a la semana de haber recibido la información. Se medirá el número de pacientes incluidos en el programa, PRM detectados al alta, así como el número de actuaciones farmacéuticas derivadas de los mismos.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

El inicio del programa depende de la adquisición de la aplicación informática Infowin®, del que se obtiene la información escrita que se proporcionará al paciente o cuidador.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Paquete informático Infowin®. (La suscripción se realiza a través de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y el precio depende del número de licencias contratadas en total).	Máx. 1700 €/año
Impresora en color	200 €
TOTAL	1900 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

CONCILIACIÓN DE TRATAMIENTOS AL INGRESO Y AL ALTA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Julia Hernández Martín

Profesión

Farmacéutica especialista farmacia hospitalaria

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

Hospital San José

Sector de SALUD:

Teruel

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Servicio de Farmacia

Correo electrónico:

jhernandezm@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978-618562 (ext-222)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Milagros Diaz García	Directora enfermería	H. San José
Purificación Montero Cercós	Supervisora enfermería	H. San José
Nuria Quilez Salas	Geriatra	H. San José
Lucia Morlans Gracia	Geriatra	H. San José
Rosa Gómez Esteban	Auxiliar farmacia	H. San José

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Según artículos publicados recientemente, las discrepancias entre la medicación que los pacientes toman antes del ingreso y la prescrita al ingreso alcanzan niveles del 30 al 70%. Para reducir los problemas relacionados con la medicación (PRM) en las fases ingreso y alta, se ha desarrollado el procedimiento de conciliación, con el objetivo de asegurar que cada paciente hospitalizado tenga prescritos los medicamentos necesarios para su situación clínica, teniendo en cuenta aquellos que había estado tomando antes del ingreso, exceptuando los específicamente modificados por el clínico, y validando la correcta prescripción (dosis, frecuencia, vía y tiempo de tratamiento).

Por ello, en Estados Unidos, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare

Organizations establece la conciliación como un punto clave para reducir el número de efectos adversos cuando cambian los responsables de un paciente.

Así, la priorización del proyecto recaería sobre los pacientes con politerapia, geriátricos, o pacientes que han sufrido reacciones adversas a medicamentos por ser la población más susceptible de padecer PRM.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar el proceso farmacoterapéutico y garantizar la seguridad del paciente al reducir los riesgos de los problemas relacionados con la medicación al ingreso y al alta hospitalaria.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaborar protocolos de trabajo para establecer un procedimiento claro, fácil y efectivo que permita resolver las situaciones de discrepancias entre prescripciones diferentes asegurando la continuación de tratamientos al ingreso y alta hospitalaria.
- Potenciar la entrevista al paciente al ingreso y al alta hospitalaria como herramienta clave.
- Potenciar la co-responsabilidad del paciente en su propio tratamiento.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Para evaluar el proyecto se medirá el número de pacientes incluidos en el proyecto, número de PRM detectados al ingreso y al alta, número de actuaciones farmacéuticas derivadas de los mismos.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- El proyecto podrá comenzar cuando se implemente el procedimiento de distribución de medicamentos por dosis unitarias, pues es necesario para conocer la medicación prescrita a cada paciente.
- Desarrollo de protocolos y procedimientos: 1 mes.
- Ampliación de la cobertura en función de resultados y recursos.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO LA UNIDAD DE MEMORIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ: ATENCIÓN INTEGRAL AL ENFERMO CON DEMENCIA Y SU ENTORNO FAMILIAR.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos PALOMA GONZÁLEZ GARCÍA
Profesión JEFE UNIDAD GERIATRÍA. MÉDICO ESPECIALISTA EN GERIATRÍA.
Lugar de trabajo UNIDAD DE GERIATRÍA. HOSPITAL SAN JOSÉ. TERUEL.
Correo electrónico: pgonzalez@aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978 60 53 68, extensiones 241 y 243

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
NURIA QUILEZ SALAS	Médico	Hospital San José
MARÍA JESÚS VICENTE ROMERO	DUE	Hospital San José
CARMEN AULA VALERO	DUE	Hospital San José
M ^a CRUZ HERNANDO VICENTE	Aux. admin	Hospital San José

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Situación de partida:
Desde la apertura de la CCEE de Geriatría se ha objetivado una demanda creciente de consultas de Atención Especializada por demencia, debido a:
<ol style="list-style-type: none"> 1. La demencia es una patología de incidencia creciente con la edad, y el envejecimiento poblacional determina una prevalencia elevada de casos en nuestro Sector Sanitario; 2. Existe cada vez más información sobre la enfermedad a disposición de facultativos y público en general, y las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer han ayudado en este sentido con su labor de difusión; 3. El médico de Atención Primaria puede realizar un diagnóstico sindrómico, pero no dispone de herramientas ni de tiempo para realizar el etiológico; 4. Los recursos terapéuticos están en manos del especialista, que se ve sobrepasado por el aluvión asistencial. 5. En el caso de la demencia es preciso atender no sólo al paciente, sino también al cuidador.
Importancia del proyecto: se trata de un proyecto asistencial que está cumpliendo los objetivos de:
<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre enfermedad y evolución, sobre cuidados y manejo del paciente en domicilio, sobre recursos asistenciales y sociales. • Prevenir, en lo posible, complicaciones y dependencia. • Tratar el déficit cognitivo y la sintomatología acompañante.

- **Tranquilizar** a paciente y familiares.
- **Acompañar** al paciente y sus cuidadores a lo largo del proceso.
- Ayudar en la **planificación del futuro**.

Actividades:

- **Consulta Especializada de Atención a las Demencias** en horario de tarde en el Hospital San José orientada al diagnóstico etiológico de la demencia y al seguimiento de pacientes con deterioro de funciones superiores.
- **Consulta de Apoyo al Cuidador** gestionada por enfermería.

Oportunidad de mejora:

- **Rentabilización de los recursos** disponibles en el Hospital San José, tanto físicos como humanos, en beneficio de la población geriátrica afecta de demencia de Teruel y de sus cuidadores.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**Aumentar beneficios de la atención:**

1. diagnóstico y tipificación de la demencia
2. tratamiento precoz de la demencia
3. intervención con el cuidador.

- Durante el año 2008 se han atendido 80 pacientes nuevos y se han realizado 248 seguimientos (ha disminuido el número de visitas porque durante algunos meses sólo se ha contado con 1 consulta, en lugar de las 2 habituales, al haberse marchado una de las geriatras a otra Comunidad Autónoma).
- En la consulta de apoyo al cuidador se han atendido a 46 cuidadores principales, con 171 visitas de seguimiento.
- Se continúa el servicio de préstamo de ejemplares del libro "Vivir con... la enfermedad de Alzheimer (Ed. Meditor) a los cuidadores interesados.

Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas:

Reducción de la ansiedad de paciente y familia

- En este aspecto, la valoración de las consultas (médica y de apoyo al cuidador) ha sido **positiva en el 100%** de los casos, lo que a nuestro parecer demuestra que la información (diagnóstico de demencia) proporcionada de forma adecuada y empática no hiere al paciente ni a su cuidador.

Garantizar los derechos y aumentar satisfacción de los usuarios:

1. Información y formación a familiares/cuidadores
2. Control sintomático
3. Ayuda en la planificación del futuro
4. Garantía de seguimiento

Para cubrir estos aspectos, con cada paciente se ha realizado:

- historia clínica completa,
- historia del deterioro,
- exploración física, neuropsicológica y funcional,
- diagnóstico etiológico,
- pautas de tratamiento,
- información sobre diagnóstico a paciente y familia,
- formación personalizada a cuidadores por parte de médico y enfermera,
- información sobre evolución y pronóstico, información sobre gestiones para planificación de futuro,
- disponibilidad para consulta telefónica
- gestión de citas.

Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado:

Rentabilización de los recursos físicos y personales disponibles en el Hospital San José:

- Se utilizan las dependencias de Consulta Externa y Hospital de Día de la Unidad de Geriatría en horario de tarde 2 días/semana;
- Colaboran 2 facultativos especialistas en Geriatría, 2 enfermeras especializadas y 1 administrativo.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar la calidad de vida del enfermo con demencia y de sus cuidadores en nuestro Sector.
- Garantizar la continuidad de cuidados del enfermo con demencia en nuestro Sector.
- Mejorar la calidad y la cantidad de información que reciben paciente y familiares.
- Constituirnos en referente para los cuidadores
 - ~ edición de impresión de la Guía para cuidadores
 - ~ programación de seminarios orientados al cuidador no profesional
 - ~ desarrollo de la Consulta de Apoyo al Cuidador
 - ~ estudio de la posibilidad de implementar una Consulta Telefónica
- Actuar como nexo con otros dispositivos asistenciales y con los Servicios Sociales.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1º) Se recibe la solicitud de valoración (p-10 u otro tipo de informe)

2º) **Enfermería** incluye al paciente en Unidad de Memoria o en CCEE de Geriatría

3º) Primera visita del paciente:

- **enfermería** recoge datos sociodemográficos, administra escalas básicas y realiza valoración inicial
- **geriatra** realiza anamnesis del deterioro, hª clínica, exploración física, escalas avanzadas y solicita exploraciones complementarias pertinentes.

4º) Segunda visita del paciente:

- **enfermería** recibe a paciente y familiares
- **geriatra** revisa estado de salud y exploraciones complementarias y profundiza en la evaluación neuropsicológica del deterioro.

5º) Tras una valoración interdisciplinar

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

- el **geriatra** proporciona las indicaciones terapéuticas
 - la **enfermera** trabaja con los cuidadores, programando entrevistas personalizadas
- 6º) Seguimiento periódico de pacientes y cuidadores.
7º) El **auxiliar administrativo** realiza la recogida de datos
8º) **Análisis de los datos.**
8º) **Adaptación del protocolo** asistencial a las necesidades de la población.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Se recogen mensualmente los siguientes datos:

- Número de pacientes incluidos en la Unidad de Memoria.
- Número de cuidadores incluidos en la Consulta de Apoyo al Cuidador.
- Número de visitas médicas (nuevas y de seguimiento).
- Número de visitas de enfermería (nuevas y de seguimiento).
- Número de consultas telefónicas.

Se realizará entrevista telefónica para análisis del grado de satisfacción de usuarios y cuidadores.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: marzo 2007	Fecha de finalización: ¿?
-----------------------------	---------------------------

Calendario: Es un proyecto con continuidad, que lleva en marcha desde marzo de 2007 y actualmente forma parte de la actividad normal de la Unidad de Geriátrica. Se conoce en Atención Primaria y Especializada, y desde ambas se derivan pacientes y cuidadores para seguimiento. Durante el año 2009 pretendemos abrirlo a la sociedad en general mediante la difusión de los talleres para cuidadores a través de las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer y de Parkinson, centros culturales y organismos sociales.

10.-PROVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Impresora HP Business Inkjet 2800</u>	<u>400</u>
<u>Talleres para cuidadores</u>	<u>350</u>
<u>Copistería e imprenta</u>	<u>200</u>
<u>Ejemplares "Vivir con... la enfermedad de Alzheimer"</u>	<u>300</u>
TOTAL	1250 €

Lugar y fecha:
Teruel, a 20 de Febrero de 2009

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO</p> <p>Optimización de la continuidad de cuidados del paciente anciano tras cirugía ortopédica o traumatológica</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos Paloma González García</p> <p>Profesión Jefe de Sección Geriatria</p> <p>Lugar de trabajo Hospital San José, Unidad de Geriatria</p> <p>Correo electrónico: pgonzalez@aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978605368, ext. 243</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carlos Martín Hernández	Traumatólogo	Hospital Obispo Polanco
José Carlos Roncal Boj	Traumatólogo	Hospital Obispo Polanco
Melchor Guillén Soriano	Traumatólogo	Hospital Obispo Polanco
Angel Castro Sauras	Traumatólogo	Hospital Obispo Polanco
Enrique Hernández Neila	Traumatólogo	Hospital Obispo Polanco
Concepción Esteban Silvestre	Enfermera	Hospital Obispo Polanco
Pilara Marco Sánchez	Rehabilitadora	Hospital Obispo Polanco
Raquel Orellana García	Rehabilitadora	Hospital Obispo Polanco
Lucía Morlans Gracia	Geriatra	Hospital San José
María Jesús Vicente Romero	Enfermera	Hospital San José
Purificación Montero Cercós	Enfermera	Hospital San José
Mercedes Forcano García	Geriatra	Hospital San José
Nuria Quílez Salas	Geriatra	Hospital San José
Pilar Herranz Andrés	Anestesista	Hospital Obispo Polanco
Vicente Conesa Marín	Anestesista	Hospital Obispo Polanco
Corona Gómez Sarasa	Fisioterapeuta	Hospital San José
Pilar Manzano Hernández	Fisioterapeuta	Hospital San José
Elena Lorente Sanz	Terapeuta ocupacional	Hospital San José
María Eugenia Pérez Colón	Trabajadora Social	Hospital San José

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Población diana:

- Sujetos mayores de 75 años ingresados en el Servicio de COT.

Oportunidades de mejora:

- Atención habitual al anciano ingresado en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) centrada exclusivamente en el problema quirúrgico, obviando comorbilidad y factores funcionales, psicológicos y sociales.
- Seguimiento de comorbilidad únicamente en caso de complicaciones (ausencia de intervención profiláctica).
- Prolongación de la estancia hospitalaria por complicaciones médicas.
- Prolongación de la estancia hospitalaria por problemática social.
- Utilización insuficiente de los recursos especializados para la población geriátrica actualmente disponibles en Teruel.
- Déficit de control postoperatorio del paciente postquirúrgico en centros sociosanitarios.
- Dificultad de comunicación entre profesionales de distintos niveles asistenciales.

Análisis del problema:

- La colaboración entre traumatólogos y geriatras tiene 40 años de historia. En numerosos estudios ha demostrado ser una colaboración coste-efectiva y con beneficios para el paciente y el sistema sanitario. Desde la reciente puesta en marcha de esta iniciativa de mejora de calidad el paciente anciano intervenido por el Servicio de COT se comienza a beneficiar de la asistencia integral que proporciona la actuación coordinada de los servicios de COT, Geriátrica, Rehabilitación y Anestesiología.

Partimos de la base de que:

- Los Servicios de COT, Rehabilitación, Geriátrica y Anestesia intervienen de forma conjunta en el proyecto de mejora.
- En Teruel se dispone de una Unidad de Geriátrica que realiza una valoración perioperatoria de los ancianos ingresados en COT, seleccionando a la población diana, sobre la que se actúa de forma profiláctica, realizando:
 - Valoración geriátrica integral (médica, funcional, mental, social).
 - Prevención, detección y tratamiento de complicaciones.
 - Detección y orientación precoz de problemática social.
 - Plan de cuidados y seguimiento.
 - Trabajo en equipo multidisciplinario.
 - Derivación a niveles asistenciales de la Unidad de Geriátrica para continuación del proceso rehabilitador en caso de necesidad.
 - Planificación precoz del alta.
 - Coordinación con el nivel asistencial posterior al alta

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

El programa se comenzó en octubre de 2008 debido a que dos de las especialistas en Geriátrica regresaron a su CCAA de origen en primavera y verano, respectivamente, y no se pudo contar con nuevos especialistas hasta entonces.

Se incluyeron únicamente mayores de 75 años por considerarse la intervención factible y más rentable a partir de dicha edad.

- Durante el último trimestre de 2008 se valoró a un total de 104 pacientes de 75 o más años ingresados en la planta de Traumatología, con una media de 4'36 visitas de seguimiento a lo largo del ingreso (104 primeras visitas, 454 visitas de seguimiento por parte de Geriátrica).
- De los 104 pacientes mayores de 75 o más años valorados, 41 se beneficiaron del ingreso en diferentes niveles asistenciales del Hospital de Convalecencia: 33 se trasladaron a Unidad de Convalecencia y Rehabilitación (UCR, con estancia media en la misma de 31 días) y 8 se beneficiaron de rehabilitación ambulatoria en Hospital de Día.
- Sólo reingresó en el Hospital Obispo Polanco 1 de los pacientes trasladados a la UCR.
- 2 de los pacientes trasladados al Hospital San José fallecieron (ambos eran pacientes pluripatológicos en los que la fractura precipitó fracaso multiorgánico, y se les proporcionaron cuidados paliativos).
- La media del índice de Barthel al ingreso en la UCR era de 27'72/100, y al alta de 51'96 (ganancia media de 24'24 puntos).
- En el mes de diciembre se ha solicitado un código de acceso al programa informático *HP Doctor* del Hospital Obispo Polanco, y se han comenzado a hacer informes de la intervención por parte de Geriátrica, de momento únicamente en los casos de pacientes que pasan del Hospital de Agudos al de Convalecencia.
- Traumatología realiza un pase de visita semanal en el Hospital San José, atendiendo tanto a pacientes ingresados en planta como a pacientes de Hospital de Día: durante los meses de octubre a diciembre han realizado 82 visitas en planta y 47 en Hospital de Día.
- Rehabilitación pasa consulta en el Hospital San José 1 día a la semana, atendiendo tanto a pacientes ingresados, como de Hospital de Día, como de Consultas Externas con perfil geriátrico. Durante el año 2008 se han realizado 128 primeras consultas y 142 sucesivas.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Disminución de complicaciones intrahospitalarias.
2. Mejoría en los resultados funcionales de la intervención.
3. Aumento de las altas al domicilio previo.
4. Disminución de la demanda de otras interconsultas (especialmente a M. Interna).
5. Disminución de la estancia hospitalaria.
6. Disminución en los costes.
7. Perspectiva integral e integradora del enfoque del paciente.
8. Colaboración en la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre.
9. Mejora cualitativa del informe de alta del hospital de agudos.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Coordinación entre los Servicios implicados en el proyecto, plasmada en:

1. Interconsulta precoz (tanto solicitud como respuesta).
2. Pase de visita diario por parte de Geriátría en el Servicio de COT del Hospital General.
3. Sesión interdisciplinaria entre COT, RHB y Geriátría en el Hospital General (pendiente concretar periodicidad).
4. Participación de COT y RHB en el control postoperatorio del paciente en el Hospital de Convalecencia.
5. Implicación de enfermería, fisioterapia y trabajo social en el protocolo (trabajo multidisciplinario).
 1. Continuidad a lo largo del proceso asistencial.
 2. Cambio del paradigma de asistencia vertical por un modelo transversal.
 3. Aplicación práctica de la gestión clínica y de los nuevos modelos de unidades funcionales.

1. **8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO****Indicadores:**

1. Nº de pacientes >74 años incluidos en programa / nº total de pacientes >74 años intervenidos en el servicio de COT.
2. Estancia media en hospital de agudos de los pacientes incluidos en programa.
3. Estancia media en el Hospital de Convalecencia.
4. Nº de diagnósticos al alta de los pacientes incluidos.
5. Ganancia funcional (diferencia entre los índices de Barthel de ingreso y alta).
6. Índice de Barthel a los 3 meses (entrevista telefónica).
7. Nº de reingresos en hospital de agudos en las dos primeras semanas.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: 1 de enero de 2009

Fecha de finalización: continuidad

Calendario:

1. Reuniones de evaluación cada 3 meses entre los diferentes niveles asistenciales de Geriátría (especialmente hospitalización, unidad de valoración, unidad de rehabilitación y hospital de día).
2. Reunión de evaluación en junio y diciembre de 2009 entre Jefaturas de Sección de los diferentes servicios implicados.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	---

<u>10.-PROVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Media jornada de geriatra 5 días a la semana.	
Media jornada de traumatólogo semanal	
Una jornada de rehabilitador semanal.	
Artromotor	4500
TOTAL	4500

Lugar y fecha: Teruel 20 de FEBRERO de 2009

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Aula de estimulación sensorial

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Elena Lorente Sanz

Profesión

Terapeuta Ocupacional

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

Hospital San José

Sector de SALUD:

Teruel

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Hospital de Día Geriátrico

Correo electrónico:

elonrentes@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978.60.53.68 ext. 240

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Merche Forcano García	Geriatra	Hospital San José
2 Pilar Manzano Hernández	Fisioterapeuta	Hospital San José
3 Corona Gómez Sarasa	Fisioterapeuta	Hospital San José
4 Carmen Aula Valero	Enfermera	Hospital San José
5 Clara Isarriá Ballester	Oficial Primera costurera	Hospital San José

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

En el servicio de Terapia Ocupacional se detecta una gran prevalencia de déficits sensoriales que interfieren de forma negativa en la rehabilitación y calidad de vida de los pacientes ingresados. Consideramos que la atención y estimulación sensorial favorecería de forma positiva la evolución del paciente y los resultados del proceso rehabilitador.

Dado que el Hospital de Día Geriátrico de Teruel es el único servicio del Sector con Unidad de Terapia Ocupacional, se remiten un gran número de pacientes con patologías muy diversas en las cuales se asocia frecuentemente el déficit sensorial (ACV, Parkinson, neuropatías, deterioros cognitivos, enfermedades neurológicas...).

Los déficits sensoriales se asocian a mayor dependencia como:

- agnosia de colores o acromatopsia: problemas uso dinero, selección de ropa.
- agnosia táctil o astereognosia: incapaz de reconocer objetos con vista ocluida como encontrar monedas en el bolsillo o abrochar una prenda con el cierre en zona no visible.
- agnosia olfatoria: incapacidad para oler el gas, humo, comida quemada... con el riesgo de accidentes que conlleva.
- el reconocimiento de objetos influye en la ejecución de tareas en las que ellos interfieren.
- la percepción del espacio cercano está influida por las aferencias auditivas y táctiles, ya que dan información sobre las posición de muchos elementos del ambiente.
- los problemas de reconocimiento del esquema corporal dificultan el vestido y otras actividades de autocuidado.
- el reconocimiento del propio cuerpo y su diferenciación del entorno permite encontrar caminos y desplazarse en el medio, manipular objetos...
- la constancia de color y forma, la discriminación figura/fondo y derecha/izquierda, la percepción espacial, el esquema corporal y la praxia constructiva son imprescindible para la actividad del vestido.

Lorenze y Canero (1962) fueron los primeros en reconocer la relación entre trastorno de percepción visual y rendimiento en AVD en pacientes con hemiplejía izquierda.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Recuperación de la sensibilidad táctil superficial y profunda, propiocepción, somatognosia, estereognosia, heminegligencias, hemianopsia, anosmia...en pacientes con este tipo de déficits causados por problemas de origen orgánico y psíquico.
- Favorecer la orientación y la estimulación de pacientes con deterioro cognitivo y/o síndrome confusional agudo.
- Mejorar la calidad de vida global del paciente geriátrico y/o dependiente, y de su entorno familiar.
- Prevención de accidentes y riesgos de caídas.
- Máximizarse la autonomía del paciente durante el tratamiento y conseguir su permanencia en el domicilio habitual.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Creación de aula dedicada exclusivamente a la estimulación sensorial global del paciente.

La Terapeuta Ocupacional realizará valoración sensorial de todos los pacientes que se atienden en el Servicio. En todos aquellos en los que se detecte algún déficit sensorial se realizará tratamiento de estimulación sensorial de manera individual y/o grupal.

La estimulación será a través de todos los sentidos (tacto, oído, olfato, vista y gusto), reconocimiento corporal respecto a sí mismo y al espacio, propiocepción... en todas las áreas corporales afectadas.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

-Registro de déficits sensoriales presentes al ingreso y al alta en la historia de Terapia Ocupacional.

-Porcentaje de adaptaciones del domicilio relacionadas con aspectos sensoriales.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Marzo: instalación el aula de estimulación sensorial en el Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital de Día Geriátrico.

Abril: colocación de todos los materiales de estimulación.

Mayo a diciembre: desarrollo del programa con los pacientes ingresados.

Diciembre: evaluación de resultados.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Telas de diferentes texturas para forrar paredes (saco, toalla, terciopelos, pana, algodones...) Papeles para las paredes (celofán, seda...)	400 euros
Alfombras diferentes texturas para suelo	300 euros
Arena Piedras con cantos rodados	200 euros
Plantas aromáticas, esencias, especias.	100 euros
Reproductor cd's y discos de música relajante y de sonidos cotidianos	200 euros
Cascabeles, diapasón, tambor, timbal, bongos, castañuelas, maracas, triángulos, campanillas.	600 euros
Lámpara con bombillas de varios colores	200 euros
TOTAL	2000 euros

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a Ángeles Camacho Ballano

Profesión

Enfermera

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

Hospital Obispo Polanco

Sector de SALUD:

TERUEL

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Unidad de Calidad

Correo electrónico:

macamacho@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978621150 ext. 1713

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Concha Thomson Llisterri	Médico	H. O. Polanco
Ana Garzaran	Médico	H. O. Polanco
Vicente Espinosa	Médico	H. O. Polanco
Pilar Flórez	Enfermera	H. O. Polanco
Concha Esteban	Enfermera	H. O. Polanco

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Mejorar la información de los pacientes es uno de los aspectos más importantes para conseguir la satisfacción con la asistencia recibida.

Una de las líneas estratégicas del Plan de Calidad del Hospital es *Mejorar la satisfacción de los usuarios mediante una atención sanitaria lo más personalizada posible*. Nos planteamos como objetivo específico *Mejorar la humanización, calidad del trato y dar información accesible y asequible al paciente*.

La identificación de los trabajadores forma parte de la información debida a los usuarios, que tienen derecho a conocer el nombre del médico y la enfermera responsables de su asistencia, condición elemental para el establecimiento de un clima de confianza.

En estos momentos en nuestro Hospital existe una guía de acogida al paciente que contiene toda la información general del mismo.

Creemos que dicha información se debe complementar con la específica del Servicio/Unidad en la que se encuentra ingresado el paciente.

En las encuestas de satisfacción que se les remite a los pacientes tras haber sido dados de alta vemos que a pesar de estar satisfechos con la información recibida en general, se podrían mejorar.

Con este proyecto queremos conseguir que:

- Cada Servicio/Unidad elabore una guía informativa específica en la que se detallen aquellos aspectos que sean relevantes y de interés para el paciente hospitalizado, manteniendo una homogeneidad.
- Mejorar la información de los pacientes respecto al personal que le atiende tanto médico como de enfermería y de los aspectos específicos del Servicio o Unidad en la que se encuentra ingresado: horario de información, alta hospitalaria, consentimientos informados, circuitos a seguir para obtener la baja médica etc.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Que cada Servicio/Unidad defina sus circuitos de información a los pacientes.
- Mejorar la información recibida por los pacientes. Información personalizada, accesible y asequible al paciente.
- Contribuir a la personalización de la asistencia. Identificar a la persona responsable de la atención al paciente.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Diseño y elaboración de la guía de información de los Servicios.

Información a los responsables de los Servicios para su elaboración

Aprobación de las guías

Impresión y distribución de las mismas

En el año 2009 se realizará en los Servicios que más pacientes tienen ingresados, para en el 2010 completarla con el resto de Servicios

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	--

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- Nº de Servicios que tienen elaborada la Guía
- Nº de Servicios que la tienen impresa y que la distribuyen a los pacientes

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- De marzo a Junio de 2009: Diseño de la guía e información a los Servicios
- De junio a diciembre de 2009: edición y distribución de la guía
- Año 2010 el mismo calendario para el resto de Servicios

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN DE PIE DIABÉTICO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **Laura Comín Novella**

Profesión **Médico Interna Residente de 5º año de Cirugía General y del Aparato Digestivo**

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) **Hospital General de Teruel "Obispo Polanco"**

Sector de SALUD: **Teruel**

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. **Cirugía General y del Aparato Digestivo**

Correo electrónico: **lcomin@salud.aragon.es**

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978621150 ext 750

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José María del Val Gil	Cirujano	H. General de Teruel
Mónica Oset García	MIR Cirugía	H. General de Teruel
Consuelo Pastor Espuig	MIR Cirugía	H. General de Teruel

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Las infecciones del pie son la principal causa de hospitalización del paciente diabético y conducen con frecuencia a la amputación mayor o menor, con una alta tasa de morbimortalidad y estancias hospitalarias prolongadas, con el gasto que ello genera. Es una patología compleja a veces multifactorial de muy diversa actuación de la que convendría unificar los criterios de manejo del paciente, tanto diagnóstico (infección, vasculopatía, neuropatía...) como terapéutica (antibioterapia, vía y duración, tratamiento quirúrgico, curas locales...) y seguimiento, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio. Los protocolos son las vías óptimas para homogeneizar criterios y, por tanto, creemos que es necesario para dar un servicio satisfactorio a este grupo de pacientes.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Elaborar un protocolo de actuación en la infección del pie diabético que unificará los criterios de actuación en esta patología y, en consecuencia, permitirá unos resultados mejores, menor estancia hospitalaria, menos amputaciones mayores y menores y disminución de la morbi-mortalidad en estos pacientes.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Realización de protocolo para el óptimo diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes diabéticos, que presentan casi 10 veces más infecciones del pie que los pacientes sin diabetes. Entre el 25 y el 50% de estas infecciones conducen a una amputación menor y entre un 10 y un 40% requieren una amputación mayor. El protocolo va a permitir mejorar el manejo clínico de estas infecciones, el cual depende del uso racional del tratamiento antibiótico, así como de diversos procedimientos quirúrgicos de mayor o menor extensión y de las curas que se realizan en la planta de hospitalización.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Se realizará un protocolo para la infección del pie diabético que se aplicará en los pacientes que, tras su realización, ingresen en nuestro Servicio de Cirugía General.

Indicadores:

- Estancia hospitalaria.
- porcentaje de amputaciones mayores y menores.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Realización del protocolo de diagnóstico y tratamiento del pie diabético infectado: abril 2009.
- Aplicación del protocolo en los pacientes que ingresen en nuestro Servicio: mayo 2009-enero 2010.
- Revisión de resultados obtenidos: febrero 2010.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

INFORMACIÓN Y SEDACIÓN: ¿EN QUÉ GRADO MEJORA LA TOLERANCIA DE LAS ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS?

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **María Teresa Botella Esteban**

Profesión **FEA Aparato Digestivo**

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) **Hospital Obispo Polanco.**

Sector de SALUD: **Teruel**

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. **Unidad de Aparato Digestivo**

Correo electrónico: **mtbotella@salud.aragon.es**

Teléfono y extensión del centro de trabajo: **978 621150 (Ext 1673)**

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Concha Thomson LListerri	FEA	H. Obispo Polanco
María José Alcalá Escriche	FEA	H. Obispo Polanco
Emilio Garza Trasobares	FEA	H. Obispo Polanco
María Martínez Morales	DUE	H. Obispo Polanco
M. Ángeles Gómez Rucio	DUE	H. Obispo Polanco
Geli Cuervo Menéndez	AE	H. Obispo Polanco

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La satisfacción del paciente se ha convertido en una de las piedras angulares de los sistemas de mejora progresiva de la calidad en los hospitales.

Ante exploraciones invasivas, como lo son las endoscopias digestivas, casi un 50% de los pacientes refieren un alto grado de insatisfacción en relación a las molestias percibidas durante su realización. Facilitar la sedación durante estas pruebas podría mejorar la tolerancia a las mismas y, de este modo, evitar posibles negativas de los pacientes a su repetición en caso de que fuera necesario.

Además, la información que reciben los pacientes previo a una exploración endoscópica, el conocimiento sobre los motivos de su solicitud y el convencimiento personal de su idoneidad pueden influir positivamente.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

En 2007 realizamos el Proyecto titulado "Iniciativa de mejora del nivel de satisfacción

del paciente en la endoscopia digestiva". En dicho proyecto y durante 3 meses se les entregó a los pacientes que acudían a la Unidad de Endoscopias Digestivas un cuestionario sobre satisfacción, de fácil cumplimentación, que utilizaba una escala ordinal de 5 ítems (malo=0, regular=1, bueno=2, muy bueno=3, excelente=4). Incluía la valoración de 6 aspectos (espera para la cita, espera el mismo día, cortesía del médico, cortesía de la enfermera, explicaciones, molestias) y una última pregunta de puntuación global. A partir del cuestionario se calcularon tres indicadores: la media de puntuación en todas las preguntas, el porcentaje de problemas percibidos por los pacientes (número total de preguntas respondidas malo/regular dividido por el número total de preguntas contestadas) y el porcentaje de pacientes insatisfechos en la puntuación global

Un total de 194 pacientes (50,5% de mujeres, edad media 59,9+/-16,6 años) respondieron a la encuesta.

Pregunta	Media	Porcentaje insatisfacción (% malo o regular)
Demora en la cita	2,78	4,7%
Demora el día de la prueba	2,88	8,8%
Cortesía del endoscopista	3,44	2,1%
Cortesía enfermería	3,56	1%
Explicaciones del médico solicitante	2,83	7,3%
Explicaciones del endoscopista	2,94	6,2%
Molestias durante la prueba	1,74	44,8%
Gastroskopias	1,66	50,7%
Colonoscopias	1,80	40%
PUNTUACIÓN GLOBAL	2,79	7,9%

El aspecto más problemático, desde el punto de vista de los pacientes, fue en relación a las molestias que perciben durante la exploración, sin existir diferencias entre la gastroscopia y la colonoscopia. Y este hecho es el que nos ha llevado a plantearnos la sedación en endoscopias.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Nos proponemos ofrecer a los pacientes la sedación consciente durante la realización de las endoscopias digestivas. Después realizaremos un análisis del grado de satisfacción utilizando la versión al castellano del cuestionario GHAA-9m recomendado por la ASGE (American Society of Gastrointestinal Endoscopy). A este cuestionario le añadiremos alguna pregunta que consideramos importante para conocer el grado de convencimiento en la necesidad de la prueba diagnóstica.

Nos interesa conocer si existe mejoría de la tolerabilidad a la exploración endoscópica en los pacientes que aceptan la sedación consciente y ver en qué grado afecta a dicha tolerabilidad la información previa que tenga el paciente sobre la exploración que se le va a realizar y la idoneidad en su caso particular

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Realización de curso de reanimación cardiopulmonar avanzado – Personal Médico y de Enfermería
- Realización de Protocolo de sedación en Endoscopias - Personal Médico
- Ofrecer sedación consciente en gastroscopias y colonoscopias- Personal Médico
- Realización de encuesta anónima tras la endoscopia- Personal de Enfermería
- Incorporación a una base de datos- Personal de Enfermería
- Análisis de los datos- Unidad de Aparato Digestivo

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTOIndicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

A través del cuestionario se van a analizar varios aspectos:

- nivel de información que ha recibido el paciente sobre la endoscopia previo a su realización
- nivel de convencimiento del paciente de la idoneidad de realizarse la exploración.
- confort y tolerabilidad durante la endoscopia en pacientes que reciben sedación frente a aquellos que no la reciben
- confort y tolerabilidad de los diferentes preparados que existen para la limpieza del colon previo a la colonoscopia
- confort y tolerabilidad en pacientes según el nivel de convencimiento de la idoneidad de realizarse la exploración

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Realización de curso de RCP avanzada	Octubre 2008
Realización del protocolo de sedación	Enero 2009
Inicio de la implantación de protocolo de sedación	Febrero 2009
Realización de la base de datos	Febrero 2009
Realización de las entrevistas	Marzo 2009 - Agosto 2009
Incorporación en la base de datos	Marzo 2009 - Agosto 2009
Análisis de los datos	Septiembre 2009 – Octubre 2009

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO</p> <p>Proyecto de mejora de la comunicación interna y externa en el Hospital Obispo Polanco</p>

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Concha Thomson Llisterri</p>
<p>Profesión Facultativa Especialista de Área. Responsable de Calidad del Hospital obispo Polanco</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Obispo Polanco</p>
<p>Sector de SALUD: Teruel</p>
<p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Sección de Digestivo. Área Médica. Hospital Obispo Polanco</p>
<p>Correo electrónico: cthomson@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978621150 ext 1673</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Carlos Martín Hernández	Traumatólogo	H Obispo Polanco
2 Amparo Torres Celda	Enfermera	H Obispo Polanco
3 Aurora Andrés Saliente	Directora Enfermería	H Obispo Polanco
4 M ^a José Gimeno Minguez	Informática	H Obispo Polanco
5 José Ramón Juan Lahuerta	Responsable electromedicina	H Obispo Polanco
6 M ^a Carmen Torán Tío	Administrativa	Hospital Obispo Polanco
7 Jesús Esteban Guillén	Ingeniero, prevención riesgos laborales	Hospital Obispo Polanco

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Análisis del problema:

La comunicación es una de las grandes necesidades de nuestro tiempo. Las Instituciones están obligadas a darse a conocer y responder a las exigencias de información que requieren sus clientes externos e internos

La comunicación en el medio sanitario se establece entre varios niveles profesionales dentro del Hospital, entre profesionales de distintos niveles asistenciales y entre éstos y los usuarios del sistema de salud (comunicación intra y extrahospitalaria). A su vez, ambas se establecen en sentido tanto horizontal como vertical.

Los canales a utilizar son múltiples, comunicación verbal, escrita, por medios audiovisuales, por medios electrónicos, por medios de comunicación de masas. Sin embargo, en la actualidad son pocos los empleados.

La comunicación extrahospitalaria con los usuarios se reduce a los medios de prensa y televisión y es puntual en relación con eventos de importancia remarcable.

La comunicación extrahospitalaria con otros niveles asistenciales es reducida, originando un déficit de accesibilidad de otros profesionales al Hospital. La comunicación intrahospitalaria se establece habitualmente de forma vertical, de manera verbal o escrita, o bien horizontalmente de manera académica mediante las sesiones clínicas. A menudo, la comunicación vertical se detiene en un determinado nivel jerárquico tornándose inefectiva la relación entre los órganos gestores y de dirección y los profesionales asistenciales. Es por ello que es necesario promocionar el empleo de otros canales para obtener un proceso de comunicación fluida, continua, permanente y multidireccional.

Partimos de la base de que:

- √ La comunicación es un pilar básico para la promoción de la salud.
- √ Existe en el Hospital Obispo Polanco un Grupo de Mejora de la Comunicación ya constituido.
- √ Existe una voluntad firme para mejorar la comunicación intra y extrahospitalaria.
- √ Existe en los profesionales y en los usuarios una necesidad no sólo de información, sino de un verdadero mecanismo biunívoco de comunicación.
- √ Ha sido desarrollada por el grupo de comunicación una página web del Hospital Obispo Polanco pronta a entrar en funcionamiento.

Población diana:

Profesionales sanitarios del Hospital Obispo Polanco
Profesionales sanitarios de otros niveles asistenciales
Usuarios del Sistema de Salud del Sector Teruel

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Establecer y mantener unos canales de comunicación definidos, efectivos y fiables.
2. Abrir desde el Hospital una ventana a la sociedad para que nos conozca mejor.
3. Mejorar la accesibilidad del ciudadano al Hospital.
4. Mejorar la accesibilidad de los profesionales sanitarios de otros niveles asistenciales al Hospital.
5. Fomentar el sentido de pertenencia del personal sanitario a la organización.
6. Suprimir otros canales de comunicación viciada.
7. Establecer un mecanismo de feed back entre usuario y profesionales y entre profesionales y órganos directivos que mejore el funcionamiento del Sistema Sanitario.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Mantener y gestionar la página web del Hospital convirtiéndola en una herramienta ágil, dinámica y permanentemente actualizada.
2. Crear dentro del Grupo de Comunicación un comité de redacción que recoja y elabore la información.
3. Potenciar el uso del correo electrónico institucional.
4. Diseñar e implementar un sistema de comunicación mediante monitores informatizados en áreas del hospital accesibles tanto a usuarios como a profesionales.
5. Mantener el canal de comunicación escrita mediante la colocación de paneles y tableros informativos.

Los responsables del desarrollo del proyecto serán los miembros del Grupo de Comunicación

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Evaluación anual de resultados por parte del Grupo de Comunicación mediante los siguientes

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	---

Indicadores:

- √ Puntuación obtenida en las encuestas de comunicación a los usuarios
- √ Puntuación obtenida en las encuestas de comunicación a los profesionales
- √ Nº de visitas a la página web del hospital
- √ Nº de accesos al área restringida a profesionales de la página web
- √ Nº de profesionales que emplean el correo electrónico institucional / nº total de profesionales

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de inicio: Marzo de 2009

Calendario:

- De marzo a abril finalización de la página web y presentación interna en el Hospital y a los ciudadanos mediante ruedas de prensa a los medios de comunicación.
- En marzo: creación del Comité de Redacción de las Noticias.
- Reunión trimestral del grupo de comunicación
- En diciembre: Realización de una encuesta de valoración de la comunicación por parte de los profesionales del hospital.
- Reunión anual para evaluación de resultados

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO Unidad Pediátrica de Asistencia a niños diabéticos, celíacos, con fibrosis quística o con trastornos del comportamiento alimentario (obesidad y anorexia).</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Jesús Martín-Calama Valero.</p>
<p>Profesión Facultativo Especialista en Pediatría.</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital O. Polanco de Teruel</p>
<p>Sector de SALUD: Teruel</p>
<p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Pediatría</p>
<p>Correo electrónico: jmartincalama@telefonica.net</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978621150 Ext 1699- 1700- 1702-1121.</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Cristina Cordeiro	Pediatra	Hospital O.Polanco
2 Ana Belén Maicas Pérez	Enfermera	Hospital O Polanco
3 Isabel Alpuente Zorraquino	Enfermera	Hospital O Polanco
4 Eva Navarro Serrano	Pediatra	Centro de Salud Teruel
5 Adoración Adivinación Herrero	Enfermera	Centro de Salud Teruel

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <p>1. La asistencia a los niños diabéticos, celíacos y con fibrosis quística (FQ) de Teruel venía siendo realizada hasta ahora por el Dr F. Valle Sánchez, que ha pasado a ejercer como pediatra en el Centro de Salud de Monreal del Campo. Los niños con trastornos del comportamiento alimentario eran atendidos hasta ahora por la Dra C. de Miguel Pardo, en la actualidad de baja por enfermedad y próxima a su jubilación reglamentaria por edad. Es un momento idóneo para la creación de un nuevo equipo de trabajo que programe la atención a estas patologías desde el punto de vista preventivo, de diagnóstico precoz, formativo y asistencial colectivo.</p> <p>2. Los trastornos del comportamiento alimentario (obesidad y anorexia) suponen un grave problema de la población infantil de los países desarrollados. El problema es cada vez más importante tanto en el número de niños y adolescentes afectados como en la severidad de la afectación. Las estrategias que han demostrado mayor eficacia en</p>

la solución, son las que combinan prevención, diagnóstico temprano y asistencia en grupo.

3. La asistencia al niño diabético exige un plan de atención progresivo desde el momento del diagnóstico asociado a un programa de seguimiento que incluya aspectos dietéticos, de actividad física y de tratamiento. También en este campo, la terapia en grupo ha demostrado ser más eficaz que la atención individualizada al tiempo que permite rentabilizar recursos. Lo mismo es aplicable para la población de niños celíacos, con FQ y con trastornos del comportamiento alimentario.

4. En las grandes ciudades es posible organizar la asistencia en grupo a niños afectados por diabetes o enfermedad celíaca de forma independiente debido al mayor número de casos y a la mayor disponibilidad de recursos. Estas patologías tienen en común una importante base de educación nutricional, por lo que en ciudades pequeñas como Teruel, es posible plantear la asistencia por un mismo equipo, rentabilizando de esta forma los recursos y ofreciendo la misma calidad asistencial de ciudades con mayores posibilidades.

5. La complejidad de la asistencia al niño diabético y el aumento de las posibilidades de tratamiento, exigen un periodo previo de actualización en el manejo moderno de la diabetes infantil de los profesionales que vayan a encargarse de su asistencia. La actualización previa también es un requisito imprescindible para ofrecer una asistencia de calidad en la enfermedad celíaca, FQ, obesidad y anorexia nerviosa.

6. La programación del abordaje integral a estas patologías debe contemplar el trabajo conjunto desde la Atención Primaria y la Hospitalaria. Esta forma de trabajo permitirá integrar la prevención y la asistencia en un mismo programa, dejando abierta la puerta para que en el futuro se incorporen al equipo las unidades de Salud Mental Infanto juvenil, los equipos sociales de asistencia domiciliaria y los responsables de la asistencia infanto juvenil en zonas rurales.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Mejorar los hábitos nutricionales de la población infantil en general y de los niños enfermos de diabetes, enfermedad celíaca, obesidad y anorexia nerviosa.
2. Prevenir la aparición de obesidad y de anorexia nerviosa o evitar que alcancen niveles de afectación severa.
3. Ofrecer educación en hábitos de vida saludables y ejercicio físico.
4. Enseñar a la población de niños diabéticos el control y manejo de su enfermedad estableciendo cauces de interrelación fluidos para el control diario del tratamiento.
5. Enseñar a la población de niños celíacos el control de su enfermedad.
6. Iniciar el tratamiento en grupo de los niños con este tipo de patologías.
7. Valorar las oportunidades de mejora, estudiando la incorporación de otros expertos al equipo de trabajo.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Estudio y valoración de los proyectos de terapia grupal desarrollados en otros centros.

Actualización en el manejo del niño diabético, celíaco, obeso y anoréxico mediante una estancia programada en el Hospital Infantil Miguel Servet (Centro de Referencia para este tipo de patologías) de dos pediatras y una enfermera.

Búsqueda y captación de los niños y adolescentes afectos de enfermedad celíaca, diabetes, anorexia nerviosa y obesidad.

Desarrollar un protocolo de asistencia al niño diabético, celíaco, FQ, obeso y anoréxico que incluya aspectos preventivos, de atención precoz y de seguimiento.

Distribución de las tareas formativas y asistenciales incluyendo la Atención Primaria y la Hospitalaria.

Creación de una unidad específica de diagnóstico, y formación a cargo de una enfermera con experiencia en la asistencia a niños y adolescentes integrada en el Servicio de Pediatría a cuyo cargo estaría la realización de pruebas diagnósticas, y la educación formativa de niños diabéticos, celíacos, con FQ y obesos.

Registro de la actividad asistencial y desarrollo de un mecanismo de evaluación de resultados de carácter periódico.

Programación de actividades en grupo para pacientes o familiares.

Análisis de las posibilidades de mejora.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Obesidad:

1. Valoración de la Captación: Porcentaje de niños incluidos en el programa en relación con la estimación de población infantil obesa.
2. Valoración de eficacia: Porcentaje de niños incluidos en el programa de asistencia que mejoran su Índice de Masa Corporal al mes, tres meses y seis meses de la inclusión.

Diabetes:

1. Valoración de la Captación y registro: Porcentaje de niños diabéticos de los que se tengan datos que incluyan la edad y forma de debut de la enfermedad, antecedentes familiares significativos, régimen de tratamiento, nivel de control y complicaciones, en relación con el total de diagnósticos realizados en los últimos 5 años.
2. Protocolo de asistencia al niño diabético: Grado de desarrollo de un protocolo escrito sobre la asistencia al niño diabético que incluya los aspectos preventivos, de atención precoz y de seguimiento.
3. Optimización del tratamiento: Porcentaje de niños que consigan adaptarse a los parámetros analíticos y clínicos de buen control, que se fijen en el protocolo de

asistencia al niño diabético.

4. Nivel de satisfacción de los pacientes y sus familias: Porcentaje de familias de niños diabéticos que declaren un nivel de satisfacción superior a 7 en una escala de 0 a 10.
5. Agrupamiento: Porcentaje de familias de niños diabéticos que se integren en los programas de trabajo en grupo, en relación con el total de familias de niños diabéticos incluidos en el registro de captación.

Enfermedad celíaca y fibrosis quística:

1. Valoración de la Captación: Porcentaje de niños con enfermedad celíaca y FQ registrados de los que se tengan datos que incluyan la edad y forma de debut de la enfermedad, antecedentes familiares significativos, régimen de tratamiento, nivel de control y complicaciones, en relación la población infantil celíaca estimada en función de estadísticas nacionales.
2. Protocolo de asistencia al niño celíaco y con fibrosis quística: Grado de desarrollo de un protocolo escrito sobre la asistencia al niño con enfermedad celíaca y FQ que incluya los aspectos preventivos, de atención precoz y de seguimiento.
3. Optimización del tratamiento: Porcentaje de niños celíacos que mantengan niveles analíticos de curación a los 6 y 12 meses del diagnóstico, respecto al total de diagnósticos.
4. Nivel de satisfacción de los pacientes y sus familias: Porcentaje de familias de niños celíacos y con FQ que declaren un nivel de satisfacción superior a 7 en una escala de 0 a 10.
5. Agrupamiento de familias de celíacos y FQ: Porcentaje de familias de niños celíacos que se integran en los programas de trabajo de grupo, respecto al total de familias de niños celíacos.

Anorexia:

1. Grado de desarrollo de un protocolo escrito sobre la anorexia nerviosa que incluya: definición de situaciones de riesgo potencial, situaciones de alarma, criterios de ingreso hospitalario, manejo hospitalario, colaboración con Salud Mental Infanto Juvenil, seguimiento ambulatorio a corto, medio y largo plazo.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Las actividades se desarrollarán a los largo de 2009.

1. Programa intensivo de actualización en formación de los profesionales en el Centro de Referencia durante una semana, en Marzo 2009.
2. Redacción de los protocolos de asistencia en Abril- Junio 2009.
3. Distribución de las tareas asistenciales, preventivas y formativas. Abril-Junio 2009.
4. Creación de la Unidad de Enfermería específica para trabajo de diagnóstico y educación formativa de pacientes con Diabetes, Enfermedad Celíaca y Obesidad en Abril- Junio 2009.
5. Captación y Registro de pacientes Abril – Diciembre 2009.
6. Programación de actividades grupales, Agosto- Diciembre 2009.
7. Evaluación, Enero 2010.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Desplazamiento, alojamiento y comida de tres profesionales del equipo al Centro de Referencia para formación durante 5 días</i>	1.940,00 €
<i>Cañón de proyección para sesiones de grupo</i>	980,00 €
<i>Ordenador portátil</i>	1.015,00 €
<i>Adjudicación como trabajo específico para una enfermera con experiencia en pacientes pediátricos, de tareas de diagnóstico, y educación formativa en diabetes, enfermedad celíaca, FQ, obesidad y anorexia*</i>	** ----- €
<i>Material docente para reuniones con pacientes</i>	750,00 €
<i>Incentivos para reuniones, gastos de desplazamiento, horas docentes e imprevistos</i>	900,00 €
TOTAL	5.585,00 €

* Este trabajo se puede complementar con otras tareas de diagnóstico en patologías afines (pruebas funcionales, metabolopatías, administración de terapias ambulatorias hospitalarias,...)

** La figura de enfermera integrada en el Servicio de Pediatría con especial dedicación al diagnóstico y educación-formación **es una pieza clave** para el resultado del proyecto. Será imprescindible la adscripción de una enfermera a este trabajo por parte de la Dirección de Enfermería del Hospital.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“La contención del paciente en crisis en Unidad de Agudos de Psiquiatría”
 Uso adecuado de los tipos de contención del paciente agudo y protocolización de los mismos.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Lorena Pereyra Grustán

Profesión

FEA Psiquiatría

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

Hospital Obispo Polanco

Sector de SALUD:

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría

Correo electrónico:

pereyra_lorena@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978621150 Ext 1816

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Milagros Escusa Julian Millán	Supervisora	H.Obispo Polanco
2 Consuelo Simón	Enfermera	H.Obispo Polanco
3 Dolores Serrano	Enfermera	H.Obispo Polanco
4 Pilar Mallén	Enfermera	H.Obispo Polanco
5 Paquita Peyró	Enfermera	H.Obispo Polanco
6 Beatriz Jimenez	Enfermera	H.Obispo Polanco
7 David Saa Sendra	MIR-Psiq	H.Obispo Polanco

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Los pacientes ingresados en UCE de Psiquiatría pueden en situaciones agudas poner en riesgo su propia integridad, la de otros pacientes, la del personal o bien la del propio entorno que les rodea. Es por ello que pueden precisar de contención externa, bien sea de forma psíquica, física o farmacológica. De ahí la importancia de elaborar un protocolo de cada uno de estos mecanismos de control y de formar al personal sobre la importancia de su uso adecuado para minimizar en lo posible los métodos de contención más agresivos.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Aumentar el % de contención psíquica disminuyendo el porcentaje del resto de contenciones.

En caso de contención química o física hacerlo de forma adecuada según protocolo.

Evaluar las situaciones de riesgo de los pacientes tanto cualitativa como cuantitativamente, relacionándolo con el diagnóstico, pronóstico y situación de riesgo social.

Protocolarizar el uso de los diferentes tipos de contención en UCE.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

-Recogida sistemática de la información sobre los usuarios de la unidad que precisan diferentes métodos de contención; la situación y método utilizado.

-Reuniones de los miembros del equipo para valorar los datos y con los resultados elaborar un protocolo de atención del paciente.

-Elaborar un borrador de situaciones de riesgo que precisen contención.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización.

Se obtienen diferentes indicadores:

-Nº pacientes con contención mecánica/Nº total de pacientes.

-Nº pacientes con contención psíquica/Nº total de pacientes.

-Nº pacientes con contención química/Nº total de pacientes.

-Nº pacientes que han precisado dos o más contenciones/ Nº total de pacientes.

Se realiza la evaluación a través de una tabla de contingencias.

REGISTRO DE CONTENCIÓN

Apellidos:

Unidad:

Nombre:

Edad:

NHC:

Diagnóstico

Fecha	Hora	Motivo	Firma Médico	Firma DUE	Tipo contención	Hora descontención

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Inicio de la recogida de datos cuando se acepte el proyecto y continuación durante un año con posibilidad de ampliarlo a años venideros.

Realización de reuniones de coordinación, valoración e inicio de ejecución de borrador de protocolo aproximadamente cada 4 meses.

Valoración diaria y por turnos de las situaciones de crisis en la planta y recogida de datos relativos a las circunstancias de los mismos.

Anexo

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)**

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<i>Cámara digital con grabadora y memoria SD 2 gigas</i>	<u>200</u>
<i>Proyector power point</i>	<u>400</u>
<i>Truradora de papel</i>	<u>200</u>
TOTAL	800

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>REORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE RADIOLOGÍA CONTRASTADA: SISTEMATIZACIÓN DE PROTOCOLOS DE EXPLORACIÓN PARA SU REALIZACIÓN POR PERSONAL TÉCNICO Y DE ENFERMERÍA.</p>

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos GLORIA MARTINEZ SANZ</p> <p>Profesión FACULTATIVO ESPECIALISTA DE RADIOLOGÍA</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) HOSPITAL GENERAL OBISPO POLANCO</p> <p>Sector de SALUD: TERUEL</p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.</p> <p>Correo electrónico: gmartinezs@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978 621150 ext. 1646</p>

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 FRANCISCO ALEGRE SANCHO	Enfermero	H. Obispo Polanco Teruel
2 CRISTINA ROIG SALGADO	Médico	H. Obispo Polanco Teruel
3 MANUEL GUILLÉN HERRERA	Médico	H. Obispo Polanco Teruel
4 INMACULADA ALCAIRE GARRIDO	TER	H. Obispo Polanco Teruel
5 JOAQUIN ARNAU GARCIA	Enfermero	H. Obispo Polanco Teruel
6 SANDRA ROYO GONZALVO	TER	H. Obispo Polanco Teruel
7		

<p><u>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</u></p> <p>Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Disminución del rendimiento del área y equipamiento para Radiología Contrastada, como consecuencia de una disminución de la demanda de exploraciones. ◆ Deficiencia en el número de radiólogos del Servicio, necesarios para la realización de labores asistenciales en otras modalidades diagnósticas. ◆ Posibilidad de que los estudios contrastados (digestivos y urológicos) sean realizados por personal técnico y de enfermería, con supervisión del radiólogo.
--

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- ◆ Proporcionar autonomía de trabajo a los TER y enfermeros para la realización de estudios con contraste, que permitiría aumentar el tiempo asistencial del radiólogo disponible para otras tareas.
- ◆ Establecer pautas de trabajo consensuadas para todos los radiólogos y operadores del área.
- ◆ Optimizar el rendimiento de la Sala de Radiología Contrastada.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- ◆ Desarrollar una guía con las diferentes exploraciones donde se incluya: técnica, material, preparación del paciente, proyecciones a realizar, obtención de imágenes.
- ◆ Preparación de Sesión Clínica formativa para todo el personal técnico y de enfermería del Servicio para la presentación de dicha guía.
- ◆ Formación directa por parte del radiólogo de los técnicos y enfermeros del Servicio para la realización de los estudios digestivos y urológicos.
- ◆ Elaborar pequeños paneles formativos a colocar en la sala de realización de estos estudios.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- ◆ Valorar el número de estudios digestivos y urológicos realizados de forma autónoma por los TER/enfermeros del Servicio a la largo del año 2009.
- ◆ Realizar un seguimiento diario por parte del radiólogo responsable, de la calidad de los estudios realizados.
- ◆ Preparar nueva Sesión Clínica presentada por los TER/enfermeros, con la actividad y proceso desarrollados, para evaluar el grado de aprendizaje.
- ◆ Número total de exploraciones radiológicas realizadas durante el año 2009.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- ◆ Enero-Febrero 2009: Preparación y desarrollo de la guía de trabajo de los diferentes estudios.
- ◆ Marzo 2009: Sesión Clínica del Servicio para presentación de la Guía de trabajo.
- ◆ Segundo trimestre 2009: Formación del personal técnico y de enfermería del Servicio de Radiología.
- ◆ Segundo semestre 2009: puesta en marcha del proceso con realización de los estudios por parte del personal técnico y de enfermería.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	--

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
ORDENADOR PORTÁTIL	1000 €
IMPRESORA	400 €
CAMARA DE FOTOS DIGITAL COMPACTA	500€
2 DISCOS DUROS EXTERNOS PARA COPIAS ARCHIVO DOCENTE DE IMÁGENES	500€
TOTAL	2400€

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Optimización de la derivación de pacientes desde Atención Primaria a la Unidad de Rodilla del Hospital Obispo Polanco

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Carlos Martín Hernández

Profesión

Jefe de Sección Unidad de Rodilla

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

Hospital Obispo Polanco

Sector de SALUD:

Teruel

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Unidad de Rodilla, Servicio de COT

Correo electrónico:

cmartinh@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978621150 ext 1753

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Liliane Mur de Frenne	Médico	EAP Calamocha
2 Francisco Díaz Brull	Médico	EAP Alfambra
3 M ^a Antonia Ubide Martinez	Médico	EAP Santa Eulalia
4 Santiago Valdearcos Enguïdanos	Médico	Coordinador EAPs Sector Teruel
5 Fernando Clemente Ibáñez	Médico	Director Atención Primaria Sector Teruel
6 Melchor Guillén Soriano	Traumatólogo	Hospital Obispo Polanco
7 Ruth elisa lumbreras Virgos	Traumatóloga	Hospital Obispo Polanco

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Análisis del problema:

Según numerosos estudios, el 57% de los pacientes que acceden a las Unidades Especializadas para la valoración del tratamiento quirúrgico de la gonartrosis no han seguido previamente un tratamiento adecuado y un 46% no aportan en la primera consulta ningún tipo de prueba complementaria. Por otra parte hemos observado empíricamente en nuestro medio que, entre aquellos pacientes a los que sí que se la ha solicitado pruebas radiológicas, una mayoría de éstas no llegan a manos del

especialista por la complejidad de los circuitos establecidos para su circulación. Estos factores determinan un incremento de riesgos para el paciente, gastos en pruebas complementarias y número de consultas por la necesidad de solicitar una nueva radiología.

Los beneficios de la colaboración entre los niveles de Atención Primaria y atención Especializada han sido ampliamente documentados. En numerosos trabajos ha demostrado ser una colaboración coste-efectiva y con beneficios para el paciente y el sistema sanitario. Actualmente en el Sector de Teruel el paciente afecto de gonartrosis se beneficia en escasas ocasiones de una asistencia integral y continuidad que podría proporcionar una mayor colaboración entre ambos niveles asistenciales.

Partimos de la base de que:

- √ Los facultativos de la Unidad de Rodilla y los de Atención Primaria intervendrían de forma conjunta en el proyecto de mejora.
 - √ Existe una voluntad firme para mejorar la asistencia al paciente con gonartrosis mediante la mejora de la interrelación entre facultativos de AP y de la UR y la aplicación de:
 - Un tratamiento estandarizado para los pacientes previo a su derivación
 - Una solicitud temprana y adecuada de pruebas complementarias.
 - Unas normas homogéneas de derivación de los pacientes.
 - Una coordinación con el nivel asistencial posterior al alta Hospitalaria.
1. Disparidad de criterios entre los facultativos de Atención Primaria para la derivación del paciente afecto de gonartrosis a la Unidad de Rodilla del Hospital Obispo Polanco.
 2. Dificultad en la accesibilidad del paciente afecto de gonartrosis a la atención especializada. Tiempos de espera prolongados.
 3. Excesivo número de desplazamientos del usuario al Hospital.
 4. Excesiva frecuentación de las consultas monográficas de la Unidad de rodilla al carecer el paciente de las pruebas complementarias imprescindibles para diagnóstico y tratamiento.
 5. Desarrollo de una consulta de Alta Resolución para el proceso de gonartrosis.
 6. Dificultad de comunicación entre profesionales de ambos niveles asistenciales.

Población diana:

Sujetos diagnosticados de gonartrosis susceptibles de ser derivados a la Unidad de Rodilla del Hospital obispo Polanco para proseguir el tratamiento de su patología en este Nivel Asistencial.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Estandarización de criterios para la derivación de los pacientes.
2. Disminución de la variabilidad en el tratamiento de la gonartrosis.
3. Disminución del número de consultas en la Unidad de Rodilla para un mismo paciente.
4. Disminución del tiempo de espera para primera consulta en la Unidad de Rodilla.
5. Creación de una Consulta de Alta Resolución para el proceso de gonartrosis.
6. Aumento de la satisfacción del usuario con disminución de sus desplazamientos.
7. Disminución en los costes por duplicidad en la solicitud de pruebas complementarias.
8. Perspectiva integral e integradora del enfoque del paciente.
9. Colaboración en la toma de decisiones entre Atención Primaria y Especializada
10. Desarrollo y aplicación en nuestro medio de una Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la gonartrosis en Atención Primaria

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Coordinación entre los niveles implicados en el proyecto, plasmada en:

1. Desarrollo de un protocolo de tratamiento médico estandarizado en Atención Primaria.
2. Adopción y aplicación de herramientas objetivas para determinar unos criterios efectivos de derivación.
3. Desarrollo e implantación de una Consulta de Alta Resolución en gonartrosis.
4. Sesiones interdisciplinarias entre la Unidad de Rodilla y los facultativos de Atención Primaria.
5. Participación de Atención Primaria en el control postoperatorio del paciente.
6. Continuidad a lo largo del proceso asistencial.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Evaluación anual de resultados mediante los siguientes

Indicadores:

- √ Nº de pacientes que han seguido protocolo de tratamiento médico previo a su derivación a unidad de rodilla / nº total de pacientes remitidos a unidad de rodilla por gonartrosis
- √ Nº de pacientes que aportan Rx y analítica en primera consulta de Unidad de Rodilla / nº total de pacientes remitidos a unidad de rodilla por gonartrosis
- √ Nº total de pacientes atendidos como alta resolución / nº total de pacientes remitidos a unidad de rodilla por gonartrosis
- √ Nº de pacientes con gonartrosis que acceden a primera consulta en Unidad de

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	--

rodilla en un tiempo menor de 30 días / nº total de pacientes remitidos a unidad de rodilla por gonartrosis

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de inicio: Abril de 2009

Calendario:

Reunión de formación de grupo: Abril de 2009

Reuniones bimensuales para la elaboración de la Guía

Finalización de la guía hasta Abril 2010

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Evaluación y mejora en la continuidad de cuidados de pacientes con implante de marcapasos definitivo del Hospital "Obispo Polanco" de Teruel.
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO	
Nombre y apellidos	José María Montón Dito
Profesión	Médico
Lugar de trabajo	Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital "Obispo Polanco". Teruel
Correo electrónico:	jmmonton@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:	978621150. ext. 1780

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Manuel Gato León	Médico	Cardiología
Enrique Orea Castellano	D.U.E.	Unidad de marcapasos

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Importancia y Utilidad del proyecto:
<ul style="list-style-type: none"> - Desde hace 3 años se incorporó a la cartera de servicios del Hospital "Obispo Polanco" de Teruel el implante y revisión de marcapasos definitivos, a través de la puesta en marcha de la Unidad de marcapasos. Desde entonces se han colocado más de 100 marcapasos y se han realizado más de 600 consultas; evitando el traslado de pacientes a Zaragoza para la realización de la técnica. - Se hace necesario un registro completo de la Unidad de marcapasos, donde se incluyan complicaciones, tiempos de demora, etc., lo que redundará en la mejora de la calidad asistencial. - Durante este tiempo se ha observado en ocasiones, una deficiente comprensión sobre la información que tiene el paciente sobre su calidad de vida tras la colocación de marcapasos definitivo; así como que el informe que se entrega tras consulta, resulta poco operativo para el equipo del Centro de Salud. - Una adecuada información tanto al enfermo, como al equipo de atención primaria sobre el marcapasos definitivo, permitirá una mejora en el seguimiento del paciente
Métodos de detección y priorización empleados:
<ul style="list-style-type: none"> - La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido <u>Brainstorming</u>: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuidad cuidados marcapasos definitivo ▪ Protocolo de limitación del esfuerzo terapéutico

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

- Plan de detección infecciones nosocomiales
- Estudio de mortalidad hospitalario

- **Método de priorización** empleado:

Parrilla de análisis

	MARCAPASOS DEFINITIVO	LIMITACIÓN ESFUERZO TERAPEÚTICO	INFECCIÓN NOSOCOMIAL	ESTUDIO MORTALIDAD
Fácil medición	2	1	1	3
Usuarios afectados	3	1	3	1
Riesgo para paciente	3	0	3	0
Coste programa mejora	3	3	3	3
Necesidad influencia externa para la solución del problema	3	0	0	3
Profesionales implicados en el programa	3	3	3	1
TOTAL	17	8	13	11

Situación de partida

- Se desconoce tiempo de demora desde indicación de marcapasos definitivo hasta el implante
- Entrega de un informe predefinido para paciente y para médico de Centro Salud.

Causas

- Ausencia de datos en el registro
- Falta de comunicación con equipo de Atención Primaria

Fuentes de información

- Historias clínicas
- Registro pacientes Unidad de marcapasos

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Conocer datos básicos de la Unidad de marcapasos
- Conocer tiempos de demora desde la indicación de implante hasta la colocación del marcapasos, para mejorar la gestión del proceso.
- Mejorar la información al equipo de Atención Primaria para el cuidado post-implante y seguimiento posterior

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

- Mejorar la información al paciente sobre tipo de vida en pacientes portadores de marcapasos definitivo.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Medidas previstas

- Registro de datos
- Elaboración de una guía de cuidados post-implante para Centro de Salud.
- Elaboración de una hoja de educación sanitaria a pacientes
- Elaboración de una informe post-revisión tras la consulta de marcapasos con los datos más significativos del seguimiento.

Responsables

- Unidad de marcapasos (equipo médico y D.U.E.)

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicadores de proceso:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con entrega al alta de guía cuidados post-implante para C. Salud}}{\text{n}^\circ \text{ pacientes con implante de marcapasos definitivo}} \times 100$$

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con entrega al alta de hoja de educación sanitaria}}{\text{n}^\circ \text{ pacientes con implante de marcapasos definitivo}} \times 100$$

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pacientes con entrega tras consulta de hoja de seguimiento}}{\text{n}^\circ \text{ pacientes revisados en consulta marcapasos}} \times 100$$

Fuente de datos:

- Historia clínica
- Hoja de registro

Estándar: 100%

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Marzo 2009

Fecha de finalización: Abril 2010

Calendario:

- Marzo 2009: Elaboración hoja de recogida, hojas de información y guía de cuidados
- Abril 2009: Puesta en marcha del proyecto
- Reuniones cada tres meses del grupo de mejora para evaluar el desarrollo del proyecto
- Abril 2010: Análisis de resultados

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Ordenador con impresora con conexión a internet	800
Fotocopiadora	1200
TOTAL	2000

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Implantación de un sistema de gestión del riesgo clínico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital "Obispo Polanco" de Teruel.
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos M ^a Concepción Valdovinos Mahave
Profesión Médico
Lugar de trabajo Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital "Obispo Polanco". Teruel
Correo electrónico: mcvaldovinos@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978621150. ext. 1780

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José María Montón Dito	Médico	Cuidados Intensivos
Carlos Sánchez Polo	Médico	Cuidados Intensivos
M ^a Victoria Paricio Gómez	Supervisora enfermería	Cuidados Intensivos
Encarna Monforte Soriano	D.U.E.	Cuidados Intensivos
María Luisa Pérez Lahuerta	D.U.E.	Cuidados Intensivos
Rosa Giménez Mora	D.U.E.	Cuidados Intensivos
María Sánchez Sánchez	Auxiliar Clínica	Cuidados Intensivos

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Importancia y Utilidad del proyecto:
<ul style="list-style-type: none"> - Uno de los indicadores más importantes de la seguridad del enfermo es el índice de acontecimientos adversos (AA) relacionados con la práctica de la medicina. Por este motivo se están implantando políticas internacionales con el objetivo de reducir el número de AA en el sistema sanitario. - La gestión del riesgo clínico mejora la calidad asistencial mediante el incremento de los niveles de seguridad en la atención a los enfermos, intentando suprimir los errores evitables. - Los AA son frecuentes y se relacionan con una importante morbi-mortalidad, incremento de las estancias, discapacidades y consumo de recursos; disminuyendo, además, la satisfacción de enfermos y familiares. - En los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) la complejidad y gravedad de los enfermos, las múltiples interacciones entre el enfermo y lo profesionales, la frecuencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos nuevos e invasivos, la utilización de múltiples fármacos, el stress y la fatiga de los profesionales y la necesidad de una comunicación estrecha entre los diferentes profesionales, hace que los enfermos críticos

se encuentren en un ambiente de alto riesgo para que ocurran AA.

- Los estudios ponen de manifiesto que los AA son frecuentes en los SMI, con incidencias del 31,9% ingresos o 89.3 AA por cada mil días de estancia en UCI.
- Dada la importancia y la repercusión de los AA en los enfermos críticos, los SMI son un lugar adecuado para poner en marcha sistemas que permitan la detección y el registro, así como las medidas encaminadas a prevenir o minimizar la aparición de AA.

Métodos de detección y priorización empleados:

- La técnica de grupo usada para **identificar las oportunidades** de mejora ha sido Brainstorming:

- Implantación de un sistema de gestión del riesgo clínico
- Protocolo de limitación del esfuerzo terapéutico
- Plan de detección de altas de UCI precoces o inadecuadas
- Estudio de mortalidad en UCI

- **Método de priorización** empleado:

Parrilla de análisis

	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO CLÍNICO	LIMITACIÓN ESFUERZO TERAPEÚTICO	DETECCIÓN ALTAS PRECOCES	ESTUDIO MORTALIDAD
Fácil medición	2	1	2	3
Usuarios afectados	3	1	1	1
Riesgo para paciente	3	0	3	0
Coste programa mejora	3	3	3	3
Necesidad influencia externa para la solución del problema	3	0	3	3
Profesionales implicados en el programa	3	3	1	1
TOTAL	17	8	13	11

Situación de partida

- Ausencia de un sistema de detección, notificación, análisis y monitorización de acontecimientos adversos.
- Falta de estandarización de medidas para eliminar o minimizar los AA.

Causas

- Falta de protocolos de actuación
- Falta de registros sistematizados

Fuentes de información

- Historias clínicas
- Revisión de publicaciones relacionadas con el tema

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Estandarizar todas las medidas y actividades de detección, notificación y análisis de los AA.
- Sistematizar la información y facilitar la identificación y registro de los AA.
- Crear un sistema de monitorización de indicadores de AA.
- Facilitar el análisis y la revisión de los AA monitorizados y del impacto de las intervenciones sobre su incidencia.
- Establecer medidas de prevención.
- Conocer y analizar la incidencia y prevalencia de los AA en la UCI del Hospital "Obispo Polanco" de Teruel, para comparar con estándares de calidad.
- Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de la aparición de AA.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación.
- Generar una cultura de preocupación por la seguridad en la UCI.
- Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos un sistema de gestión del riesgo clínico, siguiendo las recomendaciones de diversos organismos internacionales (OMS, Joint Commission, Sociedades Europea y Americana de Cuidados Intensivos) y nacionales (Ley de Cohesión y Calidad de SNS, estudio ENEAS y Sociedad Española de Cuidados Intensivos).

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**Medidas previstas**

- Definir concepto de acontecimiento adverso.
- Instaurar un protocolo de identificación y notificación de los AA y su registro.
- Implantar una metodología de análisis de AA (cuándo y cómo se han producido, cómo se han detectado, qué factores han influido en su aparición o han limitado sus consecuencias).
- Establecer un sistema de valoración de la magnitud e importancia de los AA.
- Monitorización de los indicadores.
- Puesta en marcha de una política de prevención.
- Formación inicial y continuada del personal en el sistema de gestión del riesgo clínico (detección, notificación, análisis y prevención).

Responsables

- Equipo médico
- Equipo de enfermería

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicadores de proceso:

$$\frac{\text{nº de pacientes con registro completo de acontecimientos adversos}}{\text{nº pacientes ingresados en UCI}} \times 100$$

$$\frac{\text{nº de pacientes con acontecimientos adversos analizados}}{\text{nº pacientes ingresados en UCI con acontecimientos adversos}} \times 100$$

Fuente de datos:

- Historia clínica
- Hoja de registro de AA

Estándar: 100%

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Abril 2009

Fecha de finalización: Abril 2010

Calendario:

- Abril 2009: Elaboración y difusión proyecto
- Mayo – Junio 2009: Puesta en marcha del proyecto
- Reuniones cada tres meses del grupo de mejora para evaluar el desarrollo del proyecto
- Abril 2010: Análisis de resultados

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
4 PDA´s (4 x 400 euros)	1.600
TOTAL	1.600

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

TALLERES DE TÉCNICAS EN URGENCIAS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ENRIQUE ALONSO FORMENTO

Profesión

FEA DE URGENCIAS

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Sector de SALUD:

TERUEL I

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

URGENCIAS

Correo electrónico:

Ealonsof@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978621150

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
AMPARO TORRES CELDA	TCAE	URGENCIAS
FERNANDO GALVE ROYO	FEA	URGENCIAS
LAURA GÓMEZ GÓMEZ	DUE	URGENCIAS
FRANCISCO ESTEBAN FUENTES	FEA	URGENCIAS
MARIA JOSE BORRUEL AGUILAR	FEA	URGENCIAS
SABEL CASTELLOTE ESCRICHE	TCAE	URGENCIAS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Hasta la fecha no se realizaban de forma periódica sesiones ni talleres en nuestro Servicio.

Es fundamental en todos los Servicios Hospitalarios el realizar periódicamente sesiones y talleres conjuntos de todo el equipo de salud, con la oportunidad de presentar, exponer y practicar las técnicas y protocolos más frecuentes o más importantes en Urgencias.

Consideramos importante la realización de estas sesiones, no solo por el interés científico, si no por la oportunidad de reunirse periódicamente todos los componentes de la Unidad.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El establecer diferentes protocolos de actuación de las patologías más prevalentes o más importantes de Urgencias.

Dichos protocolos quedan registrados en papel y en material informático tras su realización.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Realización periódica de talleres y sesiones periódicas
- Exposición mediante cañón de las diapositivas en Power point
- Distribución en papel del material expuesto en el taller

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- Registro mensual de las sesiones realizadas
- Grabación de todas las sesiones/talleres en soporte informático
- Actualización periódica de dichos protocolos

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Talleres o sesiones mensuales a lo largo del año

Anexo

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)**

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
EPSON EMP-1810 Referencia: 6-1-50288-0	1.133 €
TOTAL	1.133 €

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO</p> <p>VENTILACIÓN MECANICA NO INVASIVA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. PROTOCOLO DE INSTAURACIÓN, FORMACIÓN DEL PERSONAL Y OPTIMIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.</p>

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos ANTONIO MARTÍNEZ OVIEDO</p>
<p>Profesión FEA URGENCIAS</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) HOSPITAL OBISPO POLANCO</p>
<p>Sector de SALUD: TERUEL</p>
<p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. URGENCIAS</p>
<p>Correo electrónico: amartinezo@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978621150 ext 1688</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 ALFREDO MORTE PEREZ	MEDICO	URGENCIAS
2 RAMON FERNANDEZ MADRUGA	MEDICO	URGENCIAS
3 PILAR BENEDICTO TORRES	ENFERM	URGENCIAS
4 INMACULADA BURGUES DALMAU	ENFERM	URGENCIAS
5 ADORACIÓN ESTEBAN	ENFERM	URGENCIAS
6 ISABEL CASTELLOTE ESCRICHE	TCAE	URGENCIAS
7 FERNANDO GALVE ROYO	MEDICO	URGENCIAS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La VMNI reduce la necesidad de intubación orotraqueal y disminuye el mortalidad y estancia hospitalaria, siendo esto particularmente evidente en el subgrupo de pacientes con EPOC reagudizado y EAP cardiogénico, patologías frecuentemente atendidas en urgencias. Así mismo existen muchos pacientes no candidatos a RCP ni IOT que podrían beneficiarse de la VMNI.

Existen diversos factores condicionantes de éxito de la VMNI en el servicio de Urgencias, como son: personal entrenado con experiencia en VMNI; existencia de un lugar de monitorización adecuado; selección adecuada de pacientes, material adecuado y el inicio precoz del tratamiento.

La VMNI es un técnica relativamente nueva, por lo que el conocimiento y el adecuado manejo por parte del personal sanitario es bastante deficitario. Esto reduce la utilidad de este procedimiento y los beneficios que con él se podrían obtener.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mayor conocimiento y mejor manejo de esta técnica por parte del personal sanitario que atiende al paciente con insuficiencia respiratoria aguda.
- Extender este procedimiento no invasivo a un mayor número de pacientes en los que esté indicado.
- Mejor monitorización, evitando errores y detectando precozmente las complicaciones que permitan disminuir la morbimortalidad.
- Reducción de estancias hospitalarias/ ingresos en UCI con la optimización del procedimiento y estabilización del paciente en urgencias.
- Aumento de la satisfacción tanto del paciente como del personal que lo atiende.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Se iniciarán en el servicio sesiones formativas dirigidas a todo el personal que interviene en el manejo de la VMNI. (Responsable: Antonio Martínez)
- Recogida en una base de datos los pacientes incluidos, tipo de indicación, parámetros de monitorización, éxito o fracaso de la técnica y

causas de éste. (Responsable: todo el equipo)

- Encuesta de satisfacción del personal que maneja la VMNI. (Responsable: todo el equipo)

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Mediante el análisis estadístico de los datos incluidos se esperan obtener varios indicadores acerca de:

- correcta indicación de la técnica. Tipo de patologías incluidas.
- Porcentaje de pacientes con mejoría/ fracaso tras la aplicación de la VMNI.
- Porcentaje de pacientes que requieren intubación orotraqueal precoz tras el inicio de la VMNI.
- Identificación de los factores de fracaso más importantes.
- Satisfacción del paciente en tratamiento con VMNI.
- Grado de conocimiento de la técnica y satisfacción del personal sanitario antes y después del proyecto de mejora.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Febrero-marzo: sesiones formativas del personal.

Abril- diciembre: recogida de información de los pacientes incluidos en la base de datos.

Enero 2010: análisis e interpretación de los datos.

Enero 2010: encuesta de satisfacción del personal sanitario.

Febrero 2010: exposición de conclusiones y modelo de mejora.

