

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014

Número de proyectos: 34 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

Sector TERUEL					
Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
TE	AP	CS BAGUENA	BLESA RAMIREZ MARIA	120	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y REPOSICION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL SANITARIO DEL CARRO DE PARADA Y DE MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA
TE	AP	CS BAGUENA	REDOLAR CHASENAS GEMMA	474	REORGANIZACIÓN Y REVISIÓN DEL ALMACENAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD BAGUENA
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	CAROD BENEDICO ETEL	102	MEJORA DEL BIENESTAR PSICOLOGICO, PERSONAL Y PROFESIONAL EN EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR TERUEL CON MINDFULNESS (ATENCIÓN PLENA)
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	GOMEZ CADENAS CONCHA	53	MEJORA DE LA CALIDAD EN LA RESOLUCION DE LOS CASOS POR EL CEA DEL SECTOR DE TERUEL CON LA APLICACION DE ESTRATEGIAS NARRATIVAS
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	LAINAZ LORENTE MARIA TERESA	229	MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION Y COORDINACION DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRA-HOSPITALARIAS EN UN CENTRO DE SALUD RURAL
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS	LOPEZ GARCIA ROCIO	145	PROGRAMA DE INTERVENCION EN SALUD MENTAL BASADO EN ARTETERAPIA EN EL C.R.P. "SAN JUAN DE DIOS" EN COLABORACION CON LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS DE TERUEL - GRADO DE BELLAS ARTES
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	ALMAZAN CALVE MARIA JESUS	78	SERVICIO DE APOYO SOCIAL A LA PERSONA CUIDADORA DE PACIENTES CON DEMENCIA
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	CORREA BALLESTER MARTA	28	GESTION DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS FINANCIADOS EN EL DEPOSITO DE MEDICAMENTOS DE LA RESIDENCIA JAVALAMBRE VINCULADO AL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL SAN JOSE
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	DIAZ GARCIA MILAGROS	126	HUMANIZACION EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	FORCANO GARCIA MERCEDES	263	"MEJORA DEL CONTROL FÍSICO Y EMOCIONAL EN UNA UNIDAD DE PALIATIVOS Y CONVALECENCIA MEDIANTE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN VIRTUAL" (CONTINUACIÓN, PARTE 2)
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	GOMEZ NAVARRO RAFAEL	18	CONSULTA DE APOYO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN LA RESIDENCIA JAVALAMBRE DEL IASS. UNA EXPERIENCIA DE COLABORACION ENTRE INSTITUCIONES
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	GONZALEZ GARCIA PALOMA	350	MEJORA DE LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS EN LOS PACIENTES ANCIANOS CON CÁNCERES DIGESTIVOS.
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	HERNANDEZ MARTIN JULIA	110	UTILIZACIÓN DE LOS CRITERIOS STOPP/START PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PREDICTIVOS.
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA	268	EL METODO PERFETTI A TRAVES DE UN SISTEMA NUEVO DE REHABILITACION VIRTUAL MOTORA FINA ("VPREHAB") EN ANCIANOS QUE HAN PRESENTADO ACVA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	ALPUENTE ZORRAQUINO ISABEL	191	ARTE TERAPEUTICO PARTE II
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	BERNAL ARAHAL MARIA TERESA	204	APLICACION DEL PROTOCOLO ARAGONES DE HEMORRAGIA POSTPARTO: RESULTADOS PROSPECTIVOS DEL MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	BLASCO MAS MIGUEL	167	IMPACTO DE LA REALIZACION DE ENTRENAMIENTO AUTOGENO DE SCHULTZE SOBRE LA SALUD DE LOS PACIENTES EN UNA UCE DE PSIQUIATRIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	BOTELLA ESTEBAN TERESA	339	MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA DIGESTIVA A CONSULTA EXTERNA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	CABALLERO PEREZ VICTORIA	121	PRESENCIA DE LOS FAMILIARES DURANTE LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN LOS NIÑOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	CORTES GIMENEZ MARIA LUZ	122	IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ELIMINACIÓN DEL VELLO DE LA ZONA QUIRÚRGICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	DEL VAL GIL JOSE MARIA	212	OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCION AL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN CIRUGIA GENERAL VIA URGENCIAS. UNA PROPUESTA DE COLABORACION ENTRE SERVICIOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	DIAZ MARTINEZ JOSE VICENTE	109	PLAN DE AHORRO HEMATICO EN LA UNIDAD DE RODILLA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	FLORIA ARNAL LUIS JAVIER	260	PLAN DE MEJORA EN LA DERIVACIÓN Y ASISTENCIA DE PACIENTES CON LUMBALGIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS A LA CONSULTA DE TRATAMATOLOGÍA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	GARCES VALENZUELA MARTA	476	DESARROLLO Y APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO DIFERIDO ESPONTANEO PRECOZ
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	GARCIA AGUILERA DAVID	206	ELABORACION E IMPLANTACION DE VIA CLINICA EN ARTROPLASTIA TOTAL DE HOMBRO EN LA UNIDAD DE HOMBRO-CADERA (HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL)
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	GOMEZ CHAGOYEN BLANCA	20	APRENDIZAJE Y MEJORA DE LAS TECNICAS DE CONTENCIÓN MECANICA EN PACIENTES AGITADOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	GRACIA TORRALBA LORENA	181	SIMULACION CLINICA EN ATENCION A URGENCIAS NEONATALES Y PEDIÁTRICAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	MARTIN HERNANDEZ CARLOS	207	DISMINUCIÓN DE LA DEMORA QUIRURGICA DEL PACIENTE ANCIANO CON FRACTURA PERTROCANTEREA DE CADERA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	MUNIESA HERRERO MARIA PILAR	131	DESARROLLO DE UN BLOG DE APOYO PARA LA FORMACIÓN EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014

Número de proyectos: 34 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR	116	MEJORA EN EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	SERRANO TORRES MARIA DOLORES	247	SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECANICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA	309	MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON ULCERAS VENOSAS MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION	286	IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE LIMITACION DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (LTSV) Y DE ADECUACION DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	VALENTIN FRANCOS ALBERTO JAVIER	127	ORGANIZACION DEL INSTRUMENTAL DE COT SEGUN FOTOGRAFIAS

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

120

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y REPOSICION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL SANITARIO DEL CARRO DE PARADA Y DE MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA

2. RESPONSABLE MARIA BLESAS RAMIREZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro CS BAGUENA
 - Localidad BAGUENA
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CEBOLLADA DE BLAS VANESA. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION CONTINUADA
 - REDOLAR CHASERAS GEMMA. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION CONTINUADA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Cada año en Europa unas 700.000 personas se mueren a causa de un paro cardíaco súbito. La mayoría de las víctimas que sobreviven lo hace gracias a un óptimo soporte vital básico (SVB) que incluye: la activación precoz del sistema de emergencias, la reanimación cardiopulmonar (RCP) básica precoz, que incluya a su vez la utilización del desfibrilador externo automático (DEA) y la desfibrilación precoz. Existe una relación directa entre la precocidad y calidad de la actuación con la probabilidad de recuperación sin secuelas. Por lo tanto, para hacer un buen soporte vital avanzado (SVA) debemos realizar un buen SVB.

Mantener un carro de parada y un maletín de urgencias con los medicamentos y material adecuados para la atención urgente en el ámbito de la Atención Primaria (AP) se considera una prioridad para una atención de calidad. El carro de parada debe estar en todo momento perfectamente equipado, revisado y con todo el material necesario; debe ser desplazable, con cajones y carteles bien visibles, y debe estar en un lugar accesible, visible y ordenado. Todo el personal debe conocer el contenido y la disposición, y reponer lo que haya utilizado inmediatamente después de su uso.

La revisión del material se realizará periódicamente, en turno rotatorio, por todo el personal sanitario, dejando constancia de ello, al menos una vez al mes.

Además en la sala de urgencias debe haber una serie de medicamentos, que también se consideran de urgencia vital, y que deben estar próximos al carro de parada, pero no en él, para no dificultar el acceso y localización a los elementos imprescindibles en la atención de una parada cardiorrespiratoria, en una vitrina de urgencias.

En ocasiones es preciso realizar la asistencia urgente fuera del Centro de Salud, para lo que es necesario un maletín de urgencia con el equipamiento adecuado y en perfecto estado para resolver los problemas de salud urgentes más prevalentes, que sean seguros y fáciles de manejar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general: Garantizar la prestación de una atención sanitaria urgente de calidad a la población del Centro de Salud de Baguena.

Objetivos específicos:

- 1.- Establecer un mecanismo de revisión y reposición de los elementos incluidos en el carro de parada y maletín de urgencia, así como la comprobación ó verificación del correcto estado y funcionamiento del material sanitario, dejando constancia de la actividad realizada.
- 2.- Revisar y actualizar la relación del material sanitario y de los medicamentos necesarios.
- 3.- Difundir esta información a todo el personal sanitario del Equipo de Atención Primaria, lo cual facilitará la actuación en momentos de emergencia

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Establecer un turno rotatorio para la revisión mensual, de manera que todos los profesionales se familiaricen con el proceso,
2.- Elaborar un listado de medicamentos y material del carro de parada y del maletín de urgencia (hoja Excel),
3.- Registro de cada revisión realizada (fecha de revisión, personal que realiza la actividad y firma, existencias, caducidad, reposición y funcionamiento), mediante la elaboración de una Hoja de Revisión del Carro de Parada y una Hoja de Revisión del Maletín de Urgencia.
4.- Sesiones clínicas formativas (difusión del proyecto de mejora, protocolos de actuación en las patologías urgentes más prevalentes, entrenamiento RCP

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La evaluación del proyecto de mejora, se llevará a cabo cada año, según el criterio:

- nº de revisiones firmadas en la Hoja de Registro (carro de parada) x 100 / nº total de revisiones programadas.
- Nº de revisiones firmadas en la Hoja de Registro (maletín de urgencia) x 100/ nº total de revisiones programadas.
- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del desfibrilador.
- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del laringoscopio.
- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del ambú.
- Nº sesiones realizadas en el Centro de Salud relacionadas con el tema x 100 / nº total de sesiones programadas

Objetivo: cumplimiento >95% .

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril14: Elaboración listados de medicamentos y material del carro de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

120

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y REPOSICION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL SANITARIO DEL CARRO DE PARADA Y DE MALETIN DE URGENCIAS EN EL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA

parada y del maletin de urgencia y de las Hojas de registro de revisión.

Mayo14: Inicio revisiones regladas y registradas debidamente.

Sesiones informativas: la 1ª sesión en Abril, 2ª sesión en Junio, la 3ª en Septiembre y la 4ª en Diciembre de 2.014.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. carro parada

OTRA PALABRA CLAVE 2. maletin urgencia

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 2 Poco |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 2 Poco |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

474

REORGANIZACIÓN Y REVISIÓN DEL ALMACENAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD BAGUENA

2. RESPONSABLE GEMMA REDOLAR CHASENAS

- . Profesión ENFERMERO/A
- . Centro CS BAGUENA
- . Localidad BAGUENA
- . Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- . Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . OLORIZ RUIZ INES. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
- . TERRADO SERRANO MARIA ASCENSION. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
- . CORBATON HERRERO JOSEFINA. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
- . CEBOLLADA DE BLAS VANESA. ENFERMERO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
- . BLESÁ RAMÍREZ MARIA. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
- . BLANCO MARCO BEATRIZ. MEDICO/A. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA
- . GUTIERREZ ANDRES ALEJANDRA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BAGUENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Acondicionamiento de los espacios destinados al almacenamiento de los productos sanitarios y de oficina, en la búsqueda de un mejor aprovechamiento de los mismos. Actualización de la cartelería destinada a la información del usuario.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. . Eliminar el material y el mobiliario en desuso de los almacenes
. Organización de los almacenes en base a los recursos y espacio disponible
. Eliminar la cartelería antigua y reorganizar el espacio disponible para mejorar su visualización por los usuarios

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. . Eliminar el 100% del material desfasado y en desuso.

- . Reciclado del 100% de dicho material
- . Envío al sector de las historias de exitus con una antigüedad mayor de 5 años
- . Limpieza de todos los almacenes
- . Control de caducidades
- . Revisión, reorganización y etiquetado de todo el material fungible y sanitario del centro.
- . Eliminación de los fármacos caducados.
- . Eliminación del material fungible caducado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. . Eliminación de los almacenes del 100% del material caducado y/o en desuso, así como reciclaje del mismo.

- . Etiquetado y registro del 100% del material almacenado
- . Eliminación del 100% de la cartelería desfasada y actualización de la proporcionada por el SALUD.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. . El proyecto se realizará a lo largo del año 2014

- . Antes de Junio del 2014 se habrá retirado el material destinado a ser reciclado.
- . Hasta Diciembre del 2014 se procederá al etiquetado y registro del material existente en los distintos almacenes.
- . Reuniones informativas para el EAP, una al inicio del segundo trimestre del año y otra al finalizar el mismo.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA

- .EDAD. Todas las edades
- .SEXO. Ambos sexos
- .TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 2 Poco |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 1 Nada |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

102

MEJORA DEL BIENESTAR PSICOLOGICO, PERSONAL Y PROFESIONAL EN EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR TERUEL CON MINDFULNESS (ATENCION PLENA)

2. RESPONSABLE ETEL CAROD BENEDICO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro CS MONREAL DEL CAMPO
 - Localidad MONREAL DEL CAMPO
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GARCIA CAMPAYO JAVIER. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. PSIQUIATRIA
 - GARCIA SANZ MONTSERRAT. PSICOLOGO/A. ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER (AECC). PSICOLOGIA
 - AGUDO RODRIGO MARTA. MEDICO/A. ESAD TERUEL. PALIATIVOS DOMICILIO
 - ALEGRE MARTIN ROSA MARIA. ENFERMERO/A. ESAD TERUEL. PALIATIVOS DOMICILIO
 - JIMENO ADAN ELVIRO. ABOGADO/A. CEA TERUEL. DESPACHO ABOGADOS
 - GASCON SANTOS SANTIAGO. PSICOLOGO/A. FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA. SERVICIO PREVENCION RIESGOS PSICOSOCIALES
 - PLAZA GARCIA INMACULADA. INGENIERO/A. EUP TERUEL-UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. FACULTAD INGENIERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 1.-SITUACIÓN DE PARTIDA, FUENTES DE INFORMACIÓN, IMPORTANCIA DEL PROYECTO, POSIBLES CAUSAS:

Describiremos y definiremos por un lado, en qué consiste un comité de ética asistencial (CEA sector Teruel) y por otro, hablaremos de la Meditación y Mindfulness (MF), como una posible herramienta para la mejora del estrés en situaciones complejas.

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL (sector TERUEL) (1):

Un Comité de Ética Asistencial es un órgano consultivo interdisciplinar de los centros sanitarios, públicos o privados, constituido para analizar y asesorar a sus profesionales y usuarios sobre aquellos aspectos de la práctica clínica que presenten dificultades o peculiaridades de orden ético con el objetivo final de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

Ayuda a que las decisiones que se toman en relación con las cuestiones de valor de la asistencia sanitaria sean las mejores decisiones posibles. La mejor decisión será siempre una decisión prudente, razonable, tomada después de haber disminuido, dentro de lo posible, la incertidumbre. El camino a seguir para la toma de decisiones prudentes es la deliberación. El CEA del sector Teruel utiliza el método deliberativo de Diego Gracia.

FUNCIONES del CEA (2):

- a. Asesorar en la toma de decisiones ante casos o situaciones clínicas que planteen problemas éticos a los profesionales o a los pacientes y sus familias
- b. Promover la formación en bioética de los miembros del Comité y de los profesionales del Centro de referencia, asesorando a la Gerencia en el fomento y organización de actividades docentes
- c. Promover la investigación en bioética aplicada a las necesidades y prioridades del propio ámbito asistencial
- d. Elaborar informes, guías, recomendaciones o protocolos de actuación respecto a situaciones frecuentes o relevantes de la asistencia sanitaria que tengan una dimensión ética significativa.
- e. Cualquier otra función que le atribuya la legislación.

¿Qué NO son funciones del CEA?:

- NO puede adoptar decisiones de carácter vinculante
- NO puede subrogarse o reemplazar la decisión clínica de los profesionales o la responsabilidad de quien hubiere solicitado su asesoramiento.
- NO puede asesorar o emitir informes sobre cuestiones en las que exista por escrito queja, denuncia o reclamación judicial o administrativa
- NO puede emitir juicios acerca de las eventuales responsabilidades de los profesionales. Ni proponer la imposición de sanciones
- NO puede sustituir la Comité de Ética e Investigación Clínica
- NO puede sustituir a las Comisiones de Ética y Deontología de los Colegios Profesionales
- NO puede sustituir las responsabilidades de las personas u órganos encargados de la gestión

Sobre la MEDITACIÓN (3):

1. TÍTULO**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD****102****MEJORA DEL BIENESTAR PSICOLOGICO, PERSONAL Y PROFESIONAL EN EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR TERUEL CON MINDFULNESS (ATENCION PLENA)**

En España generalmente se incluye la meditación entre las técnicas de relajación utilizadas en psicoterapia. Sin embargo, un cuerpo extenso de documentación experimental afirma que la meditación posee características cognitivas, fisiológicas y psicoterapéuticas propias, diferenciándose claramente de la relajación en cuanto a la procedencia, los efectos genéricos y específicos, las formas y los métodos de aplicación. La meditación puede producir efectos diferenciales en el sistema nervioso, sobre todo a largo plazo y, por tanto, ofrece posibilidades para aplicaciones terapéuticas en psicología clínica. Conviene distinguir esta 'meditación clínica' que es objeto de investigación de la psicología biológica, de la meditación como ejercicio utilizado en diversas disciplinas místicas o religiosas.

Sobre MINDFULNESS (MF) (4):

MINDFULNESS ("estar atento") es una herramienta basada en técnicas breves de meditación que se está utilizando en la actualidad para gestionar de una forma eficaz el estrés, el dolor, enfermedades crónicas, ansiedad, etc. Se está empleando no solo en pacientes, si no también en profesionales y empresas con resultados prometedores.

De ahí la gran cantidad de estudios que actualmente se están realizando al respecto.

La universidad de Zaragoza, en colaboración con la Universidad de Valencia (departamento de psicobiología), Universidad Federal de Sao Paulo (Brasil), la Red de Investigación en Atención Primaria (Zaragoza) y el Servicio de Psiquiatría del Hospital M.Servet (Zaragoza) entre otros, están llevando a cabo muchos de esos estudios, proyectos e investigaciones relacionados con el MF.

DEFINIENDO MINDFULNESS:

Mindfulness se refiere al estado mental que emerge al prestar atención al momento presente de forma intencional, sin juzgarlo y centrándose en la experiencia inmediata.

Mindfulness invita a:

- "Darse cuenta de la experiencia presente..." (Germer, 2001). Aquí darse cuenta significa atender a propósito (observar / tener conciencia) todo lo que surja mientras surja.
- "... con apertura y aceptación". Aquí aceptar significa una actitud de "abrazar" todo lo que surja (sea bueno o malo) en cada momento, tal como es y sin juicios. Sin embargo, tampoco es una aceptación pasiva, y sí una toma de conciencia de la realidad como es, con posibilidad de cambios, si son necesarios y posibles (5).

¿QUÉ NO ES MINDFULNESS? (Siegel, Germer y Olendzki, 2009; Simón, 2009)

- No es dejar la mente en blanco.
- No es buscar el éxtasis o la iluminación, ni apartarse de la vida.
- No es escapar del dolor.
- No es suprimir las emociones.
- No es autoconciencia (como reflexividad enjuiciadora).
- No es una técnica de autocontrol o relajación.
- Los momentos de mindfulness no son conceptuales, no son verbales, no se enjuicia la experiencia (5).

MF, también traducido como meditación de reducción del estrés basada en el "estar atento", es una técnica de psicoterapia milenaria, sencilla, breve, fácil de aprender y aplicar, que puede utilizarse tanto en formato grupal como individualmente y ha demostrado su eficacia en múltiples enfermedades y entornos sanitarios. Su eficacia, al igual que ocurre en otras psicoterapias y a diferencia de los psico-fármacos, se mantiene años después de la intervención porque el individuo aprende habilidades que incorpora a su vida diaria. Cuenta con más estudios y mejor diseñados que otras técnicas. Por tanto, representa una clara alternativa terapéutica y preventiva, aunque requiere un compromiso activo del paciente de practicar con una frecuencia semanal. Por último, parece una herramienta clave para desarrollar empatía y los aspectos más humanistas del profesional sanitario, por lo que también podría ser recomendable dentro de los sistemas de formación de los profesionales sanitarios (4), motivo por el que se propone como herramienta en el contexto de funcionamiento del CEA sector Teruel para resolución y prevención de los problemas detectados.

REFERENCIAS:

- (1) Reglamento de Funcionamiento Interno del CEA sector Teruel, 2013.
- (2) DECRETO 96/2013, de 28 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el Comité de Bioética de Aragón y los Comités de Ética Asistencial de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- (3) Teoría y fisiología de la meditación. D.M. Campagne. C. Med. Psicossom, N° 69 / 70 -2004
- (4) Dr. García Campayo. Aten Primaria. 2008;40(7):365-8.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

102

MEJORA DEL BIENESTAR PSICOLOGICO, PERSONAL Y PROFESIONAL EN EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR TERUEL CON MINDFULNESS (ATENCION PLENA)

(5) Curso MF del Ilustre Colegio Oficial de Médicos Zaragoza, feb-marzo-2014. Dr. García Campayo y D^a Mayte Navarro.

2.-PROBLEMAS DETECTADOS:

- Síndrome del "profesional quemado" o "Burnout" (6) debido a la propia profesión sanitaria pero también debido al desarrollo de las funciones dentro de un comité de ética asistencial.
- Gestión ineficaz del "estrés" y el "exceso de responsabilidad" generado en las profesiones sanitarias o en aquellas no sanitarias pero relacionadas directamente con éstas (CEA).
- Gestión ineficaz del tiempo por parte de los profesionales.
- Gestión ineficaz de la comunicación inter- e intra-profesionales.
- Falta de tiempo, apoyo, formación y herramientas para desarrollar prudente y adecuadamente soluciones que ayuden a resolver estos problemas en los profesionales.

(6) "Desgaste profesional". GUÍA DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA (semFYC).

3.-IMPORTANCIA Y UTILIDAD:

Los datos experimentales indican que la meditación produce una relajación de cuerpo y una activación particular de mente. La práctica de esta técnica contemplativa puede reducir el nivel de estrés más que las técnicas de relajación habituales. Además, se perfila como una técnica eficaz para controlar el pensamiento caótico repetitivo, la "cháchara mental", que tanto puede mermar las capacidades cognitivas así como el equilibrio emocional de las personas. Con la meditación uno puede entrenarse a desatender a estos estímulos descontrolados y nocivos con lo cual ganaría claridad mental pero además -y tal vez más importante aún- ganaría la confianza de que puede con las interferencias. Los pensamientos automáticos, incluso si no son negativos en sí mismos sino simplemente descoordinados, absorben mucha energía emocional e inducen cambios anímicos por producir una sensación de descontrol, de estar a la merced de esta invasión de "ruido mental". Además de datos concretos en cuanto a las características fisiológicas de la mente humana, las investigaciones con la meditación han perfilado una o varias 'líneas base' de utilidad en la psiquiatría y la psicología clínica así como en ciertos problemas médicos. Nos guían hacia nuevos métodos no farmacológicos con los que promover cambios fundamentales en los desequilibrios subyacentes a las manifestaciones que clínicamente calificamos de 'trastornos'. Los modernos fármacos ayudan a controlar los síntomas, y las psicoterapias cada vez más específicas mejoran los problemas de base, sin embargo, lo que además se necesita son disciplinas que mejoren la relación de la persona consigo misma. La evidencia experimental pone de manifiesto a la meditación como una de estas disciplinas y, por tanto, nos hace preguntarnos porqué no se ha extendido aún más su uso.

Desde 1996, el National Institute of Health de los Estados Unidos recomienda a los médicos que acepten la meditación como tratamiento eficaz para el dolor crónico, ansiedad, ataques de pánico, insomnio, síndrome premenstrual e infertilidad (Carlin y Lee, 1997). Puede que en nuestro país, la etiqueta que se ha puesto a la meditación como algo 'místico' o algo relacionado con religiones ajenas al cristianismo, ha resultado en la poca aceptación de esta técnica no religiosa ni mística que, encima, se ha practicado en formas levemente diferentes dentro de la fe cristiana durante cientos de años. Conviene abrirse a la evidencia de que la meditación puede ser clínicamente útil en determinadas psicopatologías, así como ser un instrumento que ayude en mejorar la salud psicológica (7).

La mayoría de los estudios relacionados con el mindfulness (8) y la meditación, usados de forma complementaria al resto de técnicas o terapias conocidas, parecen confirmar que pueden producir beneficios en los enfermos y también en profesionales y empresas; motivo por el que consideramos que puede ser una buena herramienta en la gestión de situaciones difíciles y de estrés en las profesiones sanitarias.

(7) Teoría y fisiología de la meditación. D.M. Campagne.C. Med. Psicodom, N° 69 / 70 -2004

(8) Dr. García Campayo. Aten Primaria. 2008;40(7):365-8.

(9) I. Plaza, M. Marcos, P. Herrera-Mercadal, J. García-Campayo "Mindfulness-Based Mobile Applications: Literature Review and Analysis of Current Features" JMIR mHealth and uHealth, 1(2), pp. 1-19. 2013.

4.-POBLACIÓN DIANA:

Profesionales de distintos servicios y especialidades, sanitarios y no sanitarios, pertenecientes al comité de ética asistencial del sector Teruel, con más de 5 años de experiencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con este proyecto se intenta que la mejora continua de la calidad "en el cuidado del profesional" y su evaluación sean vistas como una responsabilidad y puedan formar parte de las actividades habituales de los mismos. El cuidado del profesional, aumentando progresivamente su bienestar psicológico, personal y profesional, creemos que repercutirá positivamente en el desarrollo de todas sus funciones y en la calidad de la asistencia a los ciudadanos, desarrollando de este modo la misión, visión y valores de nuestro sistema sanitario.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

102

MEJORA DEL BIENESTAR PSICOLOGICO, PERSONAL Y PROFESIONAL EN EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR TERUEL CON MINDFULNESS (ATENCION PLENA)

OBJETIVO PRINCIPAL CEA-MF:

- Conocer las intervenciones basadas en mindfulness aplicadas a la salud y profesionales y practicarlas de forma supervisada.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Conocer el concepto, los efectos beneficiosos y las contraindicaciones del MF.
- Familiarizarse con las principales prácticas de MF.
- Empezar a aplicar MF para el desarrollo personal y profesional.
- Indicación de los primeros pasos para aplicar MF en el manejo de situaciones de estrés profesional y de complejidad en el ámbito de un comité de ética con al menos 5 años de experiencia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El proyecto tendrá lugar en el Comité de Ética Asistencial del sector Teruel, que cuenta con 10 médicos (hospital, ESAD, atención primaria), 7 enfermeras (hospital, ESAD, atención primaria), 1 psicóloga, 1 trabajador social, 1 auxiliar, 1 filósofo y 1 abogado.

Se trata de realizar un diagnóstico de la situación de partida, comenzando con un estudio descriptivo que evalúe:

- Por un lado, el estrés del profesional (COLABORACION: D.SANTIAGO GASCÓN, Facultad de Psicología, Servicio de Prevención de Riesgos Psicosociales. Universidad de Zaragoza, campus Teruel. Experto en factores psicosociales y Burnout)
- Y por otro, los conocimientos del profesional sobre éstas técnicas de meditación (COLABORACIÓN: DR.GARCÍA CAMPAYO, -Psiquiatra del H.U.M.Servet y Universidad de Zaragoza- y D^a INMACULADA PLAZA -Facultad Ingeniería, Universidad Zaragoza, campus Teruel; grupo EduQTech: grupo interuniversitario de investigación).

Posteriormente evaluaremos el beneficio aportado por el mindfulness tanto a nivel psicológico, personal y profesional (DENTRO Y FUERA DEL CEA).

Otras actividades:

- Prácticas individuales y grupales.
- Fines de semana MF para completar formación.
- Participación en congreso MF.
- Apoyo en la formación y práctica de mindfulness a los profesionales a través de aplicaciones móviles(App).
- Sesiones científicas docentes.Registro de actividades.
- Análisis de los datos.

El proyecto es eminentemente práctico con interacción continua entre profesor y profesionales alumnos.

Los métodos docentes utilizados son:

- 1.-Desarrollo de contenido teórico por medio de clases magistrales (25% del tiempo total)
- 2.-Conocimiento de las técnicas de mindfulness mediante clases prácticas y ejercicios (45%)
- 3.-Resolución de las dudas de los participantes sobre las prácticas (15%)
- 4.-Intercambio de experiencias entre el grupo (15%)

El temario, orden de las clases y su estructuración temporal se describen a continuación y siguen el modelo de la Universidad de Zaragoza (Marcelo Demarzo y Javier García Campayo):

INTRODUCCIÓN

- Apertura del programa -¿Cómo es el Programa? -
- Presentación del grupo y expectativas-
- Ejercicio de la Uva Pasa -
- Discusión -
- ¿Qué es mindfulness? -
- Práctica de 3 minutos de mindfulness - Cómo es la práctica y como puede ayudar en el manejo de estrés -
- Ejercicios para casa: Practica de 3 minutos por lo menos una vez por día

MINDFULNESS EN LA RESPIRACIÓN

- Apertura con práctica de 3 min
- Revisión de la semana -

1. TÍTULO**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD**

102

MEJORA DEL BIENESTAR PSICOLOGICO, PERSONAL Y PROFESIONAL EN EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR TERUEL CON MINDFULNESS (ATENCION PLENA)

- Postura meditativa -
- Explorando la respiración -
- Discusión y dudas -
- Ejercicio de respiración y comentarios
- Ejercicio para casa: 15 min de práctica diaria de la atención plena de la respiración

CAMINAR CON ATENCIÓN PLENA

- Apertura con práctica de la respiración -
- Revisión de la semana -
- Ejercicio de los pensamientos: Hola -Gracias - adiós -(grupos de 3) -
- Caminar con atención plena -
- Aporte teórico, discusión y dudas -
- Ejercicio para Casa:
 - o 15 min de práctica diaria de la atención plena en la respiración
 - o 15 min de práctica diaria de caminar con atención plena

BODY-SCAN

- Apertura con práctica de caminar con atención plena
- Revisión de la semana -
- Práctica de body scan -
- Discusión y dudas -
- Presentación de los conceptos de blocking y drowning / sufrimiento primario y secundario -
- Ejercicio para Casa:
 - o 30 min de práctica diaria mezclando la atención plena en la respiración, caminar con atención plena y body scan.

EJERCICIOS CORPORALES CON ATENCIÓN PLENA (mindful movements)

- Apertura con práctica de body scan en posición sentada
- Revisión de la semana -
- Practica de mindful movements -
- Discusión y dudas -
- Introducción a los valores - RELACIÓN CON EL MÉTODO DELIBERATIVO

APLICADO EN EL CEA.

- Cierre con mindfulness en la respiración -
- Ejercicio para Casa:
 - o 30 min de práctica diaria mezclando la atención plena de la respiración, caminar con atención plena, body scan y los ejercicios corporales con atención plena.
 - o Reflexión sobre los valores

MEDITACIÓN EN LA BONDAD, LA PRACTICA DURANTE LA VIDA:

- Apertura con práctica de caminar con atención plena
 - Revisión de la semana -
 - Clarificar valores: Ejercicio del funeral -
 - Aporte teórico, discusión y dudas sobre el programa y sobre cómo mantener una práctica regular personal e en nivel profesional.
 - La importancia de los valores y SU RELACIÓN CON EL MÉTODO DELIBERATIVO
- DE DIEGO GRACIA EMPLEADO EN EL CEA.**
- Uso de los diarios de mindfulness en la vida diaria -
 - Ejercicio para Casa:
 - o Mantener las prácticas diarias.
 - o Potenciar los valores

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación del proyecto:

- Valoración en los profesionales de los conocimientos en mindfulness u otras técnicas de relajación y meditación. ¿Son necesarios estos recursos? ¿Son efectivos?
- Valoración del nivel de estrés del profesional en el contexto de su práctica diaria y por otro lado en el ámbito del propio comité de ética y de la gestión de situaciones difíciles dentro del mismo. Cómo repercute esto en su vida personal y en la de sus pacientes.
 - ¿Sabemos pedir ayuda? ¿Qué ayuda?
 - ¿El mayor y mejor conocimiento de nosotros mismos puede repercutir positivamente tanto en nuestra vida personal como en la profesional y por tanto, en beneficio de los pacientes?

Indicadores:

1. Variables socio-demográficas (sector sanitario, ámbito de aplicación -profesionales

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

102

1. TÍTULO

MEJORA DEL BIENESTAR PSICOLOGICO, PERSONAL Y PROFESIONAL EN EL COMITE DE ETICA ASISTENCIAL DEL SECTOR TERUEL CON MINDFULNESS (ATENCION PLENA)

del comité de ética asistencial, categoría profesional);

2. Formación recibida sobre meditación, mindfulness o relajación (nº horas);

3. Mejora de la percepción de bienestar y disminución del estrés en los profesionales con el uso de estas técnicas (escalas de valoración del Burnout, semfyc).

4. Mejora de la atención prestada a nuestros compañeros en el grupo de trabajo que constituye un comité de ética asistencial.

5. Mejora de la atención a nuestros pacientes y/o consultas.

6. Los indicadores pre y post específicos serían: uno de Burnout (tipo Maslach Burnout Inventory, semFyc), otro de mindfulness (el FFMQ) y otro de compasión.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario 2014:

Enero, febrero, marzo:

• Enero-2014: Elaboración del proyecto.

• Feb-Mar-2014:

o Realización de un curso introductorio al MF por uno de los miembros del

CEA en Ilustre Colegio Oficial Medicos de Zaragoza.

o Contacto con el docente/s experto/s en la técnica.

• MAR-AB-2014:

o Valoración de la formación recibida en técnicas de relajación, meditación y MF de los profesionales del CEA.

o Valoración de la situación de partida (nivel de estrés, burn-out, gestión ineficaz del tiempo...).

o Organización del trabajo en equipo.

o Revisión del material necesario.

o Preparación de sesiones docentes a dichos profesionales.

Mayo-Octubre:

• Comienzo de las sesiones docentes a dichos profesionales.

• Comienzo de las prácticas de MF a nivel individual y grupal.

• Ejercicio con el método deliberativo: Deliberación sobre casos y plantear si las técnicas de MF influyen favorablemente en su desarrollo.

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

• Otros:

o Mayo-2014: Fin de semana de retiro MF.

o Jun-2014: Congreso MF en Zaragoza.

Octubre-Diciembre:

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

• Evaluación de la satisfacción de los profesionales.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Adultos

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención.	4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención.	4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos.	3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ...	4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales.	4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

053

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA RESOLUCION DE LOS CASOS POR EL CEA DEL SECTOR DE TERUEL CON LA APLICACION DE ESTRATEGIAS NARRATIVAS**2. RESPONSABLE** CONCHA GOMEZ CADENAS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS MONREAL DEL CAMPO
- Localidad MONREAL DEL CAMPO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CAROD BENEDICO ETEL. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ MARTINEZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. U.C.I.
- PEREYRA GRUSTAN LORENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PSQUIATRIA
- GARCIA SANZ MONTSERRAT. PSICOLOGO/A. ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER (AECC).
- AGUDO RODRIGO MARTA. MEDICO/A. ESAD TERUEL. ATENCION PRIMARIA
- ALEGRE MARTIN ROSA MARIA. ENFERMERO/A. ESAD TERUEL. ATENCION PRIMARIA
- HERRANDO VICENTE VICTORIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. UME CRP SAN JUAN DE DIOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 1.-SITUACIÓN DE PARTIDA, FUENTES DE INFORMACIÓN, IMPORTANCIA DEL PROYECTO, POSIBLES CAUSAS:

En 2013, el Gobierno de Aragón publica y pone en marcha el DECRETO 96/2013, de 28 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el Comité de Bioética de Aragón y los Comités de Ética Asistencial de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Siguiendo sus indicaciones y tras acreditarse oficialmente, el Comité de Ética Asistencial (CEA) del sector Teruel, a pesar de ser un CEA joven, decide comenzar su función investigadora, reflexionando sobre los casos recibidos e intentando mejorar la técnica empleada en el proceso de resolución de los mismos (procedimiento deliberativo y desarrollo del informe posterior).

En primer lugar interesa conocer qué es un CEA y cuáles son sus funciones:

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL (sector TERUEL):

Un Comité de Ética Asistencial es un órgano consultivo interdisciplinar de los centros sanitarios, públicos o privados, constituido para analizar y asesorar a sus profesionales y usuarios sobre aquellos aspectos de la práctica clínica que presenten dificultades o peculiaridades de orden ético con el objetivo final de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

Ayuda a que las decisiones que se toman en relación con las cuestiones de valor de la asistencia sanitaria sean las mejores decisiones posibles. La mejor decisión será siempre una decisión prudente, razonable, tomada después de haber disminuido, dentro de lo posible, la incertidumbre. El camino a seguir para la toma de decisiones prudentes es la deliberación. El CEA del sector Teruel utiliza el método deliberativo de Diego Gracia.

FUNCIONES del CEA:

- a. Asesorar en la toma de decisiones ante casos o situaciones clínicas que planteen problemas éticos a los profesionales o a los pacientes y sus familias.
- b. Promover la formación en bioética de los miembros del Comité y de los profesionales del Centro de referencia, asesorando a la Gerencia en el fomento y organización de actividades docentes.
- c. Promover la investigación en bioética aplicada a las necesidades y prioridades del propio ámbito asistencial.
- d. Elaborar informes, guías, recomendaciones o protocolos de actuación respecto a situaciones frecuentes o relevantes de la asistencia sanitaria que tengan una dimensión ética significativa.
- e. Cualquier otra función que le atribuya la legislación.

¿Qué NO son funciones del CEA?:

- NO puede adoptar decisiones de carácter vinculante
- NO puede subrogarse o reemplazar la decisión clínica de los profesionales o la responsabilidad de quien hubiere solicitado su asesoramiento.
- NO puede asesorar o emitir informes sobre cuestiones en las que exista por escrito queja, denuncia o reclamación judicial o administrativa.
- NO puede emitir juicios acerca de las eventuales responsabilidades de los profesionales. Ni proponer la imposición de sanciones.
- NO puede sustituir la Comité de Ética e Investigación Clínica.
- NO puede sustituir a las Comisiones de Ética y Deontología de los Colegios Profesionales
- NO puede sustituir las responsabilidades de las personas u órganos encargados de la gestión. (1)

Tengamos en cuenta que la Bioética Clínica tiene unas características propias:

"es necesariamente interdisciplinar, hace frente a la complejidad y la incertidumbre asumiéndolas como elementos propios de la realidad, desarrolla herramientas en la argumentación, exige prudencia y responsabilidad y busca un ideal de la vida humana a través de decisiones que requieren tener en cuenta la pluralidad y la diferencia". (2)

Ahora sí, desde esta idea planteamos la pregunta:

¿cómo concretar estos planteamientos en el contexto de servicios sanitarios tensionados por exigencias de eficiencia y eficacia?

El razonamiento deliberativo procura, tras ponderar todos los factores que intervienen en un hecho y mediante un proceso de diálogo establecido entre varias personas que intentan persuadirse mutuamente con

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

053

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA RESOLUCION DE LOS CASOS POR EL CEA DEL SECTOR DE TERUEL CON LA APLICACION DE ESTRATEGIAS NARRATIVAS

argumentos sin anular por completo las razones del otro, encontrar entre todos la mejor elección.

Entendiendo que la mejor respuesta que podemos ofrecer no se basa en una certeza absoluta. Los juicios que buscamos se basan en la prudencia, la phronesis de la que nos hablaba Aristóteles, que sólo puede ser probable (no es un juicio apodíctico).

Deliberar es un arte basado en el respeto mutuo para una toma de decisiones prudente que precisa de cierto grado de humildad o modestia intelectual y deseo de enriquecer la propia comprensión de los hechos escuchando e intercambiando opiniones y argumentos.

En nuestro CEA aplicamos el Método Deliberativo del profesor Diego Gracia (MDDG):

"Se trata de un método de resolución de problemas, en el que se parte de dos supuestos básicos: en primer lugar que las diferentes posibilidades o cursos de acción que se abren ante un problema deben ser evaluados, a fin de encontrar -siguiendo a Aristóteles- un punto medio adecuado a la situación, que será lo óptimo en relación al bien. En segundo lugar, que la deliberación es el método más adecuado para resolver los conflictos, a pesar de que sus respuestas no pueden alcanzar certeza, porque se aplican a situaciones contingentes, donde solo una sabiduría práctica tiene cabida. de ahí la enorme importancia de realizar una buena deliberación." (3)

PASOS DEL MÉTODO DELIBERATIVO:

El procedimiento que se propone a continuación tiene tres niveles sucesivos de deliberación: el de los hechos, el de los valores y el de los deberes. Consta de doce pasos, además de una fase previa de aceptación y preparación del caso y de una fase final con la elaboración de un informe de recomendaciones.

Se recomienda preguntarse antes de la reflexión: ¿Qué se consulta? ¿Quién consulta? ¿Por qué se consulta? ¿Para qué? ¿Cuándo se consulta?

I. Deliberación sobre los hechos.

1. Presentación del caso.
2. Aclaración y análisis de los hechos clínicos. Afinar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
3. Conocimiento de las preferencias del paciente, la calidad de vida y aspectos contextuales.

II. Deliberación sobre los valores.

4. Identificación de problemas éticos presentes.
5. Elección de problemas a analizar. De entre los conflictos identificados se decidirá cuales serán objeto de informe o recomendación, incluyendo necesariamente el o los que estén relacionados directamente con la consulta
6. Identificación de los valores en conflicto.

III. Deliberación sobre los deberes.

7. Identificación de los cursos de acción extremos.
8. Identificación de los cursos de acción intermedios.
9. Elección del curso(s) de acción óptimo(s). El curso óptimo siempre es el que lesiona en menor grado los valores en conflicto, el que tiene en cuenta las circunstancias y las consecuencias de la decisión y es prudente.

IV. Pruebas de consistencia.

10. Prueba de la legalidad.
11. Prueba de la temporalidad.
12. Prueba de la publicidad.

Añadir un último apunte fundamental referente al MDDG:

"Deliberar bien es deliberar en cada uno de estos niveles, no ahorrarnos ninguno de ellos, ni tampoco querer reducir todo el proceso a un solo nivel; solo así estaremos en condiciones de tomar decisiones responsables y prudentes." (4)

Atendiendo ahora al CEA del sector Teruel, se han recibido 4 casos en los últimos 4 años: Todos presentados por miembros de este CEA. En base a esto nos planteamos:

- Que se reciben pocas consultas de casos (suceso por otra parte corriente en otros CEAS) (5)

- En un análisis más detenido del procedimiento aplicado para su resolución observamos:

Primer caso: se realizó reunión extraordinaria, se deliberó según el procedimiento deliberativo estipulado y se emitió informe. La apreciación por la persona que consultó fue positivo, pero no se realizó un análisis más profundo

Segundo Caso: se realiza reunión extraordinaria, se deliberó según el procedimiento deliberativo estipulado y se emitió informe, se recibió queja informal por el tono del informe y por entender que no iba dirigido a la persona que consultaba (posible error en la percepción de los miembros del CEA del problema y error en la transmisión del resultado por no ser capaces de "ponerse en el lugar del otro"): Se hizo al respecto un trabajo de reflexión que se presentó en Congreso Valencia 2010 relativo al modo de elaborar los informes, y se continúa trabajando en esta línea.

Tercer caso: se realiza reunión extraordinaria, y se hace la Deliberación de manera "no metódica", a pesar de ello, se aportan cursos de acción, de manera igualmente "no metódica", como se entiende que no hay suficiente información para continuar la deliberación, no se emite informe.

Cuarto caso: se realiza reunión extraordinaria, se delibera sólo sobre los hechos. No se emite informe.

La situación de partida es:

-Este CEA tiene un buen nivel de formación en Bioética.

-Hemos practicado la deliberación en "casos ejemplos" de manera periódica con el Método Deliberativo del

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

053

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA RESOLUCION DE LOS CASOS POR EL CEA DEL SECTOR DE TERUEL CON LA APLICACION DE ESTRATEGIAS NARRATIVAS

Profesor Diego Gracia (MDDG) para facilitar su conocimiento y manejo y desarrollar habilidades necesarias para ello. -Nuestro CEA ha tenido una buena respuesta, en cuanto al interés de sus miembros, reflejada en la participación en actividades formativas, asistencia a cursos, congresos, etc y especialmente en lo que tiene que ver con la resolución de casos (tanto en ejercicio, como y sobre todo en casos reales) partiendo de la base que todas las reuniones se hacen en horario personal.

2.- PROBLEMAS DETECTADOS:

Pocas consultas.

Poco rigor en la aplicación del Método en la consulta de casos reales.

Insatisfacción ante la respuesta recibida.

Gestión ineficaz del tiempo por parte de los profesionales en la resolución del caso. "Parálisis por los hechos".

Gestión ineficaz de la comunicación.

Gestión ineficaz de la angustia generada por la consulta de casos al CEA.

Necesidad de formación continúa sobre Método deliberativo y sobre diferentes racionalidades que están presentes en la resolución de problemas éticos.

Necesidad de reflexión acerca de qué entendemos por Deliberación.

3.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD:

Intentaremos dar respuesta a la pregunta: ¿Por qué la herramienta narrativa es importante y útil para deliberar en el CEA?

Cuando tenemos un problema y buscamos asesoramiento, o ayuda, en primer lugar necesitamos que a quienes vamos a pedir ayuda, nos comprendan. Esto es así, y vale tanto para los problemas de salud que encontramos día a día en la relación sanitaria, como para los problemas derivados de conflictos de valores con los que nos encontramos en el Comité. Y para que se nos comprenda lo que hacemos es contar una historia, narramos de manera natural los hechos, y esperamos que se entienda que detrás de ellos hay valores. Sucede que los valores, (los nuestros y mucho más los ajenos) a menudo no somos capaces de verlos y mucho menos de nombrarlos, para ello el lenguaje y la razón basada en el positivismo que impera en el medio sanitario se quedan cortos. El vocabulario científico puede ser útil para mostrar resultados de pruebas, poner etiquetas diagnósticas y plantear posibles protocolos de actuación basados en "evidencias", pero ayuda poco cuando hay que tratar con aquello que no es objetivo y cuantificable y aún así importante y determinante para el que consulta.

Nuestra vida no la entendemos sólo como vida biológica, sino como vida biográfica. Nuestra propia identidad, se construye a base de historias, de relatos que se configuran en costumbres, y en interpretaciones. Conocemos a los demás por lo que nos cuentan, y creemos en lo que nos dicen, por la coherencia entre su narración y su vida.

El giro Hermenéutico de la Filosofía parte de tomarse en serio la praxiología, esto es: "bajar a la experiencia", para pisar suelo firme, pero superada ya la razón lógica, positivista, busca una relación con la realidad experiencial (ojo, no experimental). Hablamos de situaciones reales, (no de experimentos con variables controladas), donde los personajes tienen realidad y los contextos son aquí y ahora, y su interpretación es complicada.

El lenguaje es limitado, pero pensamos con él, y si lo limitamos aún más, ciñéndonos a lenguaje científico, nosotros mismos nos ponemos "palos en las ruedas".

Los problemas generan estrés, la angustia dispara mecanismos de defensa, como puede ser la negación, negar que hay un problema, empeñarnos en que el problema que el otro nos plantea no es tal, que es una situación clínico mal resuelta y que sólo desde el manejo de los hechos clínicos se resolverá adecuadamente. Esto tiene un nombre: reduccionismo. Para superar este reduccionismo, en primer lugar deberemos abordar la ansiedad que genera la incertidumbre (6). Y en segundo lugar aprender a enfrentarlos con una nueva racionalidad, la narrativa. Narrar nos permite siguiendo al profesor Tomás Domingo Moratalla: sentirnos libres (requisito fundamental para entender la dignidad del ser humano en el sentido Kantiano, base de la moderna Autonomía de los pacientes); soñar posibilidades (esto es buscar salidas a los problemas); soñarnos a nosotros mismos (es decir, proyectarnos, construir proyectos vitales, base de la responsabilidad, a su vez pilar de las nuevas Éticas del siglo XX)

En nuestro CEA nos basamos en la deliberación como modo de abordar los conflictos, esta de por sí requiere su propia racionalidad que no es apodíctica, que no busca respuesta únicas y absolutas, sino que pide prudencia y apertura a la opinión de los otros, busca dar respuestas, contextualizadas, aplicadas a la particularidad del momento pero fundamentadas en razones válidas. Esto es, respuestas argumentadas y razonables. Utilizamos el Método Deliberativo del profesor Diego GRACIA (MDDG) y en este método la narrativa aparece como un requisito imprescindible según los profesores Lydia Feito y Tomás Domingo Moratalla. Por lo tanto necesitamos Valorar, pero también deberemos saber narrar y sobre todo saber interpretar. (7)

Aplicando esta reflexión a nuestro Comité:

Según los datos aportados arriba, tenemos la percepción de que NO somos eficaces, (poco nº de consultas y respuesta ineficaz). Entendemos como posibles motivos:

- NO se conoce (y por tanto imposible valorar) nuestra labor fuera del CEA: Propuestas de mejora: Diseñar un proyecto de investigación para saber qué grado de conocimiento tienen las personas ajenas al CEA, sobre las funciones del CEA y sobre áreas relacionadas con la Bioética en la que sea necesario mejorar, y a partir de este planificar actividades de difusión y formación. (8)

- NO somos eficaces en la labor de asesoramiento por varias razones

No somos capaces de ponernos en la "piel del otro": por lo que nos cuesta ver el problema del otro. Y esto es porque nos cuesta ver los valores implicados.

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA RESOLUCION DE LOS CASOS POR EL CEA DEL SECTOR DE TERUEL CON LA APLICACION DE ESTRATEGIAS NARRATIVAS

NO SOMOS RIGUROSOS EN LA METÓDICA, no trabajamos igual en los casos cuando son reales, no seguimos los pasos del Método Deliberativo con igual rigor. Fallamos en la moderación.

Nos agotamos por la situación de ansiedad que se vive: especialmente la persona que presenta el caso, pero también el moderador, y el resto, esto revierte en insatisfacción dentro del propio Comité.

Seguimos con dudas serias sobre el procedimiento:

¿De verdad creemos que el MDDG es el adecuado?

¿Cuándo hacer las preguntas previas?

¿Qué es un caso urgente? ¿Qué actitud tomar ante una consulta urgente?

¿Qué hacemos cuando son los miembros del CEA los que consultan? ¿Deben permanecer durante toda la deliberación? Y si no fuera del CEA, ¿siempre debería salir tras la exposición de los hechos?

¿Qué hacer cuando hay muchos miembros del CEA implicados en el caso?

¿Es preciso dar un informe siempre? ¿En cuanto tiempo? ¿Quién/es lo hace?

¿Debemos seguir el caso? Caso de no hacerlo: ¿Cómo testar el grado de satisfacción, o la percepción de utilidad de nuestra labor por parte del que ha consultado?

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

053

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA RESOLUCION DE LOS CASOS POR EL CEA DEL SECTOR DE TERUEL CON LA APLICACION DE ESTRATEGIAS NARRATIVAS

proponen alternativas de mejora que a priori estarían en la línea de:

Reflexionar sobre el MDDG: se puede combinar rigor y disciplina&espontaneidad y flexibilidad? Cómo trabajar además de los conocimientos necesarios, los hábitos y las actitudes?

Reflexionar sobre las actividades relacionadas con la Bioética narrativa realizadas hasta ahora:¿ Qué hemos aprendido? ¿Podemos aplicarlo a la resolución de casos?

Dos ciclos de Bioética y Cine

Dos trabajos de propuesta de mejora en la redacción de informes presentados por el CEA en dos congresos de Bioética
Trabajar las técnicas narrativas que permitan ver/mostrar los problemas de quienes consultan. Técnicas que intentan mejoras en la comunicación (verbal y escrita), potenciar la imaginación. Ello dentro de un marco que entiende lo narrativo como algo serio e imprescindible para la "actitud" bioética", no como un mero ornamento, ni como un manejo de ejemplos.

Analizar la figura del "Mediador Narrativo", como la persona que se pueda encargar de aumentar la calidad usando la narratividad para: "aprender y enseñar a ponerse en la piel del otro" "acompañar al otro, identificar sus valores y ser capaz de mostrarlos" "acompañar al otro, ser capaz de dialogar con él en la búsqueda y clarificación de su "problema ético, interpretar y si fuera necesario traducir su pregunta", "representar al otro, si fuera necesario". Si el que presenta el caso lo necesita, esta figura podría ayudar en la presentación del caso.

Los métodos docentes utilizados son:

1.- Desarrollo de contenido teórico por medio de clases teóricas que traten sobre:

- Manejo de Técnicas narrativas aplicadas a cine, literatura, creación literaria, etc: que permitan aproximar y mostrar temas de interés bioético a los profesionales del Servicio Aragonés de Salud y a los pacientes y familias, a la par que sirven para la difusión del CEA del sector Teruel. Contactar con profesores expertos en estas áreas para recibir formación. Programar y facilitar la asistencia a cursos. (9)

- Deliberación y Método deliberativo: Fomentar la asistencia a actividades formativas relacionadas con ello, especialmente las diseñadas por el Comité de Bioética de Aragón. Fomentar la práctica del método deliberativo en el Comité por medio de ejercicios de casos ejemplo, valorando y evaluando su eficacia. Replantear la figura del observador para el análisis de la práctica deliberativa.

- Bioética Narrativa: Fundamentación y aplicación. Formación en Bioética Narrativa para los integrantes del CEA. Aplicar la narratividad para mejorar/completar/entender el MDDG, según la propuesta recogida en el libro Bioética Narrativa (10). Contacto con profesores referentes en la materia para recibir formación. Programar y facilitar la asistencia a cursos. (11)

2.- Conocimiento de las técnicas de mindfulness mediante clases prácticas y ejercicios (para desarrollar en proyecto MF)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

053

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA RESOLUCION DE LOS CASOS POR EL CEA DEL SECTOR DE TERUEL CON LA APLICACION DE ESTRATEGIAS NARRATIVAS

Mayo-Octubre:

Comienzo de las sesiones docentes.

Diseño de estrategias para abordar los casos en función de las respuestas dadas a las preguntas iniciales.

Desarrollo teórico de la figura de mediador narrativo

Ejercicio con el método deliberativo: Deliberación sobre casos

Octubre-Diciembre:

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

Evaluación de la satisfacción de los profesionales.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. CEA (COMITE DE ETICA ASISTENCIAL)

OTRA PALABRA CLAVE 2. DELIBERACION/NARRACION

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención.	3	Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención.	3	Bastante
3. Mejorar utilización de recursos.	3	Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ...	4	Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales.	3	Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

229

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION Y COORDINACION DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRA-HOSPITALARIAS EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

2. RESPONSABLE MARIA TERESA LAINEZ LORENTE

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS MONREAL DEL CAMPO
- Localidad MONREAL DEL CAMPO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASTRO SALANOVA RAFAEL. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. 061 MONREAL DEL CAMPO
- ASCOZ HERRANDO CARLOS. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO.
- SANCHEZ HERNANDEZ ISMAEL. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO.
- ZAFRA CORELLA FRANCISCA. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO.
- GOMEZ CADENAS CONCHA. ENFERMERO/A. CS MONREAL DEL CAMPO.
- GIL MALO INMACULADA. ENFERMERO/A. CS MONREAL DEL CAMPO.
- SEBASTIAN CHECA SONIA. MEDICO DE ATENCION CONTINUADA EN AP. CS CELLA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 1.- SITUACIÓN DE PARTIDA, FUENTES DE INFORMACIÓN, IMPORTANCIA DEL PROYECTO, POSIBLES CAUSAS:

En el Centro de Salud de Monreal del Campo, se ha revisado el trabajo realizado por los médicos de atención continuada del propio centro de salud de Monreal y otros grupos de trabajo del 061. En el año 2012 se realizó un estudio descriptivo de corte o prevalencia mediante la revisión, por parte de los dos MAC del Centro de Salud de Monreal del Campo (Dra Lainez y Dra Sebastián), valorando la atención continuada de este centro de salud durante un periodo de cuatro meses, aportando una visión muy global de la demanda en la atención continuada de esta zona de salud (perfil de usuario, distribución de las urgencias por cupos, patologías más frecuentes, llamadas al 061...) También se han revisado las ultimas referencias de la AHA para SVB (soporte vital básico) y SVCA (soporte vital cardiovascular avanzado) y las recomendaciones del curso de politrauma extrahospitalario del Hospital Marqués de Valdecilla (2012).

El sector Teruel se caracteriza por una amplia dispersión geográfica, empobrecimiento demográfico y envejecimiento poblacional lo que supone en muchas ocasiones una accesibilidad reducida a los servicios de urgencias del sistema sanitario y una atención que puede demorarse en el tiempo debido a las grandes distancias y sistemas de comunicación que no siempre funcionan de forma adecuada (malas coberturas telefónicas e informáticas, visión escasa, soledad, falta de medios de locomoción...).

A pesar de los importantes avances realizados en la prevención, el paro cardíaco continúa siendo un problema de salud pública significativo y una de las principales causas de muerte en muchos países del mundo. El paro cardíaco se produce tanto dentro como fuera del hospital .

La cadena de supervivencia es una metáfora usada para organizar y describir el conjunto integrado de acciones coordinadas en el tiempo que son necesarias para conseguir la mayor tasa de supervivencia tras un paro cardíaco. Los eslabones de esta cadena se pueden optimizar recurriendo a estrategias de implementación y educación basadas en la evidencia.

Implementar cualquier tipo de sistema de respuesta rápida requiere entrenamiento continuo, recopilación y revisión impecable de datos y aporte de comentarios. Para el desarrollo y mantenimiento de estos programas es necesario un compromiso financiero y cultural a largo plazo por parte de la administración. La AHA, en sus recomendaciones para equipos hace referencia a los administradores del hospital y comenta que cree que deben reorientar sus estrategias para los eventos médicos de urgencias y desarrollar una cultura de seguridad para el paciente con la reducción de la morbilidad como primer objetivo.

Desde el centro de salud de Monreal del Campo y desde su base de 061 de referencia, creemos que una forma de desarrollar estas estrategias y mejorar la calidad de la atención y coordinación en la urgencia y emergencia extrahospitalaria es desarrollar este proyecto que fomenta la formación, la coordinación y el trabajo en equipo entre distintos niveles asistenciales extrahospitalarios y distintas categorías profesionales en un medio rural de accesibilidad reducida y gran dispersión. Esta idea se puede hacer extensible a todos los centros de salud rurales que atiende la base del 061 de Monreal del Campo.

2.- PROBLEMAS DETECTADOS:

- Percepción de los profesionales (médicos y enfermeras) del EAP de una insuficiente actualización teórica, pero sobretodo práctica, y con la frecuencia/cadencia necesarias.
- Percepción de los profesionales del EAP de no contar con el material y equipos adecuados para atender determinadas urgencias.
- Ansiedad de los profesionales en determinadas situaciones críticas y difíciles, que podrían verse beneficiadas de una comunicación más eficaz con el equipo del 061 de referencia.
- Percepción de los profesionales del EAP y del 061, de que podría mejorar la comunicación y coordinación entre profesionales del EAP-equipo del 061 de referencia-centro regulador 061.
- Sugerencias de los pacientes acerca de la necesidad de una comunicación fluida entre todos los profesionales que atienden una urgencia (centro de salud y 061), imprescindible ante toda situación urgente.
- Sugerencias de los pacientes acerca de la atención percibida al llamar al centro regulador y el resultado obtenido.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

229

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION Y COORDINACION DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRA-HOSPITALARIAS EN UN CENTRO DE SALUD RURAL**3.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD:**

Con este proyecto se intenta que la mejora continua de la calidad profesional y su evaluación sean vistas como una responsabilidad profesional y formen parte de las actividades habituales, aumentando progresivamente el nivel de calidad de la asistencia a los ciudadanos en el ámbito de las urgencias y emergencias atendidas tanto en el horario habitual como en el de atención continuada y desarrollando de este modo la misión, visión y valores de nuestro sistema sanitario. Con esto se favorece el mejor conocimiento entre los profesionales lo que redundará en una mejor asistencia.

4.- POBLACIÓN DIANA:

Médicos y enfermeros del centro de salud de Monreal del Campo y del equipo del 061 de la base de referencia en Monreal del Campo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejorar la satisfacción y la atención sanitaria de nuestros pacientes y entorno basándonos en los conocimientos adquiridos con el programa formativo de este proyecto.

- Mejorar la satisfacción y la relación entre profesionales del propio centro y entre profesionales del 061-atención primaria.
- Iniciar adecuadamente la cadena de supervivencia.
- Mejorar la realización de compresiones torácicas rápidas de calidad para adultos, niños y lactantes.
- Iniciar rápidamente el uso de un DEA.
- Mejorar la realización de ventilaciones de rescate apropiadas.
- Practicar la RCP individualmente y en equipo con 2 reanimadores.
- Practicar la desobstrucción de la vía aérea ocluida por un cuerpo extraño.
- Mejora en la atención al soporte vital cardiovascular avanzado (PCR -FV, TV con/sin pulso, AESP, asistolia, taquicardias, bradicardias, ACV, SCA, atención al post-paro cardíaco).
- Mejora en la atención al paciente politraumatizado extra-hospitalario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El proyecto tendrá lugar en el CS de Monreal del Campo que cuenta con 8 médicos titulares y 2 MAC (1 fijo y otro de sector), 1 pediatra, 1 trabajador social, 6 enfermeras titulares y 1 EAC, 1 fisioterapeuta, 1 matrona y 2 auxiliares administrativos. También colaboran dos profesionales (médico y DUE) que han estado relacionadas durante años con el centro de salud, aunque ahora estén en otros centros de salud próximos; y los profesionales de la base del 061 en Monreal del Campo, dirigidos y coordinados por el Dr. Rafael Castro Salanova.

Se trata de realizar un diagnóstico de la situación comenzando con una valoración de la formación recibida en urgencias y emergencias por los profesionales del centro e indagar en aquellos temas/situaciones que más les preocupan.

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

Otras actividades:

- Reuniones interdisciplinarias entre miembros del CS-061.
- Sesiones científicas docentes a los profesionales del EAP por el equipo del 061 que incluyen envío del material a tratar con anterioridad a la sesión por correo electrónico para su estudio previo, presentaciones dinámicas en PowerPoint o similar, prácticas individuales y colectivas con muñecos y simuladores.
- Participación de otros profesionales no sanitarios en estas sesiones de formación y coordinación en la urgencia: Guardia Civil de la zona.
- Participación en otros cursos, jornadas y congresos de urgencias/emergencias extrahospitalarios.
- Registro de actividades.
- Análisis de los datos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Evaluación de la formación recibida en urgencias y emergencias extrahospitalarias.

2. Hoja de recogida de datos que incluya nombre, apellidos, sexo, edad, motivo de inquietud en la atención a la urgencia 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 y del equipo del 061 (EVAs).

Indicadores:

- Grado de satisfacción del profesional tras ampliar conocimientos en urgencias/emergencias extrahospitalarias trabajando en colaboración con su equipo 061 de referencia.
- Nº de horas de formación en urgencias recibidas por los profesionales del EAP, previo al comienzo de las sesiones.
- nº de profesionales incluidos en programa que refieren ansiedad grado moderado-severo por motivos relacionados con insuficiente actualización práctica de estos temas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario 2014:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

229

**MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION Y COORDINACION DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS
EXTRA-HOSPITALARIAS EN UN CENTRO DE SALUD RURAL**

PROPUESTA DE SESIONES FORMATIVAS TEÓRICO-PRACTICAS 061-EAP:

ENERO-MARZO:

- Iniciar adecuadamente la cadena de supervivencia.
- Coordinación centro regulador-base 061-centro de salud. Valorar coordinación con otros profesionales (guardia civil, protección civil...).
- Iniciar rápidamente el uso de un DEA.

ABRIL:

- Mejorar la realización de ventilaciones de rescate apropiadas.
- Mejorar la realización de compresiones torácicas rápidas de calidad para adultos, niños y lactantes.
- Practicar la RCP individualmente y en equipo con 2 reanimadores.

MAYO:

- Practicar la desobstrucción de la vía aérea ocluida por un cuerpo extraño (ADULTOS Y NIÑOS).

JUNIO-OCTUBRE:

- Mejora en la atención al soporte vital cardiovascular avanzado:
- PARADA CARDIORESPIRATORIA: FV, TV con/sin pulso, AESP, asistolia.
- TAQUICARDIAS.
- BRADICARDIAS.
- ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO.
- SINDROME CORONARIO AGUDO.
- ATENCIÓN AL PACIENTE POST-PARADA CARDIO-RESPIRATORIA.

NOV-DIC:

- ATENCION al paciente politraumatizado extra-hospitalario:
 - o Reconocimiento inicial o 1º: vía aérea, control cervical, control ventilación oxigenación, control circulatorio, valoración neurológica, desnudar al paciente, sondas.
 - o Reconocimiento secundario: cabeza-cuello, tórax-abdomen, pelvis, genitales y extremidades, reevaluar (vía aérea-ventilación oxigenación, hemodinámica y neuro), valoración rx-especialistas hospital-traslados.
 - o Inmovilización adecuada.

OTRAS ACTIVIDADES PARALELAS PREVISTAS:

Enero, febrero, marzo:

Elaboración de la hoja de recogida de datos para el análisis de la situación:
Evaluación de los conocimientos en urgencias y emergencias en forma de nº de horas de formación recibidas y cursos previos realizados para conocer situación de partida (conocimientos del equipo). Hoja que recoja necesidades e inquietudes más relevantes y sentidas por el equipo.
Contactar con el equipo del 061 -base de Monreal del Campo- y preparar programa formativo y calendario de sesiones 2014.
Organización del trabajo en equipo.
Revisión del material necesario.
Preparación de sesiones docentes a dichos profesionales.
Otros cursos RCP básica y avanzada en colegio médicos.

Abril-Octubre:

Análisis de los datos recogidos y valoración de los temas que más preocupan al equipo.
Elaboración de la encuesta de detección de ansiedad/stress en los profesionales. Preparación de sesiones docentes a dichos profesionales. Deliberación sobre casos.
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.
Curso ITLS avanzado para medicina y enfermería de urgencias y emergencias y atención primaria. SEMES-ARAGON. 16-17 MAYO 2014. HUMServet.

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.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

229

1. TÍTULO

**MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION Y COORDINACION DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS
EXTRA-HOSPITALARIAS EN UN CENTRO DE SALUD RURAL**

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

145

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL BASADO EN ARTETERAPIA EN EL C.R.P. "SAN JUAN DE DIOS" EN COLABORACIÓN CON LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS DE TERUEL – GRADO DE BELLAS ARTES

2. RESPONSABLE ROCIO LOPEZ GARCIA
- Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
 - Centro CRP SAN JUAN DE DIOS
 - Localidad TERUEL
 - Servicio/Unidad .. CRP SAN JUAN DE DIOS
 - Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ONCINS MUR FRANCISCO JAVIER. DIRECCION DEL CENTRO. CRP SAN JUAN DE DIOS. CRP SAN JUAN DE DIOS
 - ENGUITA FLORES MARIA PILAR. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. CRP SAN JUAN DE DIOS
 - MARTINEZ SOTO ALMUDENA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. CRP SAN JUAN DE DIOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dado el creciente interés de los alumnos del grado de Bellas Artes de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel en realizar experiencias artísticas con pacientes de salud mental en relación con su formación en Arteterapia (según la Asociación Profesional Española de Arteterapeutas, el Arteterapia utiliza la creación artística como herramienta para facilitar la expresión y resolución de emociones y conflictos emocionales o psicológicos. Por regla general, el Arteterapia está indicada para personas que debido a sus circunstancias o a la enfermedad que padecen encuentran difícil la articulación verbal de sus conflictos y emociones) y después de revisar distintas fuentes de información relacionadas con la Arteterapia y la salud mental: IV Congreso de la federación española de asociaciones de rehabilitación Psicosocial, búsquedas en Internet,... hemos decidido implantar un programa de intervención en salud mental en el C.R.P. "San Juan de Dios" en colaboración con la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel para poder poner en funcionamiento este proyecto.

Se valora la necesidad de regular este interés mediante la creación de un protocolo de colaboración entre la Facultad y el C.R.P. y la elaboración de un programa de intervención en salud mental basado en Arteterapia en el C.R.P. "San Juan de Dios".

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Establecer un protocolo de colaboración entre la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel – Grado de Bellas Artes y el C.R.P. "San Juan de Dios" y puesta en marcha del proyecto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El guión del proyecto debe elaborarse conjuntamente entre el Salud y la Universidad teniendo en cuenta el funcionamiento del C.R.P. "San Juan de Dios" y las necesidades del plan de estudios de los alumnos del grado de Bellas Artes de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel. Como todavía no se ha redactado, no se pueden concretar en este momento las actividades y métodos.

*Responsables del centro: Departamento de Terapia Ocupacional y Dirección del centro.

*Responsables en la universidad: Personal responsable del grado de Bellas Artes de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. *Firma del protocolo de colaboración.

*Nº de alumnos de Bellas Artes implicados en el proyecto. Mínimo uno.

*Nº de pacientes de salud mental del C.R.P. "San Juan de Dios" implicados en el proyecto. Mínimo uno.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. *Abril-Mayo-Junio 2014:

-Establecer una primera comunicación con la universidad para presentar el proyecto y contactar con los profesionales que puedan mediar en este convenio.

-Concertar reuniones con el personal universitario para presentar la idea del proyecto y conocer las necesidades e intereses del plan de estudios de Bellas Artes.

-Determinar las necesidades personales y materiales del proyecto

-Elaborar el guión del proyecto

-Firma un protocolo de colaboración entre la Facultad y el C.R.P.

*Octubre 2014 a Junio 2015:

-Puesta en marcha del proyecto con los alumnos de Bellas Artes y los pacientes de salud mental del C.R.P. "San Juan de Dios"

-Valoración del proyecto y resultados.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Docencia/investigación

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Institucionalizados psiquiatría

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

145

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL BASADO EN ARTETERAPIA EN EL C.R.P. "SAN JUAN DE DIOS" EN COLABORACIÓN CON LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS DE TERUEL – GRADO DE BELLAS ARTES

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

078

1. TÍTULO

SERVICIO DE APOYO SOCIAL A LA PERSONA CUIDADORA DE PACIENTES CON DEMENCIA

2. RESPONSABLE MARIA JESUS ALMAZAN CALVE

- Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
- Centro CSS SAN JOSE
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SOLSANA FERNANDEZ SOFIA. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. CONSULTAS EXTERNAS GERIATRIA Y HOSPITAL DE DIA GE
- PASTOR MONTAÑO MARIA ANGELES. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CSS SAN JOSE. TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
- AULA VALERO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. ENFERMERA DEL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La demencia es una de las enfermedades crónicas que afectan a la población mayor, aumentando con la edad.

La aparición de una enfermedad invalidante física y cognitivamente en los pacientes, que pierden su capacidad de realizar actividades cotidianas y tomar decisiones sobre su vida, genera una alteración en la dinámica familiar, aumentando el riesgo de sobrecarga de sus cuidadores.

La mayoría desea cuidar a su familiar en el domicilio; pero lo tienen que hacer con escasa formación e información. Además, existen factores sociales que limitan esta tarea: cuidadores envejecidos, familias reducidas, incorporación de la mujer al trabajo, viviendas no acondicionadas y el coste de cuidadores formales.

El cuidador principal es la persona que asume la responsabilidad total en la atención y cuidado de este tipo de pacientes.

Cuidar a un paciente con demencia supone mucho estrés debido a que

- La persona cuidadora debe cambiar su estilo de vida
- Genera mayor afectividad social
- Causa morbilidad psiquiátrica

Este cuidado puede dar lugar a una sobrecarga derivada tanto por cambios del comportamiento y de autonomía del paciente como por su reacción emocional.

Por todo ello, y para prestar una atención integral al paciente con deterioro cognitivo, parece importante incidir en la atención de los familiares cuidadores. Desde la Consulta de Trabajo Social se quiere ofrecer un servicio de atención social que complementa otros servicios que ya se vienen prestando desde el Hospital como la información sobre la propia enfermedad,... Incidir en los aspectos emocionales que incrementan la vivencia de sobrecarga que experimentan las personas cuidadoras y apoyarles en la satisfacción de sus propias necesidades y su autocuidado ayudará a prevenir el malestar psicológico del cuidador y tendrá un efecto positivo en el estado del paciente con deterioro cognitivo.

Desde la Consulta Externa de Geriátrica se ha detectado la necesidad de seguir dando apoyo y asesoramiento a los cuidadores informales (prestan cuidados a otro familiar que necesita ayuda para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana) de las personas diagnosticadas de algún tipo de demencia.

Se ha observado que cuesta asumir por parte de los familiares el diagnóstico de la enfermedad y los cambios que genera, precisando incidir más en la asimilación y aceptación de la enfermedad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. GENERAL

Atender la necesidad de apoyo emocional de los cuidadores de personas en situación de dependencia por deterioro cognitivo.

ESPECÍFICOS:

- Apoyar al cuidador/a a afrontar la situación de dependencia y los cambios que se producen en la familia o entorno familiar
- Prestar apoyo para asumir el Rol de Cuidador
- Evitar el aislamiento social en el cuidador principal
- Informar sobre recursos sociales de apoyo para el cuidado
- Enseñar distintas técnicas para el autocuidado y mejora de la autoestima

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

De las consultas Externas de Geriátrica se derivará a la Trabajadora Social a las personas que reúnan los siguientes criterios:

- o Familiares que cuiden habitualmente del paciente con deterioro cognitivo
- o Cuidadores en los que se detectan dificultades para aceptar el diagnóstico
- o Cuidadores que presenten síntomas de sobrecarga emocional
- o Que residan en Teruel o localidades próximas que no disten más de 30 Kms. de la Consulta

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

078

SERVICIO DE APOYO SOCIAL A LA PERSONA CUIDADORA DE PACIENTES CON DEMENCIA

METODOLOGÍA

La metodología que se valora más eficaz y eficiente es una intervención grupal ya que permite atender necesidades similares de varias personas a la vez, sin perjuicio de facilitar entrevistas individuales si se observara la necesidad de atender situaciones más específicas.

Ser atendidos en grupo ayudará a que las personas que comparten unas vivencias parecidas descubran el apoyo de compartir con otros y de sentirse comprendidos y facilitará que las personas cuidadoras se animen a participar en los grupos socioterapéuticos de apoyo emocional que han demostrado ser un recurso muy adecuado para atender sus necesidades emocionales.

Por ello, y como primer contacto, la Trabajadora Social realizará reuniones informativas dirigidas a las personas cuidadoras para aproximadamente 10-15 personas con los siguientes contenidos:

- o Dar a conocer los servicios del hospital
- o Informar acerca de recursos sociales dirigidos a los pacientes con deterioro cognitivo
- o Recoger información acerca de su nivel de sobrecarga a través del instrumento : Cuestionario ZARIT reducida
- o Ofertar la posible participación en el servicio de atención socioterapéutica (grupos CuidArte) dirigidos a prestar apoyo emocional en su tarea de cuidar. ; que se realizará con el apoyo de la T. Ocupacional
- o Ofrecer, si es necesario, el apoyo individual en la consulta de la T Social

Tras las reuniones informativas y la participación en los grupos socioterapéuticos si se hubiera producido, la Trabajadora Social informará al Medico Geriatra para su conocimiento.

Se realizaran reuniones trimestrales de la Trabajadora Social junto con el equipo (Médicos Geriatras y T Ocupacional) para facilitar una evaluación conjunta del impacto de la intervención en la evolución de aquellos factores que originaron la derivación de la persona cuidadora a la Trabajadora Social.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Estructura:

- Crear el Servicio de Apoyo Social a los Cuidadores.
- Crear Registro del Servicio de Apoyo social a los cuidadores
- Creación de circuito de derivación desde Consulta Externa de Geriátría a la Consulta de Trabajo Social

Proceso:

- Grupos Informativos : nº grupos/ año . Estandar: 6
- Grupos Terapéuticos: nº grupos/año: 1

Resultado

- Satisfacción(Encuesta validada)
- Disminución de la Escala de Zarit (antes/después)

Proceso explicativo:

- La T Social cuando tenga un número de cuidadores derivados de la CCEE de Geriátría de unas 15 personas las reunirá en el Salón de actos para realizar la reunión Grupal.
- Recogerá información mediante cuestionario de información
- Medirá la escala de Zarit reducida que la persona cuidadora cumplimentará antes y después de su participación en los grupos socioterapéuticos.
- Las encuestas de satisfacción que las personas cuidadoras cumplimentarán a la finalización de su participación en los grupos socioterapéuticos (se desglosaran los aspectos que valoran los cuidadores en la encuesta)
- Factores que hayan cambiado respecto a la aceptación de la enfermedad que puedan observarse en consulta.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Puesta en marcha: segundo trimestre de 2014 : a partir de abril hasta final de año como proyecto piloto.

Pero se pretende que se este proyecto se consolide en el tiempo, con la puesta en marcha de un Grupo socioterapéutico mínimo al año.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

028

1. TÍTULO

GESTION DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS FINANCIADOS EN EL DEPOSITO DE MEDICAMENTOS DE LA RESIDENCIA JAVALAMBRE VINCULADO AL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL SAN JOSE

2. RESPONSABLE MARTA CORREA BALLESTER
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ MARTIN JULIA. FARMACEUTICO/A. CSS SAN JOSE. FARMACIA
· CASTELLOTE GARCIA ANA. ENFERMERO/A. RM JAVALAMBRE (IASS). COORDINACION DE ENFERMERIA
· DIAZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. DIRECCION DE ENFERMERIA
· SIMON SIMON AMPARO. TCAE. CSS SAN JOSE. FARMACIA
· MINGUEZ ASENSIO PILAR. TCAE. RM JAVALAMBRE (IASS). FARMACIA
· HERNANDEZ SIMON VIRGINIA. TCAE. RM JAVALAMBRE (IASS). FARMACIA
· TORRUBIANO CALVO TERESA. TCAE. RM JAVALAMBRE (IASS). FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Residencia Javalambre está incluida dentro del Programa de Atención Farmacéutica a los Centros Sociosanitarios y suministra los medicamentos a los residentes de este centro y a los depósitos del resto de las residencias del IASS de la provincia de Teruel: Centro Asistencial el Pinar, Residencia de Albarracín y Residencia de Utrillas. Estos depósitos dependen del Servicio de Farmacia del Hospital San José.

El Programa de Atención Farmacéutica ha supuesto además de un considerable ahorro (superior al 40% respecto al modelo anterior), el establecimiento de medidas encaminadas a la mejora del cuidado de los residentes en lo referente a su farmacoterapia.

Las responsables de enfermería de la Residencia Javalambre han venido solicitando desde el inicio del programa, la ampliación del mismo a la gestión de los productos sanitarios que siguen adquiriéndose en oficinas de farmacia mediante recetas del Salud.

Además, esta actividad viene recogida en la legislación:

- Ley 41/2006 de Garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios:

*Los servicios de farmacia de hospital están obligados a suministrar o a dispensar los medicamentos y productos sanitarios que se les soliciten en las condiciones legal y reglamentariamente establecidas.

*Para contribuir al uso racional, las unidades o servicios de farmacia hospitalaria, entre otras funciones, participarán y coordinarán la gestión de las compras de medicamentos y productos sanitarios del hospital a efectos de asegurar la eficiencia de la misma.

- Ley 4/1999 de Ordenación Farmacéutica para Aragón:

*Entre las funciones que debe desarrollar el servicio de farmacia se encuentra colaborar y asesorar en los temas de material sanitario.

*Son funciones del farmacéutico responsable de un depósito de medicamentos: garantizar y asumir la responsabilidad técnica, calidad, conservación correcta, cobertura de las necesidades, custodia, preparación de fórmulas magistrales y dispensación de los medicamentos y de los productos sanitarios de uso farmacéutico habitual, en aplicación dentro del centro y de los otros que exijan especial vigilancia, supervisión y control por parte del equipo multidisciplinario de atención a la salud.

Desde el Servicio de Farmacia del Hospital San José consideramos que el esfuerzo logístico que ello requeriría por nuestra parte, estaría justificado por la mejora de la gestión y el ahorro que se obtendría (estimado en torno al 35%).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La gestión de los productos sanitarios financiados redundará en una optimización del uso de los mismos.

Entre otras acciones se actualizará el protocolo de curas de heridas y úlceras por presión, determinándose los productos a utilizar y reduciendo así la variabilidad en la práctica clínica.

Teniendo en cuenta que el gasto en productos sanitarios adquiridos mediante receta del SALUD de la Residencia Javalambre durante el año 2012 fue de 63.231 euros, el ahorro anual estimado se sitúa, como mínimo, en torno a los 22.000 euros

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Determinación de los productos a adquirir: análisis de adquisiciones mediante recetas del SALUD durante el año anterior (tipo de producto y cantidad).

- Adaptación de los productos necesarios a los disponibles en el catálogo SERPA.
- Actualización de protocolos.
- Establecimiento de circuitos de petición-dispensación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.-Disminución de referencias (productos) adquiridas: (Referencias adquiridas 2º semestre 2013 por receta SALUD- Referencias adquiridas SERPA 2º semestre 2014)*100/ Referencias adquiridas 2º semestre 2013 por receta SALUD

2.-Ahorro económico:

(Importe adquisición productos sanitarios 2º semestre 2013-Importe adquisición productos sanitarios 2º semestre 2014)*100/ Importe adquisición productos sanitarios 2º semestre 2013

1. TÍTULO

GESTION DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS FINANCIADOS EN EL DEPOSITO DE MEDICAMENTOS DE LA RESIDENCIA JAVALAMBRE VINCULADO AL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL SAN JOSE

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto nace con vocación de que la actividad planificada permanezca en el tiempo.

Enero-marzo 2014: Actualización de protocolo de cuidado de úlceras; determinación de productos a adquirir.

Abril 2014: Adquisición de productos sanitarios (vía SERPA). Establecimiento de circuitos de solicitud-dispensación.

Mayo 2014: Inicio de dispensación de productos.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. En residencias

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

126

1. TÍTULO

HUMANIZACION EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO

2. RESPONSABLE MILAGROS DIAZ GARCIA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CSS SAN JOSE
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALMAZAN CALVE MARIA JESUS. TRABAJADOR/A SOCIAL. CSS SAN JOSE. TRABAJO SOCIAL-ATENCION AL USUARIO
- MONTERO CERCOS PURIFICACION. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- PON FLOR INMACULADA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. PALIATIVOS
- VICENTE ROMERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO Y RHB
- CASANOVA CASANOVA EVA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CSS SAN JOSE. ADMINISTRACION
- VIDAL SANZ ANA MARIA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. PALIATIVOS
- ALCAIRE GARRIDO INMACULADA. TER. CSS SAN JOSE. RAYOS X

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los cuidados son la esencia de todos recursos asistenciales, estos deberían estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y colaborar con el paciente a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración.

Por otra parte, los usuarios de los centros hospitalarios sienten la necesidad de que los cuidados sean significativos, donde el escuchar, la empatía y el afecto se consideren tan importantes como los aspectos técnicos del quehacer de todos los profesionales.

Sin embargo estos profesionales atendiendo a su propia categoría profesional y como una forma de sentirse valorados, han relacionado el cuidado, con el accionar cotidiano (técnicas) y consideran la tecnología como poder, orientando muchas veces su práctica diaria hacia lo técnico, distanciándose por tanto, de los valores más morales en su trabajo cotidiano así como del análisis crítico, de su realidad y la mantienen en una cómoda neutralidad en donde prevalece la rutinaria ejecución en cada procedimiento.

Todos los trabajadores sociosanitarios deben compartir un mismo rol sea cual sea su categoría en el ámbito sanitario y están llamados a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo.

Desde este punto de vista, los cuidados no solo requieren que el facultativo, la enfermera, técnicos, trabajadora social... sean científicos, docentes y clínicos, sino también, agentes humanitarios y morales, como copartícipes en las transacciones de cuidados humanos.

Es importante cambiar la visión global de los cuidados en los sistemas hospitalarios. Los cuidados desde una reflexión humanista deben adquirir una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos sus emociones en el proceso de su enfermedad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. A. Resultados asistenciales a partir de un enfoque de humanización de las Unidades son:

- Que durante su atención, a los pacientes les sean respetados sus derechos
- Que conozcan cuales son los deberes
- Que reciban la atención que la institución ofrece, sin discriminación, en un tiempo razonable, sin interrupciones y de acuerdo con su condición o enfermedad.
- Que la atención del paciente y su familia se realice de forma congruente con las características socioculturales individuales y consulte sus necesidades y expectativas sobre la atención.
- Que cada paciente reciba atención, cuidado y tratamiento de acuerdo con sus condiciones específicas de salud.
- Que el plan de cuidado y tratamiento sea recibido por el paciente bajo condiciones de seguridad, respeto a sus derechos, de manera informada, con acciones de educación sobre su enfermedad o condición de salud y con el propósito de obtener los resultados de la atención.
- Que se tenga en cuenta la necesidad de mantener los ejes de la acreditación en salud: seguridad de paciente, humanización de la atención, gestión de la tecnología y gestión del riesgo.

B. En el Abordaje transversal del tema de humanización, el listado resumen de los aspectos más relevantes de humanización en los que se va a incidir para lograr mejores resultados:

- * Garantizar los Derechos y deberes de los pacientes
- * Participación en investigaciones
- * Apoyo emocional al usuario y su familia
- * Análisis de gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y oferta de alternativas.
- * Actividades lúdicas
- * Apoyo espiritual
- * Consentimiento informado
- * Otros estándares a tener en cuenta son:
 - Examen en condiciones de privacidad tanto visual como auditiva
 - Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación
 - Confidencialidad de la información del usuario

1. TÍTULO**HUMANIZACION EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO**

- Se proveen elementos físicos (vestidos, batas) que garanticen la privacidad, el respeto de la desnudez y la dignidad de la persona.
- Horarios de visita que consulten las necesidades
- Acompañamiento al paciente en fase terminal y apoyo para el bien morir
- Desarrollo a todo el personal de habilidades de comunicación y dialogo y consideración al transmitir información dolorosa al paciente y sus familiares
- Manejo respetuoso de información entregada a medios de comunicación.
- Consideración en las vías de administración de medicamentos, procedimientos, tomas de muestras, considerando comodidad y dolor.
- Abordaje integral del manejo del dolor.
- Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables.
- Respeto al cadáver y apoyo emocional a familiares.
- Reducción de contaminación visual y promover condiciones de silencio.
- Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico.
- Abordaje respetuoso de tradiciones creencias y valores.
- Condiciones locativas y tecnológicas para reducción de espera.
- Orientación lúdica en hospitalizaciones prolongadas.

C. En cuanto a los aspectos de humanización para los profesionales sociosanitarios, se incluye un amplio marco de resultados que sin duda contribuirán a que las personas se sientan acogidas en el hospital y comprendidas en sus dificultades.

- Trato humano, cálido, cortés y respetuoso.
- Consideración del entorno personal y familiar.
- Análisis del panorama de riesgos.
- Medición de fatiga y stress laboral.
- Carga laboral, turnos y rotaciones.
- Ambiente de trabajo.
- Abordaje de la enfermedad profesional.
- Preparación para la jubilación y el retiro laboral.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La responsabilidad de abordar todos los estándares definidos en el punto anterior será de cada uno de los trabajadores del centro desde la dirección del mismo al resto de los integrantes de la plantilla orgánica.

Desde las distintas unidades de enfermería y desde el servicio de atención al usuario se trabajará tanto desde el punto de vista técnico como humano en el cuidado del paciente.

En las sesiones multidisciplinares se abordarán las posibles áreas de mejora en el campo de la humanización tanto desde el punto de vista de nuestros pacientes así como de los propios trabajadores.

De forma programada se realizarán seminarios de humanización para formar a los trabajadores en este campo.

Se realizarán también actividades formativas sobre habilidades de comunicación con los pacientes y cuidadores.

Se establecerán y reforzaran las alianzas externas con Asociaciones de enfermos sin ánimo de lucro.

Se establecerán programas lúdicos para favorecer la autoestima de los usuarios.

Se pondrán información en tableros de uso público a cerca de actividades a realizar en el centro.

Se realizarán talleres para cuidadores principales.

Se promoverán todas aquellas actividades e iniciativas de forma reglada que permitan hacer de nuestro centro un hospital más humanizado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Se realizarán encuestas de satisfacción una vez desarrollado el proyecto de Humanización en las Unidades de enfermería, para evaluar áreas de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El proyecto nace con la necesidad de obtener el mayor logro de resultados esperados y mantenerlos en el tiempo con el deseo de lograr un hospital más humanizado no sólo desde el punto de vista de atención al usuario sino también en el abordaje de la problemática de los trabajadores de la salud.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Una vez implantado .
Un año

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

126

HUMANIZACION EN UN HOSPITAL SOCIO SANITARIO

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. HUMANIZACION

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

263

1. TÍTULO

"MEJORA DEL CONTROL FÍSICO Y EMOCIONAL EN UNA UNIDAD DE PALIATIVOS Y CONVALECENCIA MEDIANTE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN VIRTUAL" (CONTINUACIÓN, PARTE 2)

2. RESPONSABLE MERCEDES FORCANO GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CSS SAN JOSE
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA. FISIOTERAPEUTA. CSS SAN JOSE. REHABILITACION
- MANZANO HERNANDEZ PILAR. FISIOTERAPEUTA. .
- TORRES ARANDA BEATRIZ. FISIOTERAPEUTA. CSS SAN JOSE. REHABILITACION
- GIL GOMEZ JOSE ANTONIO. INGENIERO/A. UNIVERSIDAD POLITECNICA DE VALENCIA. INFORMÁTICA
- SANCHIS CANO ANGEL. INGENIERO/A. UNIVERSIDAD POLITECNICA DE VALENCIA. INFORMÁTICA
- ALBIOL PEREZ SERGIO. INGENIERO/A. UNIVERSIDAD POLITECNICA DE VALENCIA. INFORMÁTICA
- GIL GOMEZ HERMENEGILDO. INGENIERO/A. UNIVERSIDAD POLITECNICA DE VALENCIA. INFORMÁTICA
- LOZANO QUILLIS JOSE ANTONIO. INFORMÁTICO/A. UNIVERSIDAD POLITECNICA DE VALENCIA. INFORMÁTICA
- PASTOR MONTAÑO MARIA ANGELES. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CSS SAN JOSE. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el presente proyecto se pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes de una unidad de paliativos y convalecencia mediante la mejora del control físico y emocional por medio de técnicas de realidad virtual.

Es habitual encontrar en pacientes con enfermedades avanzadas falta de motivación, depresión, pasividad, ansiedad y dificultad de adaptación a la situación en la que se encuentran. En el ámbito de la medicina es conocido que mediante técnicas de relajación y visualización es posible mejorar el bienestar físico y psíquico del paciente, ayudándole en el control corporal y emocional, mejorando así la forma en la que el paciente se enfrenta a la enfermedad, no obstante este tipo de técnicas requieren mucha dedicación individual para ser enseñadas y para habituar al paciente trabajar con ellas, lo que no se pueden permitir la mayoría de centros por falta de recursos humanos y de financiación. En este contexto los nuevos avances técnicos y los dispositivos multimedia que han aparecido recientemente (tablets, smartphones, ...) ofrecen la posibilidad de aplicar este tipo de técnicas mediante entornos virtuales diseñados para este fin.

Para llevar a cabo el objetivo que persigue este proyecto se pretende desarrollar una aplicación para tablet en la que se puedan integrar diferentes paseos virtuales dirigidos en los que los pacientes puedan relajarse a través de una serie de estímulos visuales y auditivos controlados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1. Reunión del equipo multidisciplinar integrado por sanitarios e ingenieros, de forma trimestral en Teruel, para definir las características de la aplicación informática y perfilar problemas en su desarrollo.

2. Diseño de herramientas para el trabajo: escala de usabilidad de la aplicación (SEQ); elección del sistema operativo para trabajar; tipo de tablets que permitan la aplicación; controles táctiles, brújula, voz, etc..

3. Entrenamiento del personal sanitario en técnicas de relajación física y mental, para poder guiar a los pacientes en su realización.

4. Aplicación de técnicas de relajación "tradicional" en pacientes ingresados y de Hospital de Día, a un total de 35 pacientes, objetivándose mejoría en bienestar, sensación de control y relajación. La opinión de los pacientes en un 93% de los casos ha sido muy satisfactoria.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Diseñar por el equipo la aplicación definitiva, integrarla en las tablets y aplicarla a pacientes en situación de enfermedad crónica y enfermedad terminal.

2. Mejorar la sensación de bienestar, control físico y emocional, y en definitiva, la calidad de vida de los pacientes en fases finales de la vida. Capacitarles en la realización de técnicas de relajación sencillas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Finalizar la aplicación informática por el equipo de ingenieros, e integrar los sistemas táctiles, giratorios, voz, cámara, brújula...

2. Realizar las grabaciones de voz por el equipo de fisioterapeutas, desarrollando diversas sesiones de relajación para integrar.

3. Adquirir las tablets que permitan integrar la aplicación y visualizarla.

4. Aplicar el programa a pacientes del Hospital San José y analizar la usabilidad, problemas técnicos y adaptaciones de mejora.

5. Ampliar el programa con otras grabaciones útiles en afrontamiento de enfermedad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Número de pacientes que realizan el programa de relajación virtual /pacientes ingresados

-Nº pacientes que puntúan favorable la escala de satisfacción/ total de pacientes del programa

-Tiempo total empleado en enseñar el manejo de la aplicación/ tiempo total que supondría en nº de sesiones de FT

-Número de pacientes que abandonan el programa/nº de pacientes incluidos en programa

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -ABRIL-JULIO: finalizar diseño de la aplicación informática

-JULIO-SEPTIEMBRE: pruebas, manejo de la aplicación por los profesionales, pacientes piloto

-OCTUBRE-MARZO: realización del programa de relajación virtual en pacientes

-ABRIL: análisis de resultados

11. OBSERVACIONES. ESTE PROYECTO QUEDARÁ SUPEDITADO A LA POSIBILIDAD DE FINANCIAR LA ADQUISICIÓN DE 5 TABLETS

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

263

"MEJORA DEL CONTROL FÍSICO Y EMOCIONAL EN UNA UNIDAD DE PALIATIVOS Y CONVALECENCIA MEDIANTE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN VIRTUAL" (CONTINUACIÓN, PARTE 2)

PARA PODER INTEGRAR LA APLICACIÓN INFORMÁTICA.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. SALUD INTEGRAL

OTRA PALABRA CLAVE 2. DEPENDENCIA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 2 Poco |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

018

CONSULTA DE APOYO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN LA RESIDENCIA JAVALAMBRE DEL IASS. UNA EXPERIENCIA DE COLABORACION ENTRE INSTITUCIONES**2. RESPONSABLE** RAFAEL GOMEZ NAVARRO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CSS SAN JOSE
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FORCANO GARCIA MERCEDES. GERIATRA. CSS SAN JOSE. HOSPITALIZACION
- MUÑOZ OBON FRANCISCO. ENFERMERO/A. RM JAVALAMBRE (IASS). DIRECCION
- CASTELLOTE GARCIA ANA. ENFERMERO/A. RM JAVALAMBRE (IASS). DIRECCION
- RAMON ALONSO ESPERANZA. MEDICO/A. RM JAVALAMBRE (IASS). SERVICIO MEDICO
- MARTINEZ LAFUENTE BELEN. MEDICO/A. RM JAVALAMBRE (IASS). SERVICIO MEDICO
- ESCUSA MATAMALA JOSE LUIS. MEDICO/A. RM JAVALAMBRE (IASS). SERVICIO MEDICO
- TRASOBARES ALCOCER MERCEDES. MEDICO/A. RM JAVALAMBRE (IASS). SERVICIO MEDICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La dependencia institucional del Hospital San José (HSJ) de Teruel pasó el año 2001 a la Diputación General de Aragón reorganizándose en los años sucesivos como Hospital Socio-sanitario, funcionando como tal desde 2003. Actualmente forma parte de la red de hospitales públicos del Servicio Aragonés de SALUD y pertenece al Sector Sanitario de Teruel.

El dispositivo asistencial de Atención Socio Sanitario del Sector Teruel es el Hospital San José; dispone de 48 plazas de hospitalización que incluyen atención geriátrica (prestando cuidados en estancia de agudos y de convalecencia en fase subaguda de la enfermedad), crónico-dependientes y cuidados paliativos.

El Hospital de Día con 15 plazas presta cuidados continuados y coordinados para asegurar la readaptación y mantenimiento de la independencia de las actividades básicas, a través de los Servicios de Rehabilitación, Terapia Ocupacional, Unidad de Valoración de Geriátrica, Unidad de Trabajo Social.

El acceso a nuestros recursos se realiza a través de un "protocolo de derivación" establecido entre los diferentes niveles asistenciales o mediante el informe correspondiente de la Unidad de Valoración Socio Sanitaria, realizados en el domicilio del paciente o en los diferentes servicios/unidades del Hospital General del Sector.

Por otro lado, el HSJ participa en el Plan de Mejora de la Atención Farmacéutica en Centros Sociosanitarios que tiene como objetivo mejorar la atención farmacoterapéutica de las personas atendidas en los centros sociosanitarios de titularidad pública de Aragón.

En el seno de este Plan se inició la colaboración entre el HSJ y la Residencia Javalambre (RJ) en enero de 2010.

La experiencia acumulada en estos años nos ha permitido advertir otras posibilidades de colaboración entre ambas instituciones que tengan como objeto fundamental una mejora constante del servicio que prestamos a los ciudadanos de nuestra área de influencia.

En esa línea pusimos en marcha este nuevo proyecto de colaboración clínica y asistencial entre ambos centros, que se concretó con la firma de un acuerdo de colaboración entre ambas Direcciones en octubre de 2012.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Pretendemos mejorar la calidad en relación con los siguientes objetivos:**OBJETIVO GENERAL**

Crear un marco de trabajo compartido que mejore la coordinación entre las dos instituciones y favorezca el manejo adecuado de patologías prevalentes en los residentes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Valoración geriátrica integral de los residentes con sospecha de deterioro cognitivo con el objetivo de filiar el mismo. Ajuste farmacológico de los pacientes geriátricos con demencia.
2. Valoración de los residentes candidatos a ingreso programado en HSJ sin paso previo por Urgencias.
3. Valoración y asesoría geriátrica de los pacientes ingresados en la enfermería
4. Colaborar en una mejor y mas eficiente canalización de las demandas de interconsultas o pruebas complementarias
5. Colaborar en una mejor y mas eficiente canalización de las demandas de prestaciones ortorpotésicas y dietoterápicas.
6. Colaborar en actividades de formación al personal sanitario en patologías prevalentes en los residentes.
7. Impulsar la puesta en marcha de proyectos de investigación conjuntos que se consideren de interés.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La responsabilidad de la asistencia a los residentes corresponde de una

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

018

CONSULTA DE APOYO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN LA RESIDENCIA JAVALAMBRE DEL IASS. UNA EXPERIENCIA DE COLABORACION ENTRE INSTITUCIONES

manera indelegable a los servicios médicos de la Residencia Javalambre (RJ).

En este escenario se propone la figura de un Geriatra que actúe como consultor y por lo tanto única y exclusivamente a petición del facultativo responsable del residente. Lo más deseable sería que esta valoración se realizara de una forma conjunta entre el Geriatra y el médico responsable del paciente en la RJ.

No se contempla intervenciones del Geriatra a demanda de los familiares ni de cualquier otro personal de la RJ. Del mismo modo, los responsables de facilitar información a la familia serán los sanitarios de la RJ.

La presencia del Geriatra del HSJ en la RJ tendrá lugar una día a la semana y se decidirá de manera consensuada contemplando la dinámica de trabajo de ambas instituciones, para concretar fechas y horarios.

Corresponderá al personal de la RJ toda la gestión de las citas, acompañar a los pacientes a la consulta, aportar la documentación clínica y cualquier gestión administrativa que se derive de la misma.

El número máximo de pacientes que podrán ser citados en la consulta será determinado por la Geriatra del HSJ.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Todos estos indicadores se evaluarán trimestralmente durante el año 2014

- 2.- Nº de residentes valorados durante el año
- 3.- (Residentes valorados/total residentes) x 100
- 4.- Nº total de intervenciones (n)
- 5.- Nº de primeras consultas (n)
- 6.- Nº de consultas de revisión (n)
- 7.- Índice sucesivas/primeras
- 8.- Motivo de la consulta (nº y % sobre la totalidad)

- Consulta clínica
- Pruebas diagnósticas
- Nutrición
- Ortoprótesis
- Traslado a otro centro
- Valoración Geriátrica Integral

- 9.- Sexo del residente (%)
- 10.- Edad del residente x ± DE
- 11.- Lugar de la intervención:

- Consulta (n y %)
- Enfermería (n y %)

- 12.- Nº de pacientes derivados para ingreso en HSJ

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto nace con vocación de que la actividad planificada permanezca en el tiempo.

A corto plazo nos planteamos una evaluación de los resultados asistenciales obtenidos durante el año 2014.

- 11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. En residencias

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. COORDINACION
OTRA PALABRA CLAVE 2. PACIENTE GERIATRICO
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- 1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho
- 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 3 Bastante
- 3. Mejorar utilización de recursos. 4 Mucho
- 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
- 5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

350

1. TÍTULO

MEJORA DE LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS EN LOS PACIENTES ANCIANOS CON CÁNCERES DIGESTIVOS.

2. RESPONSABLE PALOMA GONZALEZ GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CSS SAN JOSE
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- THOMSON LLISTERRI CONCHA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SECCION DE DIGESTIVO
- SOLSONA FERNANDEZ SOFIA. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- MINGUILLON SERRANO ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO CIRUGIA GENERAL
- UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APTO DIGESTIVO
- LARA DORINGA RICARDO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA
- MUNIESA SORIANO JOSE ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANATOMIA PATOLOGICA
- LAZARO MAISANAVA JOSE MIGUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. • Los procesos oncológicos tienen mayor incidencia y riesgo de mortalidad en los ancianos, en comparación con los individuos menores de 65 años.

- Se ha demostrado que los ancianos son infradiagnosticados e infratratados en mayor proporción que los pacientes jóvenes.
- La población anciana, además de numerosa, es muy heterogénea, con respuesta variable a los tratamientos, más relacionada con la edad funcional que con la cronológica.
- Los índices utilizados en Oncología para valoración funcional y pronóstica (Karnofsky y ECOG) sobreestiman el riesgo de toxicidad en el caso de los ancianos, y no reflejan la situación funcional real.
- La valoración geriátrica integral (VGI) permite identificar, clasificar y tratar los déficits de salud física, funcional, mental y social del anciano, ayudando a valorar la relación riesgo/beneficio del tratamiento del proceso oncológico en cada caso.
- La VGI ha demostrado ser más sensible que la opinión del médico de cabecera a la hora de clasificar a los pacientes como frágiles o vulnerables, y detecta a más ancianos no candidatos a QT.
- Dificultad de comunicación entre profesionales de distintos servicios, dentro del mismo nivel asistencial.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Facilitar la toma de decisiones terapéuticas en el caso de pacientes ancianos diagnosticados de procesos oncológicos.

- Estratificar a los pacientes ancianos con procesos oncológicos en: aptos para tratamiento, candidatos a tratamiento adaptado, candidatos a tratamiento sintomático (modelo de Balducci).
- Mejorar la situación de los pacientes ancianos diagnosticados de procesos oncológicos con comorbilidad mejorable y/o déficit reversible, reevaluando su indicación terapéutica en un 2º tiempo.
- Asegurar el tratamiento sintomático a lo largo del proceso de los pacientes frágiles y/o paliativos.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales de distintos servicios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Valoración integral por parte de Geriatria de los pacientes mayores de 79 años diagnosticados de procesos oncológicos, analizando la situación funcional, nutricional, mental, psicológica y social, así como el grado de comorbilidad.

2. Clasificación de los ancianos mayores de 79 años diagnosticados de procesos oncológicos en:

- a. Aptos para tratamiento: ancianos autónomos para las actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales) y sin comorbilidad. En su caso el tratamiento será igual que el de un paciente joven.
 - b. Prefrágiles: dependientes en una o más actividades instrumentales de la vida diaria, o con 3 ó más comorbilidades. Si los déficits se pueden revertir, se hará así y se tratará al paciente como un joven. Si los déficits son irreversibles se adaptará el tratamiento.
 - c. Frágiles: dependientes para una o más actividades básicas de la vida diaria, con comorbilidad severa o con síndromes geriátricos. En este caso el tratamiento será sintomático.
3. Participación del especialista en Geriatria en el Comité de Tumores Digestivos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • N° de pacientes =80 años diagnosticados de Tumores Digestivos que tienen realizada una valoración geriátrica integral (>80%).

Revisión de las Actas de la Comisión de Tumores Digestivos

Monitorizar con el Registro de Tumores.

Incluir la valoración geriátrica en el HP doctor.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Revisión de la bibliografía, elaboración y divulgación del protocolo: abril-junio de 2014.

- Experiencia piloto: participación en la comisión de tumores: mayo-septiembre de 2014.
- Puesta en marcha del proyecto: a partir de octubre de 2014.
- Revisión: octubre de 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

350

MEJORA DE LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS EN LOS PACIENTES ANCIANOS CON CÁNCERES DIGESTIVOS.

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

110

UTILIZACIÓN DE LOS CRITERIOS STOPP/START PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PREDICTIVOS.**2. RESPONSABLE** JULIA HERNANDEZ MARTIN

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro CSS SAN JOSE
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CORREA BALLESTER MARTA. FARMACEUTICO/A. CSS SAN JOSE. FARMACIA
- VIAL ESCOLANO RAQUEL. GERIATRA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- PAZ MALAGON VICTORIANO. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. MEDICINA INTERNA
- QUILTZ SALAS NURIA. GERIATRA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- GOMEZ NAVARRO RAFAEL. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. DIRECCION
- ASENSIO GIMENEZ ALFREDO. AUXILIAR DE FARMACIA. CSS SAN JOSE. FARMACIA
- MARTINEZ ALMAZAN MIGUEL ANGEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CSS SAN JOSE. FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes mayores de 65 años son proclives a sufrir prescripciones inadecuadas. La polimedicación, la gran carga de morbilidad y las continuas transiciones asistenciales aumentan dicho riesgo.

Un seguimiento activo del tratamiento en pacientes ancianos permite reducir la polimedicación en más de la mitad de los fármacos prescritos, con mejoría del estado cognitivo y de salud global del paciente. Las intervenciones farmacéuticas durante la validación de tratamientos han demostrado que ayudan a disminuir el número total de fármacos inadecuados, el número de dosis y potencian la adherencia.

Para medir la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes mayores existen múltiples métodos. Entre ellos, los criterios STOPP/START (Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tools to Alert doctors to the Right, i.e. appropriate, indicated Treatment) que han sido aplicados y validados en pacientes hospitalizados, en residencias geriátricas, consultas externas y atención primaria.

La prescripción inadecuada en el paciente anciano se ha asociado con diferentes factores. Polimedicación, sexo femenino, edad, comorbilidades, lugar de residencia o depresión, son algunos de ellos, aunque no son significativos en todos los estudios.

Conocer los factores predictivos de prescripciones inadecuadas en nuestro ámbito nos permitirá seleccionar aquellos pacientes que más pueden beneficiarse de la utilización de los criterios Stopp-Start durante el seguimiento farmacoterapéutico y la validación del tratamiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal: Disminuir las prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) en los pacientes mayores pluripatológicos ingresados en nuestro hospital utilizando los criterios stopp-start. Objetivo secundario: Identificar factores predictivos de prescripciones potencialmente inadecuadas según los criterios Stopp/Start en pacientes mayores pluripatológicos ingresados en el hospital.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. DISEÑO: Estudio prospectivo en pacientes mayores de 64 años pluripatológicos (según la clasificación de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía publicado en el 2007) que ingresan en el hospital.

FACTORES PREDICTIVOS A EVALUAR: Edad; Sexo; Servicio de ingreso: agudos, rehabilitación, convalecencia; Procedencia: hospital de agudos, urgencias, convalecencia; N° principios activos prescritos

PLAN DE TRABAJO: La validación farmacéutica del tratamiento habitual se complementará con la valoración del mismo utilizando los criterios Stopp/Start en los pacientes mayores de 64 años pluripatológicos. Los criterios no cumplidos se comunicarán al médico mediante el programa de prescripción electrónica para que valore la modificación del tratamiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Prevalencia de PPI: N° total de PPI/N° total de pacientes analizados
Reducción del número de prescripciones inadecuadas: N° total de PPI antes de la validación-N°total de PPI después de la validación/ N° total de PPI antes de la validación*100

PPI por sexo:

N° total de PPI en mujeres/N° total de mujeres

N° total de PPI en hombres/N° total de hombres

PPI por edad:

N° total de PPI en pacientes con 65-74 años/N° total de pacientes con 65-74 años

N° total de PPI en pacientes con 75-84 años/N° total de pacientes con 75-84 años

N° total de PPI en pacientes con =85 años/N° total de pacientes con =85 años

PPI por servicio de ingreso:

N° total de PPI en pacientes en agudos/N° total de pacientes en agudos

N° total de PPI en pacientes de rehabilitación/N° total de pacientes en rehabilitación

N° total de PPI en pacientes en convalecencia/N° total de pacientes en convalecencia

PPI por procedencia:

N° total de PPI en pacientes procedentes de hospital de agudos/N° total de pacientes procedentes de hospital de agudos

N° total de PPI en pacientes procedentes de urgencias/N° total de pacientes procedentes de urgencias

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

110

UTILIZACIÓN DE LOS CRITERIOS STOPP/START PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PREDICTIVOS.

Nº total de PPI en pacientes procedentes de CCEE/Nº total de pacientes procedentes de CCEE
PPI por número de principios activos (p.a):
Nº total de PPI en pacientes con 5 o menos p.a/Nº total de pacientes con 5 o menos p.a
Nº total de PPI en pacientes con 6-10 p.a/Nº total de pacientes con 6-10 p.a
Nº total de PPI en pacientes con =11 p.a/Nº total de pacientes con =11 p.a

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Recogida datos: abril-septiembre 2014

Análisis datos: septiembre 2014-diciembre 2014

A partir de 2015 se podrá priorizar el uso de los criterios Stopp-Start durante la validación del tratamiento en aquellos pacientes con un mayor riesgo de prescripciones inadecuadas.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PLURIPATOLÓGICOS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PLURIPATOLÓGICO

OTRA PALABRA CLAVE 2. PRESCRIPCIÓN INADECUADA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | | |
|--|---|----------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 | Bastante |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 3 | Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 2 | Poco |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 2 | Poco |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 | Bastante |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

268

1. TÍTULO

EL METODO PERFETTI A TRAVES DE UN SISTEMA NUEVO DE REHABILITACION VIRTUAL MOTORA FINA ("VPREHAB") EN ANCIANOS QUE HAN PRESENTADO ACVA

2. RESPONSABLE MARIA TERESA MUÑOZ TOMAS
- Profesión FISIOTERAPEUTA
 - Centro CSS SAN JOSE
 - Localidad TERUEL
 - Servicio/Unidad .. REHABILITACION
 - Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MANZANO HERNANDEZ PILAR. FISIOTERAPEUTA. .
 - TORRES ARANDA BEATRIZ. FISIOTERAPEUTA. CSS SAN JOSE. REHABILITACION
 - VIAL ESCOLANO RAQUEL. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
 - ALBIOL PEREZ SERGIO. INFORMatico/A. UNIVERSIDAD POLITECNICA DE ZARAGOZA. INFORMATICA
 - PEDRO ROMERO FRANCISCO. INGENIERO/A. UNIVERSIDAD POLITECNICA DE ZARAGOZA. INFORMATICA
 - RODRIGUEZ CABREJAS MINERVA. INFORMatico/A. UNIVERSIDAD POLITECNICA DE ZARAGOZA. INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los pacientes con afectación de extremidades superiores tras ACVA, la pérdida de funcionalidad y la espasticidad del miembro generan una dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Esta afectación se rehabilita de forma tradicional mediante técnicas de reeducación motora que en ocasiones resultan ser repetitivas, aburridas para el paciente y sin objetivos precisos y medibles, originando una disminución de la motivación y falta de adherencia al tratamiento. La Rehabilitación Virtual Motora Fina es un método empleado cada vez más en la rehabilitación de estas patologías, permitiendo individualizar tratamientos, facilitar la motivación y aprendizaje y posibilitando la monitorización del mismo.

Este proyecto pretende diseñar y validar un demostrador tecnológico innovador: "VPREHAB", en colaboración con la Universidad Politécnica de Zaragoza y Valencia y el Hospital San José, que emule los ejercicios cognoscitivos de la técnica Perfetti para aplicar en ejercicios de extremidad superior.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
1. Diseñar una aplicación informática que permita trabajar la técnica Perfetti en pacientes ancianos con afectación de extremidad superior tras ACVA.
 2. Mejorar las técnicas de rehabilitación tradicional, asociando técnicas de realidad virtual que amplían el potencial de trabajo en estos pacientes
 3. Mejorar la motivación, implicación y satisfacción de los pacientes a las técnicas de rehabilitación
 4. Individualizar los tratamientos y posibilitar medición de resultados
 5. Disminuir el tiempo de dedicación del personal fisioterapeuta, permitiendo entornos virtuales de trabajo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. Diseño de la aplicación informática por el equipo multidisciplinar. Reuniones conjuntas para valorar aspectos de la técnica Perfetti.
 2. Diseño del trabajo, grupo de pacientes caso-control, criterios de inclusión y exclusión, tiempo de aprendizaje, duración de la herramienta, test al inicio y final del programa...
 3. Aplicación de la herramienta en pacientes con afectación de EESS
 4. Análisis de la aplicación, usabilidad, problemas de trabajo, etc....

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº pacientes incluidos en programa/ nº de pacientes total con afectación de EESS tras ACVA
- N pacientes que abandonan el programa/ nº pacientes incluidos en programa
 - Nº pacientes que realizan escala de usabilidad /nº pacientes incluidos en programa

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -ABRIL-SEPTIEMBRE: desarrollo de la herramienta informática
- SEPTIEMBRE-MARZO: iniciar la aplicación de la herramienta en pacientes con afectación de EESS
 - ABRIL: análisis de resultados

11. OBSERVACIONES. ESTE PROYECTO QUEDARÁ SUPEDITADO A LA ADQUISICIÓN DE 2 TABLETS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ, QUE PERMITAN INSTALAR LA HERRAMIENTA DESARROLLADA.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACV / AIT

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. AUTONOMÍA

OTRA PALABRA CLAVE 2. REHABILITACIÓN

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|---------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 1 Nada |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 2 Poco |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |

1. TÍTULO

EL METODO PERFETTI A TRAVES DE UN SISTEMA NUEVO DE REHABILITACION VIRTUAL MOTORA FINA ("VPREHAB") EN ANCIANOS QUE HAN PRESENTADO ACVA

5. Atender expectativas de los profesionales. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

191

ARTE TERAPEUTICO PARTE II

2. RESPONSABLE ISABEL ALPUENTE ZORRAQUINO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- MATEO LATORRE RAQUEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. UNIDAD POLIVALENTE
- IZQUIERDO FORTEA IRENE. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- MARQUES ESTEBAN CARMEN. TCAE. H OBISPO POLANCO. UNIDAD POLIVALENTE
- GRACIA TORRALBA LORENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- CABALLERO PEREZ VICTORIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- MARTIN RUIZ NURIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL PROYECTO ARTE TERAPÉUTICO PARTE II PRETENDE CREAR UN ESPACIO AGRADABLE PARA LOS NIÑOS EN ÁREAS DE CONSULTA ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO. VOLVIENDO A SER INICIATIVA DEL PERSONAL DE LA PLANTA LA DECORACIÓN DE CONSULTA A TRAVÉS DE LA REALIZACIÓN DE MURALES CON MOTIVOS INFANTILES.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. EL ANTERIOR PROYECTO "ARTE TERAPÉUTICO EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA" TERMINÓ CON ALTO GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL QUE PARTICIPÓ EN SU REALIZACIÓN. SE OBTUVO UNA PARTICIPACIÓN MAYOR AL 85% PESE AL PERIODO VACACIONAL EN EL QUE FUE LLEVADO A CABO. EL PROYECTO SE TERMINÓ EN SU TOTALIDAD CON EL 100% DE M2 PINTADOS.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -PROVOCAR UN IMPACTO POSITIVO DURANTE LA ESTANCIA DE LOS NIÑOS EN CONSULTA. -AMORTIGUAR EL MIEDO DE LOS MÁS PEQUEÑOS DURANTE LA EXPLORACIÓN EN CONSULTA. -PROMOVER LA MEJORA DE LAS RELACIONES ENTRE EL PERSONAL MEDIANTE TRABAJO EN EQUIPO.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. EL PROYECTO ES INICIATIVA DEL PERSONAL Y LA REALIZACIÓN DEL MISMO SERÁ DE FORMA VOLUNTARIA Y ALTRUISTA.

EL DISEÑO ELEGIDO POR MAYORÍA DEBERÁ SER LIGERO, NADA CARGANTE, CON TRAZOS SENCILLOS Y TEMÁTICA DE JUEGOS INFANTILES.

CON COSTE CERO Y APROVECHAMIENTO DE MATERIAL ADQUIRIDO EN EL ANTERIOR PROYECTO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. NIVEL DE PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL QUE FORMA PARTE DE LA INICIATIVA. % DE M2 PINTADOS UNA VEZ ELEGIDO EL DISEÑO.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DURACIÓN APROXIMADA UN MES.

DEBIDO AL ESPACIO ELEGIDO TENDRÍA QUE REALIZARSE EN FINES DE SEMANA PARA NO INTERRUMPIR EL RITMO DE CONSULTA.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PATOLOGÍAS PEDIÁTRICAS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 2 Poco |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 2 Poco |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

204

1. TÍTULO

APLICACION DEL PROTOCOLO ARAGONES DE HEMORRAGIA POSTPARTO: RESULTADOS PROSPECTIVOS DEL MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BERNAL ARAHAL
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H OBISPO POLANCO
 - Localidad TERUEL
 - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GARCES VALENZUELA MARTA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - DOMINGO BARRADO ISABEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - SPINOSO CRUZ VICENTE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - TREGON MARTIN PILAR. MATRONA. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - PEREZ PEREZ ROSA MARIA. MATRONA. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - MOZAS MUÑOZ PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - PEREZ GARGALLO CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea, aunque puede ser redefinida como cualquier pérdida hemática que cause inestabilidad hemodinámica materna. La hemorragia postparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave. Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía. El diagnóstico es clínico y el tratamiento ha de abarcar unas medidas generales de soporte vital y otras más específicas de carácter etiológico. Afortunadamente, es potencialmente evitable en la mayoría de los casos si se sigue una adecuada estrategia de prevención activa y sistemática en la fase de alumbramiento de todos los partos. Con motivo de seguir criterios uniformes, revisados y actualizados, se ha desarrollado en Aragón el protocolo de manejo de la hemorragia postparto, en el que han colaborado todos los hospitales aragoneses en los que se realiza atención obstétrica. El proyecto pretende evaluar sus resultados en la primera etapa, que es la de mayor importancia, la prevención.

Definimos el manejo activo del parto como la administración de los siguientes oxitotóxicos desde la salida del recién nacido hasta el alumbramiento:

- Parto vaginal: 10 UI oxicitocina en 500 ml cristaloides a 180 ml/h o 10 UI IM + 600 microgr de misoprostol rectal (uso compasivo)
- Mantenimiento :120 ml/h durante 2 horas.
- Cesárea: 20 UI en 500 ml de cristaloides a 180 ml/h + 600 microgr misoprostol rectal (uso compasivo). Mantenimiento: 120 ml/h durante 2 horas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actividad de mejora pendiente de inicio. No se dispone de datos en el momento de la propuesta de plan de mejora de calidad.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminuir la incidencia de hemorragia postparto y sus complicaciones.

- Implantación del protocolo consensuada por todo el personal implicado.
- Instaurar el manejo activo del tercer periodo del parto en nuestro centro.
- Mejorar los niveles de hemoglobina y hematocrito en el puerperio.
- Disminuir la necesidad de hierro intravenoso y transfusión sanguínea

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Evaluación del manejo actual de la hemorragia postparto, de forma retrospectiva, en los 3 meses anteriores al estudio

- Desarrollo de un curso teórico/ práctico de hemorragia postparto, dirigido a los diferentes servicios implicados: ginecólogos, matronas, enfermeras y anestesiólogos
- Instauración del protocolo de hemorragia postparto, unificando criterios y actuaciones.
- Evaluación de los resultados obtenidos tras la instauración del protocolo, de forma prospectiva, en los siguientes 3 meses.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Evaluación de los asistentes al curso mediante preguntas tipo test

- antes y después de la realización del curso teórico práctico.
- Encuesta de satisfacción de los asistentes tras la finalización del curso.
- Instauración del protocolo y evaluación del mismo mediante los siguientes indicadores:
 - o Porcentaje de partos/ cesáreas en las que se manejó el alumbramiento de forma activa según protocolo.
 - o Incidencia de hemorragia postparto. Medidas adicionales requeridas.
 - o Hemoglobina y hematocrito en puerperio inmediato
 - o Incidencia de alumbramiento manual de placenta

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

204

APLICACION DEL PROTOCOLO ARAGONES DE HEMORRAGIA POSTPARTO: RESULTADOS PROSPECTIVOS DEL MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO

- o Incidencia de retención de restos ovulares que requiera tratamiento médico o quirúrgico.
- o Necesidad de hierro intravenoso.
- o Necesidad de transfusión sanguínea.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Recogida de datos previos a la instauración del protocolo (junio-julio- agosto)

- Realización del curso de formación, a todo el personal implicado, idealmente en grupos reducidos (Ginecólogos, Matronas, Enfermeras y Anestesiastas) (Septiembre)
- Recogida prospectiva de resultados tras el establecimiento del protocolo (Octubre - Noviembre - Diciembre

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

167

IMPACTO DE LA REALIZACION DE ENTRENAMIENTO AUTOGENO DE SCHULTZE SOBRE LA SALUD DE LOS PACIENTES EN UNA UCE DE PSIQUIATRIA

2. RESPONSABLE MIGUEL BLASCO MAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SIMON SIMON CONSUELO PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. UCE PSIQUIATRIA
· PEIRO HINOJOSA FRANCISCA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. UCE PSIQUIATRIA
· BELENCHON PEREZ FLORA. TCAE. H OBISPO POLANCO. UCE PSIQUIATRIA
· CASADO SANCHEZ MARIA DEL CARMEN. TCAE. H OBISPO POLANCO. UCE PSIQUIATRIA
· BLAZQUEZ SUCH DOMINGO. CELADOR/A. H OBISPO POLANCO. UCE PSIQUIATRIA
· SIMON SIMON ROSALIA. CELADOR/A. H OBISPO POLANCO. UCE PSIQUIATRIA
· LAFUENTE CASANOVA OSCAR. MEDICO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. ULE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Evaluar la reducción del stress y la ansiedad así como la mejoría subjetiva y objetiva de bienestar en el paciente psiquiatrico agudo, mediante la práctica continuada de un método inocuo de relajación

(entrenamiento autógeno de Schulte) sin coste economico adicional.

Se evaluara mediante

- 1) la realización de un Test de Hamilton pre y post entrenamiento.
- 2) La realización del cuestionario de Oviedo para evaluar reducción del insomnio si lo hay.
- 3) los registros de la necesidad de medicación ansiolítica e hipnotica en los pacientes.
- 4)La duración del ingreso en dichos pacientes

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En nuestra UCE ya se viene haciendo esta práctica de forma no reglada, pero se e tiene la impresión de que este entrenamiento, en general favorece el estado de bienestar de los pacientes, reduciendo la ansiedad y los costes farmaceuticos relacionados con la misma, pero no se ha realizado un estudio controlado al respecto.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) Constatar la reducción de la ansiedad y aumento del bienestar de los pacientes que se adhieran al método de una forma pautada .

2) Constatar la disminución del gasto farmaceutico en ansiolíticos e hipnóticos en dichos pacientes.

3) Comprobar si se reduce el número de días de ingreso en estos pacientes respecto a los que no se adhieren al entrenamiento o incluso a si mismos en ingresos anteriores.

4) Fomentar en el paciente su implicación en la resolución de los síntomas, en lugar de buscar soluciones farmacologicas.

5) Que los pacientes adquieran el hábito y sigan realizando estos autocuidados de forma cotidiana tras el alta.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realización de una sesión entrenamiento autogeno de Schultze durante 30 minutos diarios en los pacientes que se quieran adherir a esta práctica y durante el tiempo que dure su ingreso.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Escala de ansiedad de Hamilton

- Cuestionario de oviedo
- Registros de consumo de Ansiolíticos e hipnóticos
- Dias de duración del ingreso

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Durante los meses de Mayo, Junio, Septiembre, Octubre y Noviembre. de 2014

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

339

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA DIGESTIVA A CONSULTA EXTERNA

2. RESPONSABLE TERESA BOTELLA ESTEBAN

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- THOMSON LLISTERRI CONCHA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SECCION DIGESTIVO
- ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SECCION DIGESTIVO
- GARZA TRASOBARES EMILIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SECCION DIGESTIVO
- PASTOR PEREZ MARIA JOSE. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H OBISPO POLANCO. SECCION DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Existe una clara tendencia actual a la atención ambulatoria de los procesos patológicos en detrimento de la hospitalización. Esto conlleva un aumento de la demanda de consultas de Atención Especializada con aparición de demoras excesivas con lo que ello supone de pérdida en la calidad de la asistencia. No se deben escatimar esfuerzos para facilitar el buen funcionamiento de las consultas externas. En nuestra Unidad y con ese objetivo se han realizado algunas mejoras como han sido la creación de consultas monográficas en relación a patologías digestivas muy prevalentes o la citación de consultas sucesivas desde la misma consulta.

A pesar de los esfuerzos en mejorar la accesibilidad y satisfacción de los pacientes que acuden a nuestras consultas, en el último año venimos observando un aumento de la demora en las citaciones de primera consulta, llegando a ser de 3 meses. Esto puede ser debido al elevado número de pacientes derivados desde Atención Primaria y otros Servicios de Atención Especializada junto con la oferta disponible que somos capaces de ofrecer de acuerdo a nuestros recursos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nos proponemos mejorar la calidad de la atención a los pacientes que consultan por patología digestiva a través de:

- La mejora de la accesibilidad a la consulta de Digestivo
- La priorización de las solicitudes según patologías más relevantes
- El establecimiento de una mejor comunicación con los Médicos de Atención Primaria, más directa, rápida y permanente
- La consecución de una demora inferior a 20 días para pacientes que deben ser valorados de forma preferente e inferior a 60 días para el resto

Los OBJETIVOS DEL PROYECTO son conseguir:

- I. La demora para Primera Consulta preferente sea <20 días
- II. La demora para Primera Consulta de carácter normal sea <60 días
- III. Sean citados directamente en consultas monográficas aquellos pacientes con patologías controladas en las mismas:
 - Enfermedad Inflamatoria Intestinal
 - Hepatitis vírica
 - Cirrosis hepática
 - Patología biliopancreática
 - Alto riesgo de cáncer

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Todas las actividades serán realizadas por los componentes del equipo de mejora

1. Eliminar la cita directa desde Atención Primaria
2. Recibir y posteriormente evaluar y priorizar todas las solicitudes de Primera Consulta en un plazo de 1 semana utilizando la información accesible en la intranet (visitas previas, exploraciones ya efectuadas o pendientes, informes de alta...) y la incluida por el médico solicitante
3. Dar respuesta a la consulta
 - a. En los casos en que pueda ser posible, aportar sugerencia de manejo y tratamiento o bien de solicitud previa de alguna exploración
 - b. En los casos que deban ser citados, dar dicha cita con priorización, bien de forma preferente o en consulta general. Además se facilitará la citación a las consultas monográficas si el caso así lo requiere
4. Realizar sesiones interactivas con los Centros de Salud sobre las patologías más prevalentes y con más demanda de consulta, difundiendo las guías de práctica clínica y su adaptación a nuestro medio
5. Desarrollo de la consulta "online" para los médicos de Atención Primaria
6. Realizar un informe de alta de Consulta Externa de cada paciente
7. Reorganizar las consultas de forma dinámica adecuándolas a la demanda

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES:

- 1) Número de consultas evaluadas priorizadas / N° de consultas no priorizadas en tiempo
- 2) N° de citas preferentes en tiempo (15 días)
- 3) N° de citas no preferentes en plazo (< 60 días)
- 4) N° de informes de alta al Médico de Atención Primaria (incluido en el HP doctor) y al paciente
- 5) Control semestral del n° de peticiones y del n° consultas de primeros días ofertados

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

339

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA DIGESTIVA A CONSULTA EXTERNA

EVALUACIÓN:

- Revisión, evaluación y priorización de todas las primeras consultas solicitadas
- Encuesta de satisfacción a pacientes y médico de Atención Primaria

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Eliminar la cita desde Atención Primaria: a partir del 1 de julio 2014
- Iniciar la evaluación, organización, priorización y citación de las peticiones de consulta: Desde julio de 2014 a junio de 2015
 - Sesiones y difusión de guías clínicas: Desde octubre de 2014
 - Desarrollo de la consulta online : Desde julio 2014

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

121

1. TÍTULO

PRESENCIA DE LOS FAMILIARES DURANTE LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN LOS NIÑOS

2. RESPONSABLE VICTORIA CABALLERO PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN RUIZ NURIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE PEDIATRIA
· MARTINEZ OVIEDO ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· MIGUEL ORTEGA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
· MARCO FORMENT BLAS RAFAEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· ALPUENTE ZORRAQUINO ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
· PEREZ SOLER PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos años se ha ido produciendo de forma progresiva un cambio en la relación que se establece entre el médico y el paciente, desde un sistema paternalista centrado en el médico a un sistema en el que el paciente interviene de forma activa en la toma de decisiones junto al equipo médico. Esta filosofía otorga una gran importancia al paciente y a su familia, que se encuentran en el centro de este modelo terapéutico. Dentro de este sistema, la presencia de los padres en los procedimientos invasivos ha ido cobrando importancia, sobre todo en países anglosajones.

Múltiples publicaciones han mostrado el deseo de los familiares de acompañar a sus hijos durante la realización de procedimientos dolorosos como venopunciones, colocación de accesos venosos, punciones lumbares o sondajes uretrales. Hasta la fecha, en los estudios publicados concluyen que la presencia de un familiar disminuye la ansiedad del paciente y de sus familiares, sin observarse un aumento de estrés en el profesional que lo realiza u otras complicaciones secundarias, como repeticiones o errores al realizar el procedimiento.

Actualmente en nuestro medio la presencia de los padres en los procedimientos invasivos es bastante limitada. La creencia de que su presencia puede dificultar la realización de la técnica, y aumentar el estrés del personal sanitario hace que solo en contadas ocasiones se ofrezca esta oportunidad a las familias.

Presence of family members while performing invasive procedures. A prospective study. C. Martínez Moreno, , C. Cordero Castro, A. Palacios Cuesta, D. Blázquez Gamero, M.M. Marín Ferrer. An Pediatr (Barc). 2012 Jul;77(1):28-36.

Family member presence during pediatric emergency department procedures. Sacchetti A, Lichenstein R, Carraccio CA, Harris RH. Pediatr Emerg Care. 1996 Aug;12(4):268-71.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Valorar la instauración de forma gradual la presencia de los padres en los procedimientos dolorosos, demostrando de forma objetiva a los profesionales implicados que resulta beneficioso para el niño y sus familias, sin suponer efectos negativos en el sanitario que lo lleva a cabo.

Identificar las condiciones ideales para llevarlo a cabo y reconocer situaciones en las que la presencia de los padres pueda favorecer el fracaso de la técnica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Inicialmente se explicará en una charla a los profesionales implicados las condiciones que se deben valorar antes, durante y después del procedimiento, así como los pasos a seguir: información del resto del equipo que los familiares van a estar presentes y contar con su apoyo, información sobre el procedimiento a la familia y la actitud que deberán adoptar para disminuir la ansiedad del niño, en qué condiciones puede interrumpirse el procedimiento... etc. El contenido de la charla se dará por escrito a los profesionales.

Se diseñará una encuesta dirigida al familiar que acompaña al niño durante la técnica donde queden recogidos datos demográficos, datos del procedimiento, grado de satisfacción de los familiares y el niño si la edad lo permite, si consideran que debe estandarizarse, etc. mediante una serie de preguntas cerradas con respuesta múltiple.

Se diseñará una segunda encuesta para el profesional que realiza la técnica en la que se especifique la categoría profesional, si la presencia de los familiares ha facilitado o dificultado el procedimiento, el grado de satisfacción propio, etc.

El profesional decidirá libremente si desea que los familiares estén presentes. En caso de que la familia rechace estar presente se pedirá que especifiquen los motivos.

Los resultados se harán públicos para todos los profesionales que trabajan en Urgencias y en Pediatría con el objetivo de que exista un feed-back con la información obtenida, que en caso de ser satisfactoria ayude a la estandarización de la presencia de los familiares.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

121

PRESENCIA DE LOS FAMILIARES DURANTE LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN LOS NIÑOS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Encuesta de satisfacción al familiar que acompaña al niño.
Encuesta de satisfacción al personal sanitario que realiza la técnica.

Porcentaje de técnicas realizadas delante de los familiares/porcentaje de técnicas realizadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El estudio se realizará durante tres meses y la población de estudio serán todos los niños a los que se les realice un procedimiento invasivo en la planta de Pediatría o en Urgencias.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población pediátrica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 2 Poco |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

122

IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ELIMINACIÓN DEL VELLO DE LA ZONA QUIRÚRGICA

2. RESPONSABLE MARIA LUZ CORTES GIMENEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . MARTIN MARTIN ALICIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- . DOMINGO LIZAMA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- . VALENTIN FRANCOS ALBERTO JAVIER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- . MAUDOS MARCO VANESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- . VILLAMON MARTIN RAQUEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- . LAFUENTE OBENSA ANA BELEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- . DOMENE CASINO PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- . ABRIL SANCHEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- . PEÑALOSA GARCES MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- . SOTO CALDERON MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- . MENDEZ MUÑOZ ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- . PEREZ ABRIL CONCEPCION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- . CASTILLO GARCIA ADORACION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- . ALCÁINE ARANDA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- . TORAN SEBASTIAN TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- . NAVARRO ANDRES MARIA LUZ. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- . TOLOS MARIN TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE ELIMINACIÓN DE LA ZONA QUIRÚRGICA Y DETERMINACIÓN DE LAS ÁREAS.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ESTANDARIZAR Y UNIFICAR LA ELIMINACIÓN DEL VELLO DE LA ZONA QUIRÚRGICA. MINIMIZAR EL RIESGO DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA. ESTANDARIZAR LAS ZONAS DE ELIMINACIÓN DEL VELLO QUIRÚRGICO POR INTERVENCIONES.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ESTA IMPLANTACIÓN PROVIENE DEL PROTOCOLO DE ELIMINACIÓN DEL VELLO DE LA ZONA QUIRÚRGICA. ACTUAÑIZACIÓN 2013. ESTE PROTOCOLO ANALIZA EN QUE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SE DEBE PROCEDER A LA ELIMINACIÓN DEL VQ Y, EL MÉTODO MÁS ADECUADO PARA ESTANDARIZAR Y UNIFICAR LAS TÉCNICAS Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA. A ESTE PROTOCOLO SE LE AÑADE UNA GUÍA FOTOGRÁFICA DE LAS ZONAS DONDE SE ELIMINA VQ SEGÚN INTERVENCIONES.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. PORCENTAJE DE PACIENTES INTERVENIDOS QUE PRECISAN ELIMINACIÓN VQ Y SE HA REALIZADO CON MAQUINILLA. PORCENTAJE DE PACIENTES A LOS QUE SE LES HA REALIZADO ELIMINACIÓN DEL VQ SEGÚN PROTOCOLO. PORCENTAJE DE INFECCIONES DE HERIDA QUIRÚRGICA SUPERFICIAL.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. NOVIEMBRE 2013 COMIENZAN LAS REUNIONES PARA IMPLANTAR EL PROTOCOLO. ABRIL 2014 COMIENZA LA RECOGIDA DE DATOS. SEPTIEMBRE 2014 SE IMPLANTA EL PROTOCOLO

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

- .EDAD. Todas las edades
- .SEXO. Ambos sexos
- .TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES QUE SON SIOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

212

OPTIMIZACION DE LA ATENCION AL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN CIRUGIA GENERAL VIA URGENCIAS. UNA PROPUESTA DE COLABORACION ENTRE SERVICIOS**2. RESPONSABLE** JOSE MARIA DEL VAL GIL

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SOLSONA FERNANDEZ SOFIA. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- MINGUILLON SERRANO ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL
- QUILEZ SALAS NURIA. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL
- YANEZ BENITEZ CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL
- OSET GARCIA MONICA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL
- VICENTE ROMERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. • Más del 20% de los pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía General superan los 80 años, y en su mayor parte ingresan vía Urgencias.

- La atención al anciano ingresado en Cirugía General se centra preferentemente en el problema quirúrgico.
- Atención a la comorbilidad de los ancianos intervenidos mediante partes de interconsulta, con sobrecarga secundaria de otras especialidades.
- Prolongación de la estancia hospitalaria por complicaciones médicas.
- Prolongación de la estancia hospitalaria por problemática social.
- Dificultad de comunicación entre profesionales de distintos servicios, dentro del mismo nivel asistencial.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

- 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Disminuir estancia media, morbilidad y mortalidad de los ancianos =80 años que ingresan en el Hospital Obispo Polanco con patología quirúrgica aguda.
- Mejorar el seguimiento postoperatorio de los ancianos con complejidad clínica debida a procesos quirúrgicos que son trasladados al Hospital de Convalecencia.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales de distintos servicios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Valoración por parte de Geriátrica de los pacientes mayores de 79 años que ingresan en Cirugía vía Urgencias, realizando:

- a. valoración geriátrica integral (VGI), atendiendo aspectos físicos, funcionales, mentales y sociales;
 - b. estabilización y seguimiento clínico en casos de riesgo;
 - c. planificación precoz de alta con recomendación del nivel asistencial más adecuado, que se comentará siempre con el cirujano;
 - d. colaboración en la gestión de los recursos,
2. Se realizará VGI a pacientes menores de 80 años o que ingresen de forma programada a demanda de Cirugía.
 3. En caso de que procediera el traslado del paciente a cualquiera de las Unidades asistenciales disponibles en el Hospital San José (Convalecencia con/sin rehabilitación, Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital de Día Geriátrico) la indicación de la misma dependerá del geriatra y el momento del traslado de la disponibilidad de plazas en el recurso y del consenso del geriatra y el cirujano.
 4. En todos los casos la responsabilidad última del alta es del cirujano, actuando el geriatra en este aspecto únicamente como consultor.
 5. Seguimiento de los pacientes trasladados por parte de los cirujanos mediante pase de visita semanal en el Hospital de Convalecencia. Valoración de otros casos a demanda de Geriátrica.
 6. Participación de los profesionales de los distintos servicios en las sesiones clínicas.

- 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • N° de pacientes =80 a. ingresados vía Urgencias valorados/ n° total de pacientes =80 a. ingresados vía Urgencias (>80%)
- N° de pacientes =80 años ingresados vía Urgencias que han sido exitus/ n° de pacientes =80 años que han ingresado vía Urgencias (comparación con mortalidad de años previos).
- Estancia de los pacientes =80 años ingresados vía Urgencias (comparación con estancia de años previos).
- N° de pacientes visitados por los cirujanos en el Hospital de Convalecencia.
- Participación en las sesiones clínicas (=1/servicio).

- 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se ha efectuado una experiencia piloto a nivel asistencial a lo largo de 2013. Asimismo, se han mantenido diversas reuniones:
 - 1ª) entre los Directores del Hospital Obispo Polanco y San José y los jefes de servicio de Cirugía General y de Geriátrica, para explicación del proyecto y discusión del mismo.
 - 2ª) entre los servicios de Cirugía General (facultativos), la jefe de Geriátrica y los Directores de ambos hospitales, para explicación del proyecto a los cirujanos.
 - 3ª) entre los Directores del Hospital Obispo Polanco y San José y los jefes de servicio de Cirugía General y de Geriátrica, para comentar la experiencia piloto a lo largo de 2013.CALENDARIO PREVISTO: 1 de mayo 2014 en adelante. Revisión en abril de 2015.

- 11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

212

OPTIMIZACION DE LA ATENCION AL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN CIRUGIA GENERAL VIA URGENCIAS. UNA PROPUESTA DE COLABORACION ENTRE SERVICIOS

ámbitos)

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ancianos con patología quirúrgica urgente

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|---------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

109

PLAN DE AHORRO HEMÁTICO EN LA UNIDAD DE RODILLA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

2. RESPONSABLE JOSE VICENTE DIAZ MARTINEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTIN HERNANDEZ CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- GUILLEN SORIANO MELCHOR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- RANERA GARCIA MIGUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- HERNANDEZ LOPEZ ALICIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- PANADERO ROMERO MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- MUNIESA HERRERO MARIA PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La intervención de artroplastia total de rodilla es una de las más frecuentemente realizadas en el servicio de cirugía ortopédica contabilizándose un total de entre 200 y 210 procesos anuales. Al tratarse de un proceso quirúrgico mayor genera importante sangrado que redundo en una mayor pérdida hemática y en un incremento de las necesidades transfusionales con respecto a otros procedimientos. En la actualidad se ha implementado la utilización de recuperadores hemáticos que permiten la reinfusión de sangre obtenida del drenaje de la articulación una vez colocada la prótesis, procedimiento que supone un gasto de 100 euros por paciente habiéndose estabilizado el índice trasfusional en un 8%.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminución de la pérdida hemática tras artroplastia total de rodilla
Disminución de la necesidad de transfusión al 5%
Disminución del gasto por paciente y gasto total

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Implementación de un protocolo de ahorro hemático mediante el empleo de ácido tranexámico con el siguiente protocolo

La administración de ácido tranexámico se realizará si no hay contraindicación como está establecido en el protocolo:

1ª Dosis: 10 mg/Kg 10 minutos antes de la isquemia de la extremidad

2ª Dosis: 10 mg/Kg al liberar isquemia

Se realizaran los controles hemáticos ya establecidos en la vía clínica de artroplastia total de rodilla

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla que precisan de transfusión postoperatoria.

Porcentaje de pacientes a los que se les aplica el protocolo sobre el total de pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla

Gasto por paciente con respecto al gasto actual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se iniciará en octubre de 2014 la implementación del protocolo en la totalidad de pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla será de manera indefinida con evaluación del proyecto con carácter bianual

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 1 Nada |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

260

PLAN DE MEJORA EN LA DERIVACIÓN Y ASISTENCIA DE PACIENTES CON LUMBALGIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS A LA CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA**2. RESPONSABLE** LUIS JAVIER FLORIA ARNAL

- Profesión MIR
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA AGUILERA DAVID. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- OSCA GUADALAJARA MARTA. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- ESTABEN BOLDOVA VICTORIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
- LOPEZ MAS CLARA. MIR. H OBISPO POLANCO. MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
- BALLESTER GIMENEZ JUAN JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- FUERTES VALLCORBA ARIANA. MEDICO/A. H ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El dolor de espalda representa un importante problema de salud pública en las sociedades occidentales por su alta prevalencia, según diferentes estudios oscila entre el 22% y el 65%, y repercusión socioeconómica; genera un alto número de consultas a diferentes profesionales, una elevada utilización de los servicios sanitarios y una considerable pérdida de días de trabajo, que se traduce en altos costes derivados de la Incapacidad Temporal (IT) . Actualmente causa un gasto público equivalente al 1,7%- 2,1% del PIB.

Se denomina lumbalgia aguda a la que dura hasta seis semanas desde el inicio del cuadro, ya que la mayoría de estos episodios se autolimitan durante ese tiempo de forma espontánea o con mínimas intervenciones. Por el contrario, la lumbalgia crónica (la que dura más de seis semanas) suele consumir muchos más recursos que la aguda y es habitual que se la aborde con diferentes estrategias, muchas de ellas sin evidencia que la respalde, ello conlleva someter al paciente a tratamientos que no siempre son óptimos, procedimientos inútiles o incluso asumir riesgos innecesarios.

Problemas

- Diversidad de criterio por parte de atención primaria en la derivación de pacientes con lumbalgia a la consulta de traumatología.
- Dificultad de accesibilidad del paciente con lumbalgia a la consulta de Traumatología.
- Carencia del paciente con lumbalgia de pruebas complementarias necesarias para su correcto diagnóstico y tratamiento que se traduce en nuevas consultas aumentando lista de espera y dificultando la accesibilidad de nuevos pacientes.
- Costes derivados de las situaciones anteriormente descritas y que podrían disminuir si existiesen unos criterios comunes de derivación.
- Dificultad de comunicación entre profesionales de Atención primaria y Traumatología.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

- 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** • Mejorar la atención sanitaria de los pacientes con lumbalgia.
- Unificación de criterios en la derivación del paciente con lumbalgia por parte de Atención Primaria a las consultas de Traumatología.
 - Establecer una buena comunicación entre profesionales cuyos objetivos sean las preferencias y necesidades individuales de cada paciente.
 - Disminución del número de derivaciones inadecuadas.
 - Disminución del número de consultas al especialista por un mismo paciente.
 - Disminución de lista de espera para acceder a la consulta del especialista.
 - Disminución de los costes que generaría la realización de los puntos anteriormente descritos.
 - Aumento de la satisfacción del profesional y del paciente por el correcto estudio de su patología.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Reunión del equipo para establecer cronograma de trabajo.

- Revisión de las historias clínicas de aquellos pacientes derivados a la consulta polivalente de traumatología (Hospital Obispo Polanco) con diagnóstico de lumbalgia durante un periodo de 4 meses consecutivos.
- Diseño de hoja de registro de paciente que incluya datos de identificación, tratamiento farmacológico recibido, tratamiento rehabilitador recibido, duración del tratamiento, evolución del proceso, presencia de incapacidad temporal, incidencias. Definir variables de estudio de la hoja de registro: edad, tiempo de evolución de la lumbalgia, cuantía de tratamiento farmacológico y rehabilitador recibidos, dosis de tratamiento, necesidad de pruebas complementarias, días de incapacidad temporal, necesidad o no de tratamiento quirúrgico.
- Realización de sesiones hospitalarias teóricas y presentación de casos clínicos para fomentar la comunicación interdisciplinaria y ayudar en la toma de decisiones.
- Registro de incidencias.
- Sesión clínica informativa de los resultados obtenidos entre los profesionales sanitarios.
- Reunión del grupo de mejora para evaluación de los resultados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de pacientes con lumbalgia aguda derivados a consulta de traumatología con criterios de derivación ?acordados según guía /Número de pacientes derivados a consulta de traumatología por lumbalgia aguda.

2. Número de pacientes con lumbalgia aguda que acuden a consulta de traumatología con las pruebas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

260

PLAN DE MEJORA EN LA DERIVACIÓN Y ASISTENCIA DE PACIENTES CON LUMBALGIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS A LA CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA

complementarias iniciales protocolizadas /Número de pacientes derivados a consulta de traumatología por lumbalgia aguda.

3. Número de pacientes con lumbalgia aguda inespecífica que han recibido un tratamiento inicial /Número de pacientes derivados a consulta de traumatología por lumbalgia aguda inespecífica.?

4. Número de pacientes con lumbalgia aguda que acuden a la consulta de traumatología siendo subsidiarios de tratamiento quirúrgico/ Número de pacientes derivados a la consulta de traumatología por lumbalgia aguda inespecífica.

5. Número de sesiones clínicas realizadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1) Tras la aceptación del proyecto; reunión del equipo de trabajo para planificar y coordinar el programa.

2) Realización por el grupo de trabajo de hoja de recogida de datos.

3) Impartición de los seminarios teórico-prácticos en el hospital y en centros de salud de nuestro sector para la mantener la formación de los médicos de Atención Primaria y resolución de posibles conflictos o dudas.

4) Se evaluarán de forma prospectiva durante 4 meses las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de lumbalgia remitidos a la consulta polivalente de traumatología.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Lumbalgias

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. LUMBALGIA

OTRA PALABRA CLAVE 2. DERIVACIÓN

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

476

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO DIFERIDO ESPONTANEO PRECOZ

2. RESPONSABLE MARTA GARCÉS VALENZUELA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNAL ARAHAL MARIA TERESA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DOMINGO BARRADO ISABEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SPINOSO CRUZ VICENTE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CABEZA VENGOECHEA PEDRO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SCHUHMACHER ANSIATEGUI ELENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PARRILLA VIRGOS PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El aborto espontáneo clínico se produce entre el 10-20% de los embarazos y por lo general el 85% corresponden a abortos espontáneos precoces, es decir, aquellos que acontecen antes de la 12ª semana de embarazo.

Históricamente, en este grupo de pacientes, se ha venido realizando de forma sistemática legrado evacuador, procedimiento que requiere un ingreso, un procedimiento anestésico y un procedimiento quirúrgico, con los riesgos que ello conlleva.

Sin embargo, en los últimos 5 años, gracias al acceso a técnicas diagnósticas más precisas y a la aparición de nuevas opciones terapéuticas, se está permitiendo la posibilidad de un tratamiento más conservador y ambulatorio del Aborto espontáneo precoz cuando se cumplen unas condiciones adecuadas, con la consiguiente disminución de procesos invasivos y su morbilidad asociada, aumentando al mismo tiempo el grado de satisfacción de la usuaria y produciendo un ahorro importante en el costo sanitario.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Ofrecer a la candidata la técnica menos agresiva, evitando posibles secuelas en su salud general y reproductivas derivadas de la técnica quirúrgica

- Reducción de la tasa de legrados en abortos espontáneos precoces en un 70%

- Aumentar la satisfacción de las usuarias, evitando ingresos hospitalarios innecesarios, con su correspondiente gasto económico derivado

- Disminuir la morbi-mortalidad derivada de la hospitalización

- Control óptimo ambulatorio post-tratamiento de la paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de Guía clínica para Tto. médico ambulatorio del Aborto espontáneo precoz, consensuando criterios de inclusión y exclusión claros para la aplicación del protocolo

- Elaboración de Consentimiento informado para la aceptación voluntaria del Tto. médico por parte de la paciente

- Entrega a la paciente de documento informativo sobre signos de alarma que puedan precisar valoración por Urgencias

- Imprescindible citación en Consultas de Tocología para reevaluación en 1 semana para confirmar vacuidad uterina

- Evaluación y recogida de datos de los abortos espontáneos precoces registrados en el servicio de Urgencias y en Consultas Externas y de los procesos quirúrgicos por dicho motivo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Tasa de tratamientos médicos realizados tras diagnóstico de aborto espontáneo precoz

- Tasa de tratamientos médicos que precisan ingreso hospitalario

- Tasa de tratamientos médicos que precisan posteriormente legrado evacuador

- Estancia media de ingreso hospitalario por Aborto espontáneo precoz

- Encuesta de satisfacción de las pacientes

- Estancias evitadas y coste de las mismas

- Legrados evitados y coste de los mismos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

476

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO DIFERIDO ESPONTANEO PRECOZ

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -1º trimestre: Elaboracion y exposición a los miembros de la plantilla de la Guía clínica, tras revisión bibliográfica

- 2ª y 3º trimestre: aplicación del protocolo

-4º trimestre: valoración de resultados

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Mujeres

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

206

ELABORACION E IMPLANTACION DE VIA CLINICA EN ARTROPLASTIA TOTAL DE HOMBRO EN LA UNIDAD DE HOMBRO-CADERA (HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL)**2. RESPONSABLE** DAVID GARCIA AGUILERA

- Profesión MIR
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FLORIA ARNAL LUIS JAVIER. MIR. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- RONCAL BOJ JOSE CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- CASTRO SAURAS ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- BALLESTER GIMENEZ JUAN JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- ORELLANA GARCIA RAQUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. REHABILITACION
- PECES GONZALEZ NATALIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. REHABILITACION
- ESTEBAN SILVESTRE MARIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La artroplastia total de hombro es una cirugía de reemplazo de la articulación del hombro cuya principal indicación es dolor intenso y crónico que no cede con los tratamientos habituales con analgésicos, corticoides o rehabilitación y que suele ir acompañado de impotencia funcional de la articulación.

Las principales indicaciones de la artroplastia de hombro son: artrosis primaria glenohumeral, rotura masiva de manguito de rotadores, artritis reumatoide, artrosis postraumática, osteonecrosis y artropatía causada por inestabilidad.

Para obtener éxito en este tipo de cirugía se requiere una serie de recomendaciones por parte del paciente en el postoperatorio. Es una cirugía que precisa de una inmovilización de la extremidad durante 3 semanas aproximadamente. Además es necesaria una buena rehabilitación adaptada a cada tipo de paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año 2013 se realizaron un total de 11 artroplastias de hombro en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (Unidad Hombro-Cadera) del Hospital Obispo Polanco de Teruel, mayoritariamente mujeres mayores de 70 años independientes para las actividades básicas de la vida diaria. El personal de enfermería no dispone actualmente de vía clínica que le ayude, facilite y permita organizarse en su jornada laboral con las actividades a realizar dependiendo del día del ingreso. Ningún paciente fue informado del tipo de la cirugía con ilustraciones y ejemplos gráficos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Información al paciente del tipo de cirugía, realización de folleto informativo y explicación de la necesidad de rehabilitación postquirúrgica. Información al personal de enfermería y auxiliares de la vía clínica. Elaboración de vía clínica, presentación al Servicio de Traumatología y tras aceptación y/o modificación de la misma implantación de la vía clínica. Elaboración de un programa de rehabilitación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión de las vías clínicas disponible en el ámbito sanitario nacional e internacional con el objetivo de adaptar a nuestro medio. Elaboración y presentación de la vía clínica al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología y profesionales sanitarios de la planta de Traumatología. Elaboración de programa de rehabilitación. Elaboración de folleto informativo con imágenes ilustrativas de la cirugía.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Proporción de pacientes que al ingreso presentan consentimiento informado de anestesia, de la cirugía, historia completa, pruebas complementarias y preoperatorio.
- Pacientes que fueron informados de la cirugía y del postoperatorio / Pacientes no informados.
- Proporción de pacientes sometidos a PTH con vía clínica completa / Pacientes sometidos a PTH sin vía clínica.
- Proporción de pacientes que completan el programa rehabilitador
- Valoración de la mejoría clínico-funcional según cuestionario Constant (valoración funcionalidad) y valoración del hombro de la American Shoulder and Elbow Surgeons.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde la aprobación del proyecto de calidad hasta junio:
Elaboración de la vía clínica con recomendaciones a los pacientes
Adjuntar en la historia del paciente al ingreso hoja de vía clínica para el personal de enfermería con las actividades diarias a realizar.
Presentación al Servicio de COT y enfermería en sesión clínica
Evaluación desde la aprobación por el servicio de COT evaluación de resultados con encuesta de satisfacción y evaluación de indicadores.
Elaboración de programa de rehabilitación.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
POBLACIÓN DIANA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

206

ELABORACION E IMPLANTACION DE VIA CLINICA EN ARTROPLASTIA TOTAL DE HOMBRO EN LA UNIDAD DE HOMBRO-CADERA (HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL)

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PROTESIS DE HOMBRO

OTRA PALABRA CLAVE 2. VIA CLINICA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

020

1. TÍTULO

APRENDIZAJE Y MEJORA DE LAS TÉCNICAS DE CONTENCION MECANICA EN PACIENTES AGITADOS

2. RESPONSABLE BLANCA GOMEZ CHAGOYEN

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEREYRA GRUSTAN LORENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- SERRANO TORRES MARIA DOLORES. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- GRAÑENA MUNIENTE ANA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- ALEGRE DEL CAMPO TERESA. TCAE. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- JIMENEZ MOTILLA SANDRA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- JURADO TORRES MARIA JOSE. TCAE. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- GOMEZ BERNAL GERMAN JORGE. MEDICO/A. CSS SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- SIMON SIMON ROSALIA. CELADOR/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- FORTEA GOMEZ JOSE MIGUEL. CELADOR/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- REBORDA AMOEDO ALEJANDRA. PSICOLOGO/A CLINICO. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- BLAZQUEZ SUCH DOMINGO. CELADOR/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- CASADO SANCHEZ MARIA DEL CARMEN. TCAE. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- PEIRO HINOJOSA FRANCISCA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- SIMON SIMON CONSUELO PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- BELENCHON PEREZ FLORA. TCAE. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- ALBALADEJO RAEZ MARIA EUGENIA. TCAE. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- MALLÉN BAYO PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. No son pocas las ocasiones en las que se hace necesario contener de forma mecánica a un paciente tras haber fracasado las maniobras de contención verbal o química iniciadas por el personal sanitario. Las causas de la agitación psicomotriz de forma general pueden tener un origen psiquiátrico u orgánico. Durante el proceso de la contención mecánica, en muchas ocasiones se plantean dificultades o desconocimiento y errores que pueden poner en riesgo al propio paciente y al personal implicado en el mismo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora en el conocimiento de las técnicas de contención por parte del personal sanitario incidiendo especialmente en su práctica, para minimizar riesgos físicos para el paciente y el personal implicado en el proceso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realización de talleres teórico-prácticos de contención mecánica, de duración aproximada de una hora, impartidos por personal de la Unidad de Corta estancia de Psiquiatría del H. Obispo Polanco y dirigidos a las diferentes categorías sanitarias de nuestra área. Planteamos la realización de 3-4 talleres a lo largo del curso 2014-2015, que pueden ser ampliados en función del interés general.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -A través de encuestas previas y posteriores a la realización de los talleres, de conocimientos y satisfacción.
-Libros de incidencias situados en el control de enfermería de las diferentes plantas hospitalarias en los que se indiquen falta de medios físicos, humanos y/o riesgos presentados durante la contención u otras dificultades

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Un taller trimestral previa inscripción.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. CONTENCIÓN MECÁNICA

OTRA PALABRA CLAVE 2. APRENDIZAJE, MEJORA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

181

SIMULACION CLINICA EN ATENCION A URGENCIAS NEONATALES Y PEDIATRICAS

2. RESPONSABLE LORENA GRACIA TORRALBA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- CABALLERO PEREZ VICTORIA. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- MARTINEZ OVIEDO ANTONIO. MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
- LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS. MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
- BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE. MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
- CABELLO PEREZ ROSARIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
- GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La simulación clínica es una herramienta de aprendizaje cuyo objetivo principal es la adquisición de competencias entrenando en un ambiente lo más parecido posible al contexto real. El aprendizaje mediante simulación clínica se utiliza para el entrenamiento y la formación de los alumnos de ciencias de la salud, así como para la formación continua de profesionales sanitarios en los nuevos procedimientos y nuevas tecnologías.

Intimamente relacionada con la simulación clínica está la seguridad del paciente ya que con este entrenamiento no solo se aprende el modo de actuar ante una situación sino también un procedimiento de actuación seguro para el paciente

Recientemente el Servicio de Pediatría ha adquirido simulador de paciente infantil SimBaby®, simulador de paciente lactante avanzado y portátil que permite ejercitarse en la práctica de casos clínicos. Se trata de un maniquí interactivo que proporciona un feedback inmediato para la intervención. Así mismo dispone de un software de análisis basado en el registro de eventos. Permite reproducir diferentes escenarios de la patología respiratoria y cardiocirculatoria infantil y de sus complicaciones. Dispone de un sistema de vía aérea realista que permite entrenar a los médicos en los algoritmos de manejo de la vía aérea difícil, así como brazos y piernas que permiten el adiestramiento en la canalización de vías endovenosas e intraóseas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora del rendimiento tanto individual como del equipo sanitario en la atención de situaciones de urgencia neonatal y pediátrica, lo cual conlleva una mejora del rendimiento del sistema sanitario

Entrenamiento en la actuación que precisan casos clínicos poco frecuentes en la práctica habitual, permitiendo corregir la falta de experiencia y los fallos en la coordinación del equipo sanitario

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Desarrollo de 2 cursos teóricos y prácticos sobre las bases de la simulación, con realización de casos clínicos. Se organizarán a los participantes en grupos de 8-10 personas (personal médico y de enfermería) y tendrán que desarrollar los diferentes casos clínicos. Posteriormente se comentarán uno por uno los ítems que evalúa en programa, de forma que los participantes hagan crítica de su actuación y de los posibles errores cometidos durante la realización del caso.

Tras la realización de los cursos se llevarán a cabo 3 simulacros, en tiempo real, sin preaviso, para evaluar de la forma más realista posible la actuación del personal sanitario.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Evaluación de los asistentes al curso tipo test pre-realización y post-realización del curso teórico-práctico.

- Evaluación de la satisfacción de los asistentes tras la finalización del mismo.
- Evaluación de la actuación en el simulacro de los miembros del equipo sanitario participantes, realizando con ellos un desglose de las actuaciones y de los posibles errores cometidos
- Creación e implantación de un calendario para realizar una serie de simulacros programados para que gran parte del personal hospitalario participe.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Se realizará inicialmente 2 cursos teórico-prácticos sobre las bases de la simulación, con realización de casos clínicos utilizando el simulador Simbaby. La fecha prevista de inicio es a partir de Junio de 2014.

- Dicho curso se realizará inicialmente a un grupo reducido de unas personas (Pediatras, Anestesiólogos, Médicos de familia, médicos internos residentes, matronas y enfermeras).
- Posteriormente se llevarán a cabo 3 simulacros, en tiempo real, aproximadamente uno cada tres meses. 3 simulacros, en tiempo real.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. PERSONAL SANITARIO
- SEXO. Ambos sexos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

181

SIMULACION CLINICA EN ATENCION A URGENCIAS NEONATALES Y PEDIATRICAS

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención.	4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención.	4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos.	3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ...	4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales.	3 Bastante

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

207

DISMINUCION DE LA DEMORA QUIRURGICA DEL PACIENTE ANCIANO CON FRACTURA PERTROCANTEREA DE CADERA**2. RESPONSABLE** CARLOS MARTIN HERNANDEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GONZALEZ GARCIA PALOMA. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- BARRIO ADIEGO CARMEN. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
- RANERA GARCIA MIGUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- GALLEGO ESTRADA FERNANDO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
- BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- ESTEBAN SILVESTRE MARIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Partimos de un funcionamiento correcto de la Unidad de OrtoGeriatría, puesta en marcha en octubre de 2008. Detectamos oportunidades de mejora:

- Prolongación de la estancia hospitalaria, aumento de la comorbilidad y del tiempo de recuperación funcional de los ancianos con fractura pertrocantérea de fémur ingresados en Traumatología debido a demora quirúrgica.
- Saturación de los quirófanos de cirugía programada en horario de mañana como consecuencia de la intervención de fracturas de cadera en ancianos como urgencia diferida.
- Dificultad de comunicación entre profesionales de distintos niveles asistenciales.

Planteamiento:

- Se considera como demora quirúrgica adecuada aquélla que no supera las 48 horas tras el ingreso del paciente.
- La demora quirúrgica del paciente afecto de fractura de cadera se ha relacionado con un incremento de la comorbilidad y del período de recuperación funcional.
- La demora quirúrgica está condicionada por factores relacionados con el paciente (inestabilidad clínica, utilización de antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes) y con la estructura sanitaria (intervención de profesionales de diferentes servicios en el proceso).
- Los servicios de Traumatología, Anestesia y Geriátrica deben intervenir de forma coordinada en la atención al anciano ingresado en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** • Reducción de la estancia hospitalaria de las fracturas pertrocantéreas de cadera.

- Disminución del tiempo de demora quirúrgica de las fracturas pertrocantéreas de cadera.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Revisión de guías de trombopprofilaxis y de práctica clínica de Anestesiología y Reanimación con el objetivo de optimizar el período de seguridad tras supresión de agentes anticoagulantes y antiagregantes. Responsables: Dra. Barrio, Dra. González, Dr. Martín.

- Desarrollo de la VÍA CLÍNICA DE FRACTURA DE CADERA. Responsables: Dr. Martín, Dra. González.
- Intervención precoz por Geriátrica y Anestesiología para estabilización clínica y valoración preoperatoria, respectivamente. Responsables: Dra. González, D^a M^a Jesús Vicente, Dra. Barrio.
- Establecimiento de consenso entre los tres servicios implicados y enfermería quirúrgica y de planta para intervención de las fracturas pertrocantéreas de cadera durante el fin de semana y en festivos con objeto de mantener una demora quirúrgica óptima. Responsables: todos los miembros del equipo de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Estancia media hospitalaria de fractura pertrocantérea de cadera no complicada después de implantación del plan de mejora/ Estancia media hospitalaria de fractura pertrocantérea de cadera no complicada antes de implantación del plan de mejora <1.

- % de pacientes con fractura pertrocantérea de fémur intervenidos en tiempo menor o igual de 48 horas: > 80%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Revisión de las guías y modificación de la vía clínica de fractura de cadera: mayo-septiembre de 2014.

- Aplicación clínica: a partir de octubre de 2014.
- Duración: indefinida.
- Reevaluación: anual (revisión de los primeros 3 meses de actividad en enero de 2015; reevaluación de protocolos en octubre de 2015).

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. continuidad asistencial (entre servicios y centros)**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con fractura pertrocantérea de fémur

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

207

DISMINUCION DE LA DEMORA QUIRURGICA DEL PACIENTE ANCIANO CON FRACTURA PERTROCANTEREA DE CADERA

OTRA PALABRA CLAVE 1. FRACTURA DE FÉMUR

OTRA PALABRA CLAVE 2. ANCIANO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|---------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

131

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN BLOG DE APOYO PARA LA FORMACIÓN EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MUNIESA HERRERO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- OSCA GUADALAJARA MARTA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- DIAZ MARTINEZ JOSE VICENTE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- CASTRO SAURAS ANGEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- TORRES NUEZ JULIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las sesiones del servicio de Traumatología, indispensables en un servicio con docencia de residentes, se vienen desarrollando regularmente con asistencia de todos adjuntos y residentes del servicio.

Hay sesiones de diferentes tipos: Sesiones Bibliográficas: que incluyen lectura crítica de 3 artículos de revistas de impacto de Cirugía Ortopédica y Traumatología; Sesiones quirúrgicas: revisión semanal de todos los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica por los adjuntos del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología; y Sesiones clínicas sobre diferentes contenidos de la especialidad.

Hasta el momento se proporcionan los artículos en papel o se envían por correo electrónico a los interesados presentes en las sesiones, por lo que se pensó crear un sitio en Internet donde colocarlos.

Para ello se pensó en crear un blog, que consiste en un sitio web actualizable periódicamente donde se recopilan una serie de artículos en orden cronológico inverso. Este recurso pertenece a lo que se ha dado en llamar segunda generación de recursos de información en la red (o web 2.0), caracterizados por ser sencillos y dinámicos (fáciles de crear y actualizar), interactivos (admiten comentarios de lectores y listados de enlaces) y gratuitos. En combinación con un servicio de almacenamiento de archivos voluminosos (como Site o posteriormente Drive) se presta adecuadamente al objetivo indicado.

Aunque el punto de partida sea el de compartir las sesiones de lectura de artículos bibliográficos y sesiones clínicas, se podrían ir incorporando otros contenidos, tales como programación de guardias, vacaciones, sesiones de otros tipos y documentos relacionados con la docencia y formación en Traumatología.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Recopilación de sitios destacados en la red para el aprendizaje en Cirugía Ortopédica y Traumatología. (Técnicas quirúrgicas con vídeos demostrativos, protocolos de actuación ...etc)

- Recursos o herramientas de interés para el trabajo asistencial, docente y de investigación en Traumatología, ya sean de producción propia o disponibles a partir de otras fuentes (vías clínicas, webs, reuniones y congresos, etc).
- Bibliografía imprescindible en Traumatología, con artículos y catálogos seleccionados y clasificados por áreas.
- Calendario de sesiones-guardias del servicio y fechas de envío de poster-comunicaciones a Congresos para su consulta directa en el blog.
- Fomentar la creación de blogs de formación en Traumatología entre los médicos residentes u otros médicos, como apoyo al proceso formativo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Mantenimiento continuo del blog, con incorporación de nuevos contenidos y reestructuración de contenidos para mejorar su clasificación y accesibilidad.

- Solicitud de colaboraciones diversas para el blog a todos los miembros del servicio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de entradas del blog (artículos en la página principal).

- Número de páginas del blog y número y tipo de recursos recopilados en ellas.- Número y tipo de documentos de propios publicados.

- Número y procedencia de visitantes del blog.

- Citación del blog en otros sitios sobre Traumatología en la red.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Curso de formación de residentes 2014-2015 (finalización en junio de 2015).

11. OBSERVACIONES. El proyecto no requiere otro recurso que el tiempo de dedicación de los participantes fuera

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

131

DESARROLLO DE UN BLOG DE APOYO PARA LA FORMACIÓN EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

de la jornada habitual, ya que los principales proveedores del servicios para la creación, alojamiento y mantenimiento de blogs (como Blogger de Google o WordPress) son gratuitos.

El trabajo con imágenes, vídeos y en particular la faceta docente, resultan muy adecuados para el trabajo con blogs, a pesar de lo cual se trata de una herramienta no muy difundida en la docencia postgrado, por lo que este proyecto puede servir, además de a sus propios objetivos, para mostrar su utilidad y estimular su aplicación en otras especialidades o centros.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 2 Poco |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 2 Poco |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 2 Poco |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

116

MEJORA EN EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS**2. RESPONSABLE** MARIA PILAR SANZ DE MIGUEL

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRACIA TORRALBA LORENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- MARTIN RUIZ NURIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- ESTABEN BOLDOVA VICTORIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
- ALPUENTE ZORRAQUINO ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- MADURGA REVILLA PAULA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO UCI PEDIATRICA
- PALANCA ARIAS DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO UCI PEDIATRICA
- GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO UCI PEDIATRICA

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

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

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

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actividad de mejora pendiente de inicio. No se dispone de datos en el momento de la propuesta de plan de mejora de calidad

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Crear un protocolo de sedoanalgesia de empleo en pacientes pediátricos, englobando diferentes situaciones concretas, procedimientos no dolorosos (TAC, eco), procedimientos dolorosos (PL, reducción de fracturas, suturas, cura de heridas,...) y sedación en el paciente agitado.

- Instaurar el empleo de nuevos métodos de administración farmacológica mínimamente invasivos, como los dispositivos intranasales para el Midazolam y Fentanilo, dirigido a evitar la canalización de accesos venosos prescindibles y a la minimización de la ansiedad asociada a diferentes técnicas.

- Aumentar la cartera de Servicios Prestados del Hospital Obispo Polanco, evitando la derivación de pacientes por imposibilidad de realizar pruebas complementarias por falta de colaboración del paciente, formando correctamente al personal implicado en la asistencia pediátrica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Desarrollo de un curso teórico/práctico de sedoanalgesia en pediatría, dirigido a los diferentes Servicios implicados en la atención de este tipo de pacientes, pediatras, enfermeras, médicos de urgencias y anestesiistas.

- Emplear diferentes escalas de valoración del dolor (escala observacional para <3 años y escala analógica para >3 años).

- Unificación de criterios y actuaciones en la aplicación de la sedación y analgesia adecuadas en los pacientes pediátricos, para lo cual crear un protocolo de sedoanalgesia consensuado con los diferentes servicios implicados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Evaluación de los asistentes al curso tipo test pre-realización y post-realización del curso teórico-práctico.

- Evaluación de la satisfacción de los asistentes tras la finalización del mismo.

- Creación e implantación del protocolo de actuación en urgencias de pediatría, que indique los siguientes datos:
Indicación ante situaciones agudas dolorosas o que impliquen ansiedad.

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

Monitorización del paciente durante dichos procedimientos

Dosis y vías de administración de la medicación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Se realizará inicialmente un curso teórico-práctico de sedoanalgesia en pediatría,

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

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

116

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

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

247

SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCION MECANICA

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES SERRANO TORRES

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALONSO PEREZ PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. UCE PSIQUIATRIA
- FERNANDEZ JORCANO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. UCE PSIQUIATRIA
- ALBALADEJO RAEZ MARIA EUGENIA. TCAE. H OBISPO POLANCO. UCE PSIQUIATRIA
- JURADO TORRES MARIA JOSE. TCAE. H OBISPO POLANCO. UCE PSIQUIATRIA
- GOMEZ CHAGOYEN BLANCA. PSIQUIATRA. H OBISPO POLANCO. UCE PSIQUIATRIA
- ALEGRE DEL CAMPO TERESA. TCAE. H OBISPO POLANCO. UCE PSIQUIATRIA
- RESANO TOBAJAS JUANA MARIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. UCE PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La contención mecánica es una técnica realizada de forma ocasional en los servicios de psiquiatría, plantas médicas y urgencias hospitalarias.

Se han observado dificultades en su ejecución y desarrollo dada la baja frecuencia de uso y el desconocimiento del procedimiento.

Se plantea por parte de los profesionales la necesidad de criterios claros y pautas de actuación en situación de crisis para el paciente, dado que supone estrés y un riesgo potencial de lesión para usuarios y profesionales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Generalización del correcto uso de las medidas de contención verbal, química y mecánica.

- Mejora de los conocimientos en la indicación de la contención mecánica
- Mejora en el conocimiento del procedimiento a seguir (quien prescribe la técnica, gestión del proceso, material necesario, condiciones ambientales, personal mínimo necesario, cuestiones legales asociadas...)
- Mejora de la coordinación del equipo.
- Mejora de la satisfacción de los profesionales en la intervención.
- Minimización de riesgos de la intervención para pacientes, personal y entorno.
- Prevención de complicaciones
- Mejora en la atención global y calidad de cuidados
- Mejora del conocimiento de los aspectos éticos y legales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un protocolo sobre la contención mecánica de uso hospitalario.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - La revisión de los contenidos del protocolo se realizará cada 2 años y cada vez que ocurra algún cambio significativo que así lo aconseje.

La evaluación de este protocolo se realizará mediante un estudio de incidencia o corte de prevalencia considerando los siguientes criterios:

- Criterio: La hoja de registro de contención mecánica está realizada.

Indicador= N° pacientes registro realizado x 100/ N° pacientes con sujección mecánica

- Criterio: La sujección está indicada

Indicador= N° pacientes que tienen al menos un criterio de indicación en la hoja de registro x 100/ N° pacientes con hoja registro de sujección.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha prevista de finalización: Septiembre 2014

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

247

SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCION MECANICA

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PROTOCOLO

OTRA PALABRA CLAVE 2. CONTENCION MECANICA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|---------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

309

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON ULCERAS VENOSAS MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA UTRILLAS MARTINEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MINGUILLON SERRANO ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- OSET GARCIA MONICA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- PEREZ GIMENO SOFIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- IRANZO GARCIA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- BENITO CAMPO SIMON. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- MORENO MUZAS CELIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- DEL VAL GIL JOSE MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las úlceras crónicas continúan siendo un problema sanitario, económico y social. La mayoría ocurren en personas de edad avanzada; si a esto unimos el envejecimiento de la población, presuponemos que ello condicionará un aumento de los casos de las mismas.

* La demanda de atención en consulta especializada debida a úlceras vasculares, es elevada, lo mismo que el ingreso de pacientes con problemas relacionados con la existencia de úlceras. Ello supone una sobrecarga de trabajo con ingresos prolongados y tratamientos largos.

* Al mismo tiempo, son muchos los productos en el mercado empleados para el tratamiento de las úlceras, lo que dificulta la actuación del personal sanitario, de tal forma que en la mayoría de las ocasiones nos dejamos guiar por la experiencia personal más que por la evidencia científica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Facilitar el algoritmo de decisiones del personal hospitalario implicado en la cura de las úlceras venosas (tanto en consultas como en hospitalización).

- * Disminuir el período de cicatrización y las complicaciones relacionadas con la existencia de una úlcera.
- * Poder elaborar registros fiables de úlceras venosas atendidas en nuestro medio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un protocolo de actuación que se aplicará tanto desde la consulta de Cirugía General como desde la planta de Cirugía y urgencias.

- * Implantación del protocolo

* Elaboración de un registro de pacientes atendidos a causa de úlcera venosa en urgencias, consulta externa o planta de cirugía.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. *Nº de pacientes con úlcera venosa en los que se ha aplicado el protocolo/ nº pacientes con úlcera venosa atendidos en consultas externas, urgencias o planta.

- * Tiempo de cicatrización (meses) desde la aplicación del protocolo.
- * Porcentaje de superficie epitelizada/superficie inicial a 3 meses
- * Incidencia de infección de úlceras
- * Encuesta de satisfacción al personal de enfermería relacionado con el tratamiento de las úlceras respecto al árbol de decisiones.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. *Elaboración del protocolo: abril-mayo 2014

- * Implementación del protocolo en Consultas externas, urgencias y planta de cirugía: Junio 2014.
- * Aplicación del protocolo: Julio-Diciembre 2014.
- * Registro de úlceras venosas: Julio-Diciembre 2014.
- * Encuestas personal de enfermería: enero 2015
- * Recogida resultados: Febrero-marzo 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 2 Poco |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

286

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE LIMITACION DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (LTSV) Y DE ADECUACION DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION VALDOVINOS MAHAVE
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H OBISPO POLANCO
 - Localidad TERUEL
 - Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
 - Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MONTON DITO JOSE MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
- PEREZ MARTINEZ MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
- TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
- MONFORTE SORIANO ENCARNA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
- PEREZ LAHUERTA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
- GIMENEZ MORA ROSA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA
- SANCHEZ SANCHEZ MARIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia y Utilidad del Proyecto:

-Los médicos de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) además de tener como meta restaurar la salud y curar enfermedades o disfunciones graves, deben de asegurar al paciente una muerte digna. Así pues, igual que es necesario conocer los fundamentos científicos y la tecnología para devolver la salud a los pacientes, también debemos hacer lo posible para que los enfermos que fallezcan tengan una muerte digna y libre de dolor.

-La Limitación del Tratamiento de Soporte Vital (LTSV) se puede definir como la manera de dejar a la enfermedad que siga su curso natural y limitar el tratamiento a las medidas que pueden aliviar el dolor y el sufrimiento, evitar el abandono y la soledad, y permitir en lo posible que la muerte se produzca en paz. Una vez que se toma la decisión de limitar algún procedimiento de soporte vital, no quiere decir que el esfuerzo finaliza, sino que el esfuerzo se traspassa a otras áreas como la sedación, analgesia, apoyo psicológico, etc.

-Las formas de LTSV son: limitación al ingreso en UCI, limitación al inicio de determinadas medidas de soporte vital o la retirada de éstas una vez instauradas.

-LTSV se realiza en casi la mitad de los pacientes que fallecen en la UCI. Por lo tanto, tanto el paciente como la familia y el equipo de profesionales que atienden al enfermo, deben prepararse si se toma la decisión de LTSV. Los familiares pueden experimentar gran ansiedad durante la retirada o no inicio de medidas de soporte. Por ello es fundamental la correcta explicación y el máximo apoyo por parte del equipo clínico que atiende al paciente.

Métodos de detección y priorización empleados:

- La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming.
- El método de priorización empleado ha sido la Parrilla de Análisis.

Situación de partida:

- Falta de estandarización de pautas de LTSV y de adecuación de Cuidados al final de la vida.

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 EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Instaurar en la UCI Guías de práctica clínica mediante la elaboración de Protocolos de LTSV y de Cuidados al final de la vida siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Española y Europea de Medicina Intensiva.

-Estandarizar el manejo de los pacientes con indicación de LTSV al unificar los criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuir la variabilidad en la práctica clínica y mejorar la calidad.

-Elaborar los Registros: del cumplimiento de los requisitos para la indicación de LTSV (Fundamentarse en la mejor evidencia científica disponible. Tener en cuenta la voluntad del enfermo, así como la existencia de instrucciones previas. Tomar la decisión por consenso del equipo asistencial. Informar y consultar a los familiares) y de los mínimos que ha de cumplir el Protocolo de Cuidados al final de la vida (Omisión o retirada del tratamiento de soporte vital. Sedación y analgesia en la LTSV. Incorporación de instrucciones previas. Consejo y soporte personal asistencial y de familiares. Proceso de comunicación).

- Optimizar el gasto económico y asistencial.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

286

IMPLANTACION DE PROTOCOLOS DE LIMITACION DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (LTSV) Y DE ADECUACION DE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

-Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas adoptadas para optimizar el manejo de los enfermos con indicación de LTSV.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas:

- Estandarizar los criterios para la indicación de LTSV mediante la elaboración de un Protocolo según los criterios de las Guías Clínicas de las Sociedades Europea y Española de Medicina Intensiva.
- Unificar las medidas de Adecuación de los Cuidados al final de la vida mediante la elaboración de un Protocolo de actuación.
- Sistematizar y registrar los valores obtenidos y las medidas terapéuticas tomadas mediante la elaboración de una Hoja de registro.
- Diseño de Indicadores de Proceso y Monitorización de los mismos.
- Cursos de formación a todo el personal de UCI y a los de nueva incorporación.

Responsables:

- Equipo médico
- Equipo de enfermería

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. De proceso asistencial

-Porcentaje de Cumplimiento del Protocolo de LTSV (standares calidad):

$$\frac{\text{Nº de indicaciones de LTSV que cumplen los requisitos}}{\text{Nº total de indicaciones de LTSV}} \times 100$$

Estándar 100%

-Porcentaje de Cumplimiento del Protocolo de la Adecuación de los Cuidados al final de la vida (standares calidad):

Nº pacientes fallecidos en la UCI con LTSV a los que se les aplicó el Protocolo de Cuidados

$$\frac{\text{Nº total de pacientes fallecidos en UCI con LTSV}}{\text{Nº total de pacientes fallecidos en UCI con LTSV}} \times 100$$

Estándar 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Fecha de inicio: Mayo 2014

-Fecha de finalización: Mayo 2015

-Elaboración y difusión del proyecto: Mayo 2014

-Puesta en marcha del proyecto: Junio 2014

-Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.

-Análisis final de resultados: Mayo 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. 2 Poco
3. Mejorar utilización de recursos. 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

127

ORGANIZACION DEL INSTRUMENTAL DE COT SEGUN FOTOGRAFIAS**2. RESPONSABLE** ALBERTO JAVIER VALENTIN FRANCOS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CORTES GIMENEZ MARIA LUZ. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- MARTIN MARTIN ALICIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- PEÑALOSA GARCES MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- ABRIL SANCHEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- DOMINGO LIZAMA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- DOMENE CASINO PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- SOTO CALDERON MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- LAFUENTE OBENSA ANA BELEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- ALCAINE ARANDA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- NAVARRO ANDRES MARIA LUZ. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- PEREZ ABRIL CONCEPCION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- CASTILLO GARCIA ADORACION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- MAUDOS MARCO VANESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- TORAN SEBASTIAN TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- VILLAMON MARTIN RAQUEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- MENDEZ MUÑOZ ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS
- TOLOS MARIN TERESA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. QUIROFANOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Al comenzar algunas inervenciones de COT nos encontrábamos con que algunas veces el instrumental que se recisaba no estaba bien recogido o estaba ausente en las cajas.

Tras reunión en la unidad se decide relizar fotografías a todo el material una vez recogido en su caja para establecer que siempre se recoja según estas fotografías.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Estandarizar y unificar la ordenación del material de COT.
- Minimizar la falta o pérdida de instrumental de una intervencion a otras.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizaran fotografías de las cajas de instrumental una vez ordenadas correctamente.

Al finalizar las intervenciones y una vez el instrumental este preparado para ser ordenado se hará según las fotografías.

Realizaremos una reunión para informar a todos los profesionales de esta iniciativa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de cajas de COT fotografiadas.
- Porcentaje de cajas recogidas según las fotografías.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero 2014: Se exponen los problemas encontrados y se debate cual es la mejor manera de solucionarlos.

Abril 2014: Se empieza a fotografiar el instrumental según se ha establecido que es la forma correcta.

Junio 2014: Todo el instrumental es fotografiado.

Septiembre 2014: Se realiza sesión clínica con el personal de enfermería para informar de la implantación de esta medida.

Septiembre 2014: Las cajas de instrumental empiezan a recogerse según lo establecido.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. 3 Bastante
3. Mejorar utilización de recursos. 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 2 Poco
5. Atender expectativas de los profesionales. 4 Mucho