

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:32:03 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
TE	AT.PRIMARIA	200	MARCO CATALAN, MARIA PILAR	MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE INMIGRANTE EN LA ZONA DE SALUD DE ALFAMBRA	CS ALFAMBRA	
TE	AT.PRIMARIA	354	SERRANO VALERO, ANA CRISTINA	TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A FAMILIARES QUE CUIDAN DE PERSONAS DEPENDIENTES	CS CALAMOCHA	
TE	AT.PRIMARIA	210	TORRES BENEDICTO, ANGEL	MEJORAS EN EL ALMACENAJE Y CLASIFICACION DEL MATERIAL	CS CEDRILLAS	
TE	AT.PRIMARIA	251	HERNANDEZ DIAZ, ROGELIO	DERIVACION PRECOZ DE PACIENTES CON SORDERA BRUSCA NUROSENSORIAL DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL PARA TRATAMIENTO PRECOZ ESPECIALIZADO	CS CELLA	
TE	AT.PRIMARIA	331	CAROD BENEDICO, ETEL	MEJORA EN LA PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD DE LOS PACIENTES EN EL CS MONREAL DEL CAMPO, TERUEL	CS MONREAL DEL CAMPO	
TE	AT.ESPECIALIZ.	609	ALIAGA MAZAS, YOLANDA	PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO CONTINUADO EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	499	BARAHONA RONDON, SOFIA	ALTA PRECOZ EN EL PUERPERIO	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	190	BARRIO ADIEGO, MARIA DEL CARMEN	IMPLANTACION DEL ETIQUETADO DE FARMACOS USADOS EN ANESTESIA SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANESTESIOLOGIA (SEDA) Y DEL INSTITUTO PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS (ISMP-ESPAÑA).	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	279	BESER PUIG, EUGENIO	ELABORACION Y APLICACION DE UN PROGRAMA DE INFORMACION Y EDUCACION SANITARIA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA Y SUS FAMILIARES Y CUIDADORES	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	98	BOROBIO LAZARO, ALMUDENA	MEJORA DEL PROGRAMA DE DETECCION DE RIESGO SOCIAL, Y DISEÑO Y CREACION DEL PROGRAMA DE REGISTRO DE INTERVENCION SOCIAL	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	46	BOTELLA ESTEBAN, MARIA TERESA	VALORACION DE CRITERIOS DE CALIDAD EN LA INDICACION Y EN LA REALIZACION DE LA COLONOSCOPIA	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	274	CHOCARRO ESCANERO, PILAR	IMPLANTACION Y ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS A TRAVES DE LA HISTORIA ELECTRONICA (PCH).	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	497	COMIN NOVELLA, LAURA	ANALISIS Y ENCUESTA DE SATISFACCION EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR HERNIA DE PARED ABDOMINAL EN REGIMEN DE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA DE CARA A LA IMPLANTACION DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	658	DOMINGO BARRADO, ISABEL	TRATAMIENTO MEDICO EN LOS ABORTOS DE PRIMER TRIMESTRE	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	73	FATAHI BANDPEY, MARIA LUIZA	MEJORA EN LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PROTECCION RADIOLOGICA EN RADIOGRAFIAS DE TORAX Y ABDOMEN EN LA POBLACION PEDIATRICA	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	407	FERNANDEZ SANTOS, RAFAEL	DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INTERCOMPARACIONES EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCION QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	34	GALVE ROYO, FERNANDO LEON	SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	356	MARTIN-CALAMA VALERO, JESUS	IMPLANTACION DE LA INICIATIVA IHAN DE UNICEF EN LOS SERVICIOS DE PEDIATRIA, OBSTETRICIA, Y ANESTESIA DEL HOSPITAL O. POLANCO DE TERUEL	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	55	MONTON DITO, JOSE MARIA	CONTROL TELEMATICO DE MARCAPASOS DEFINITIVOS DEL HOSPITAL "OBISPO POLANCO" DE TERUEL	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:32:04 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
TE	AT.ESPECIALIZ.	357	MORENO ESTEBAN, EVA MARIA	PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES DEL SECTOR DE TERUEL DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	361	MORTE PEREZ, ALFREDO	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE ACTUALIZACION Y FORMACION CONTINUADA EN RCP PARA PERSONAL MULTIDISCIPLINAR DE URGENCIAS	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	613	ORELLANA GARCIA, RAQUEL	REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL H. OBISPO POLANCO	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	348	OSET GARCIA, MONICA	IMPLANTACION DE LA CURA CHIVA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	429	PEREZ PEREZ, AURORA	LA SISTEMATICA DEL TRABAJO ENFERMERO COMO HERRAMIENTA DE DETECCION Y PREVENCION DE RIESGOS EN HEMODIALISIS	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	573	ROIG SALGADO, CRISTINA	REVISION DEL GRADO DE CUMPLIMENTACION DE LOS PROTOCOLOS EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO RADIOLOGICO DE LA PANCREATITIS AGUDA	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	114	SANCHEZ SANTOS, PEDRO JOSE	RADIOPROTECCION DEL PACIENTE EN TOMOGRAFIA COMPUTERIZADA CRANEAL MEDIANTE PROTECTORES OCULARES DE BISMUTO	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	185	SPINOSO CRUZ, VICENTE	CREACION UNIDAD DE HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	58	VALDOVINOS MAHAVE, MARIA CONCEPCION	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO ANTIBIOTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	AT.ESPECIALIZ.	432	VALLE GINER, IRENE	INFORMATIZACION DE PROCESOS DE LA CADENA TERAPEUTICA EN ONCOHEMATOLOGIA	HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	
TE	SALUD MENTAL	213	GOMEZ BERNAL, GERMAN	PROGRAMA DE DETECCION DE DETERIORO COGNITIVO EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA, TERUEL	CRP SAN JUAN DE DIOS DE TERUEL	
TE	SALUD MENTAL	616	HERRANDO VICENTE, VICTORIA	ADQUISICION DE EQUIPO DE VIDEOCONFERENCIA PARA LA REALIZACION DE REUNIONES CON LA SUBCOMISION DE INGRESOS DEL SECTOR ALCANIZ	CRP SAN JUAN DE DIOS DE TERUEL	
TE	SALUD MENTAL	307	LOPEZ GARCIA, ROCIO	PROYECTO MULTICENTRICO: MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SALUD. DISEÑO Y EVALUACION DE PROGRAMAS DE TERAPIA OCUPACIONAL: AUTONOMIA PERSONAL (CRP SAN JUAN DE DIOS, TERUEL).	CRP SAN JUAN DE DIOS DE TERUEL	
TE	SALUD MENTAL	433	REBORDA AMOEDO, SANDRA	ELABORACION DE UN PLAN INDIVIDUALIZADO DE CONTINUACION DE CUIDADOS (PICC) PARA PACIENTES AFECTADOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN EL SECTOR TERUEL	CRP SAN JUAN DE DIOS DE TERUEL	
TE	SALUD MENTAL	1	DIAZ GARCIA, MILAGROS	CUIDARSE PARA SEGUIR CUIDANDO	CSS SAN JOSE DE TERUEL	
TE	SALUD MENTAL	567	IGLESIAS ECHEGOYEN, CARLOS	MEJORA EN LAS DERIVACIONES AL SERVICIO DE SALUD MENTAL	USM TERUEL	
TE	SALUD MENTAL	517	LATORRE MARIN, JOSE IGNACIO	MEJORA EN LA ATENCION PSICOLOGICA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	USM TERUEL	
TE	SOCIOSANITARIO	2	ALMAZAN CALVE, MARIA JESUS	CUIDAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR	CSS SAN JOSE DE TERUEL	
TE	SOCIOSANITARIO	11	CORREA BALLESTER, MARTA	DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO PARA EL AJUSTE DE DOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA UTILIZANDO COMO SOPORTE EL APLICATIVO DE PRESCRIPCION ELECTRONICA	CSS SAN JOSE DE TERUEL	
TE	SOCIOSANITARIO	377	FORCANO GARCIA, MERCEDES	REHABILITACION VIRTUAL DEL CONTROL POSTURAL EN PACIENTES CON ACV	CSS SAN JOSE DE TERUEL	
TE	SOCIOSANITA	300	GONZALEZ GARCIA, PALOMA	OPTIMIZACION DE LA ATENCION AL ANCIANO INGRESADO EN CIRUGIA ORTOPEDICA Y	CSS SAN JOSE DE TERUEL	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:32:05 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
	RIO			TRAUMATOLOGICA: LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA COMO MODELO DE UNIDAD FUNCIONAL		
TE	SOCIOSANITARIO	12	HERNANDEZ MARTIN, JULIA	DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE NOTIFICACION DE ERRORES DE MEDICACION EN UN HOSPITAL SOCIOSANTARIO	CSS SAN JOSE DE TERUEL	
TE	SOCIOSANITARIO	393	MANZANO HERNANDEZ, PILAR	RELAJACION Y CONTROL CORPORAL PARA MEJORAR EL ESTADO FISICO Y PSICOLOGICO DEL PACIENTE (CONTINUACION)	CSS SAN JOSE DE TERUEL	
TE	SOCIOSANITARIO	367	MUÑOZ TOMAS, MARIA TERESA	REHABILITACION VIRTUAL MEDIANTE LA "WII BALANCE BOARD" PARA EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO EN PACIENTES MAYORES	CSS SAN JOSE DE TERUEL	
TE	SOCIOSANITARIO	427	VIAL ESCOLANO, RAQUEL	ALIVIO DE SINTOMAS FISICOS Y/O SUFRIMIENTO REFRACTARIO DE LOS PACIENTES CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS. ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE SEDACION EN EL SECTOR DE TERUEL, UNA AYUDA PARA TODOS	CSS SAN JOSE DE TERUEL	

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

200

MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE INMIGRANTE EN LA ZONA DE SALUD DE ALFAMBRA

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MARCO CATALAN

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ALFAMBRA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN. MEDICA. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- GRACIA PEREZ JUDIT. TRABAJADORA SOCIAL. SERVICIO SOCIAL DE BASE. MANCOMUNIDAD DEL ALTIPLANO
- BRUN IZQUIERDO ANA MARIA. ENFERMERA DE REFUERZO. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- LABAY MATIAS MIGUEL. PEDIATRA. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- CAPELLA ESCARIHUELA MONSERRAT. MATRONA. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ PALOMAR PABLO. MAESTRO. CRA TERUEL 1 PERALES DEL ALFAMBRA. ESCUELA DE EDUCACION INFANTIL Y PRIMARIA
- BESCOS USON JESUS. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Centro de Salud de Alfambra pertenece al Sector de Teruel y en la actualidad atiende a una población de 2034 habitantes. En los últimos años, se ha detectado un aumento progresivo de usuarios procedentes de otros países que estimamos, por datos obtenidos de tarjeta sanitaria, se halla en torno al 10% de la población a la que proporcionamos atención sanitaria.

Ante esta nueva realidad, surge la necesidad de profundizar en el conocimiento del fenómeno migratorio en nuestra Zona Básica de Salud, así como en la formación y actualización en diversas cuestiones relacionadas con patología importada y de mayor prevalencia en países de origen, adquirir conocimientos en medicina transcultural y habilidades para el manejo del paciente inmigrante en la consulta de atención primaria, proporcionando una atención integral donde se contemplen no sólo aspectos curativos sino también actividades preventivas y rehabilitadoras.

Esta situación supone un reto importante en nuestra labor de atención diaria, de forma que consideramos que la elaboración de un Protocolo de Acogida y Atención al Inmigrante, facilitará y mejorará la práctica asistencial diaria, permitiendo recibir a los usuarios inmigrantes de forma más adecuada, identificar sus problemas de salud y situaciones de riesgo, coordinar el esfuerzo de los profesionales así como mejorar la satisfacción de profesionales y usuarios.

Dentro de la visión integradora de Atención Primaria, conociendo cómo los determinantes de salud en la población inmigrante, son fundamentalmente económicos, laborales, culturales, de estilo de vida y trabajo, veíamos importante incluir en el grupo de mejora a profesionales de diferentes ámbitos que pueden ayudar a abordar todos los aspectos de la vida de estas personas: facultativos de Atención Primaria, pediatra, enfermería, trabajo social, admisión, matrona y representante de la comunidad escolar.

Dado que para la correcta elaboración del protocolo han de conocerse, como paso previo, las diferentes realidades y cobertura de cartera de servicios de los inmigrantes de nuestra Zona de Salud, han de planificarse reuniones de coordinación con otros profesionales, se ha de realizar autoformación del equipo, realización del protocolo y evaluación del mismo, planteamos que este plan de mejora se lleve a cabo durante los próximos dos años, tal y como especificamos en el calendario que se aporta.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Conocer la situación real del fenómeno de la inmigración según datos cuantitativos en nuestra Zona de Salud.

2.- Conocer las características sociodemográficas de la población inmigrante: distribución por edad y sexo, país de origen, situación sociolaboral, nivel de escolarización, etc...

3.- Mejorar la accesibilidad al sistema sanitario a través del primer nivel de salud, así como a los servicios y recursos sociales.

4.- Mejorar los conocimientos, habilidades y aptitudes de los profesionales sobre: patología prevalente según el país de origen, patología importada, enfermedades reactivas o de adaptación, cobertura vacunal-actualización del calendario vacunal, normativa y recursos específicos.

5.- Elaboración de protocolos y guías de actuación.

6.- Realización de actividades preventivas y de promoción de salud.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

200

MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE INMIGRANTE EN LA ZONA DE SALUD DE ALFAMBRA

- 7.- Mejorar la coordinación entre profesionales sanitarios y no sanitarios, sobre todo con los Trabajadores Sociales y con la comunidad escolar.
- 8.- Conseguir la implicación de otras organizaciones e instituciones.
- 9.- Mejorar el registro de datos en la historia clínica OMI-AP.
- 10.- Mejorar la satisfacción de profesionales y usuarios con los servicios prestados y recibidos.
- 11.- Sensibilizar a la población autóctona sobre el fenómeno de la inmigración y la interculturalidad.
- 12.- Concienciar a la nueva población de la necesidad de adaptarse a la nueva realidad social (derechos, deberes, normas...).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Realización de un estudio epidemiológico sobre las características sociodemográficas de la población inmigrante de la Zona de Salud de Alfambra: prevalencia, país de origen, distribución por edad y sexo, tiempo de residencia, situación social y laboral, recursos. Colaboración con el Servicio de Admisión.
- 2.- Elaboración de un protocolo de Atención inicial al inmigrante. Equipo de mejora.
 - 3.- Seguimiento de los protocolos habituales de Cartera de Servicios adaptados a las características de la población. Equipo de mejora.
 - 4.- Desarrollo de un programa educativo y de promoción de salud: alimentación, salud sexual y reproductiva, vacunaciones. Equipo de mejora, especialmente enfermería y matrona.
 - 5.- Elaboración de folletos informativos sobre el funcionamiento del Centro de Salud, sus recursos sanitarios, sociales y administrativos. Equipo de mejora.
 - 6.- Formación de los miembros del EAP sobre patología prevalente según el lugar de origen y actualización del calendario vacunal. Equipo de mejora.
 - 7.- Presentación del protocolo de acogida y del programa educativo al EAP. Responsable del programa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- % de usuarios inmigrantes con menos de 5 años de estancia en nuestro país que solicitan asistencia en las consultas de Atención Primaria con registro en OMI. Objetivo 75%.
- 2.- % de usuarios inmigrantes con menos de 5 años de estancia en nuestro país que solicitan asistencia en horario de Atención Continuada registrado en OMI. Objetivo 75%.
 - 3.- % de usuarios inmigrantes con menos de 5 años de estancia en nuestro país y que solicitan consulta con estudio analítico adecuado según protocolo. Objetivo 75%.
 - 4.- % de usuarios inmigrantes (niños y adultos) con actualización vacunal correcta registrado en OMI. Objetivo 80%.
 - 5.- % de mujeres embarazadas inmigrantes que acuden a la consulta de obstetricia antes de la semana 11. Objetivo 75%.
 - 6.- % de mujeres inmigrantes que acuden a la revisión post-parto. Objetivo 75%.
 - 7.- % de mujeres inmigrantes en edad fértil (15 a 49 años) en cuya historia clínica OMI esté registrada la utilización de métodos anticonceptivos y/o haber recibido información sobre los mismos. Objetivo 80%.
 - 8.- % niños inmigrantes de 0 a 14 años en cuya historia clínica OMI consta, al menos, un registro sobre visita realizada con profesional sanitario respecto al Programa de Atención al Niño Sano. Objetivo 80%.
 - 9.- Nº de sesiones formativas impartidas al EAP necesarias para la adquisición de conocimientos y presentación del protocolo. Objetivo 3.
 - 10.- % de usuarios inmigrantes con menos de 5 años de estancia en nuestro país que han realizado entrevista con la trabajadora social. Objetivo 80%.
 - 10.- Valoración de la satisfacción de los profesionales tras la implantación del protocolo. Encuesta de satisfacción.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA DE INICIO: marzo 2011
FECHA DE FINALIZACION: marzo 2013
ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO Y ELABORACION DEL PROTOCOLO: hasta junio 2011.
PRESENTACION DEL PROTOCOLO AL EAP: octubre 2011. Recogida de sugerencias.
REALIZACION DE SESIONES FORMATIVAS EN EL EAP: noviembre 2011.
PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO: enero 2012
SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO. PROBLEMAS DETECTADOS. SUGERENCIAS: a lo largo del año 2012.
EVALUACION FINAL. ENCUESTAS DE SATISFACCION A PROFESIONALES Y USUARIOS: marzo 2013.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 200

MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE INMIGRANTE EN LA ZONA DE SALUD DE ALFAMBRA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Folletos y carteles informativos traducidos	600 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 354

1. TÍTULO

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A FAMILIARES QUE CUIDAN DE PERSONAS DEPENDIENTES

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA SERRANO VALERO

- Profesión TRABAJADOR SOCIAL
- Centro CS CALAMOCHA
- Servicio/Unidad .. CENTRO DE SALUD
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GÜERRI BALLARIN INMACULADA. MEDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD CALAMOCHA. CENTRO DE SALUD
- FALOMIR ROS ROSA. ENFERMERA A. P.. CENTRO DE SALUD CALAMOCHA. CENTRO DE SALUD
- FUNES SABIRON ANA PILAR. MEDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD CALAMOCHA. CENTRO DE SALUD
- GOMEZ GALVE LUCIA. ENFERMERA A. P.. CENTRO DE SALUD CALAMOCHA. CENTRO DE SALUD
- INUÑEZ PEÑA PILAR. ENFERMERA A.P.. CENTRO DE SALUD CALAMOCHA. CENTRO DE SALUD
- SANZA PILAS JESUS. MEDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD CALAMOCHA. CENTRO DE SALUD
- SEBASTIAN GARCIA RAFAEL. MEDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD CALAMOCHA. CENTRO DE SALUD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Centro de Salud de Calamocha se ubica en un entorno rural caracterizado por un alto envejecimiento poblacional. Tradicionalmente, en el medio rural, los cuidados de las personas que presentan dependencia, en un alto porcentaje, se prestan en el entorno familiar. El cuidar de una persona dependiente puede afectar tanto al cuidador como a la persona cuidada ya que supone una carga tanto física como emocional. En el Centro de Salud de Calamocha, según datos de cartera de servicios, hay 114 personas dependientes de los cuales 35 son atendidos en residencias, por lo que el 70% es cuidado en el domicilio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal es:

* Formar a un grupo de cuidadores no profesionales

Objetivos específicos:

- Incrementar el grado de conocimientos sobre cuidados para mejorar la atención a la persona dependiente.
- Disminuir el riesgo de sobrecarga en el cuidador.
- Proporcionar al cuidador claves para el autoconocimiento.
- Facilitar una comunicación fluida entre los cuidadores y el equipo de profesionales del Centro de Salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Primera fase:

- Captación de grupo de cuidadores, priorizando aquéllos que presentan mayor riesgo de sobrecarga del cuidador.

Segunda fase:

- Desarrollo de las sesiones:

- 1ª Situación y necesidades de las personas que cuidan y características de las personas cuidadas.
- 2ª Identificación y análisis de factores que intervienen en la experiencia del cuidado.
- 3ª Higiene, cuidados de la piel y movilizaciones.
- 4ª Alimentación, sueño y actividad física.
- 5ª Cuidarse para cuidar.
- 6ª Comunicar y formas de relacionarse.
- 7ª Dispositivos y recursos de apoyo externos al entorno familiar.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 354

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD DIRIGIDO A FAMILIARES QUE CUIDAN DE PERSONAS DEPENDIENTES

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. * Grado de participación: número de participantes y porcentaje de asistencia a las sesiones.

* Cuestionario final sobre evaluación de cada una de las sesiones.

* Disminución de grado de carga en el cuidador, pasando a los participantes el cuestionario Zari antes de comenzar las sesiones y posteriormente, a los tres meses, después de haberlas finalizado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril. Captación y valoración inicial del cuidador.

Mayo - junio. Desarrollo de las sesiones, con periodicidad semanal.

Junio. Evaluación de las sesiones.

Octubre. Valoración final del grado de carga del cuidador.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil	500 €
· Material para cuidadores	100 €
· Material formativo para el equipo de formadores	100 €
Total	700 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

MEJORAS EN EL ALMACENAJE Y CLASIFICACION DEL MATERIAL

2. RESPONSABLE ANGEL TORRES BENEDICTO
• Profesión ENFERMERIA
• Centro CS CEDRILLAS
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• SANCHEZ RUBIO CONCEPCION. ENFERMERIA. CS CEDRILLAS.
• COMAS RIBAS EDUARDO. MEDICO. CS CEDRILLAS.
• SANZ BARAJAS PEDRO. MEDICO. CS CEDRILLAS.
• GIMENO ROMERO MANUEL. MEDICO. CS CEDRILLAS.
• EDO GARGALLO PILAR. ADMINISTRATIVA. CS CEDRILLAS.
• CRUZ GALAN JOSE ANTONIO. MATRON. CS CEDRILLAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Existe un problema a la hora de clasificar y ordenar los pedidos mensuales en el EAP de Cedrillas, al no disponer de un lugar con los suficientes apartados clasificatorios por orden alfabético, que ocasiona una demora en el tiempo utilizado por el personal responsable de realizar los pedidos y posterior colocación de los mismos.
En ocasiones detectamos errores que conllevan a duplicidades o faltas en los pedidos por no haber una correcta clasificación de los productos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos reducir el tiempo utilizado por el personal responsable de realizar los pedidos y su ordenación posterior, al tiempo que se conseguiría una mayor rapidez a la hora de buscar cualquier tipo de material o medicación.
Queremos conseguir que no haya errores de solicitud de pedido, para evitar cualquier déficit de material o duplicidades.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Confeccionar un listado de todo el material, almacenable, no almacenable que se pide a través del SERPA llevando un control exhaustivo desde los responsables del EAP de Cedrillas.
Confeccionar un listado de los 5 productos de mayor coste, al objeto de que exista siempre un stock mínimo de los mismos para evitar caducidades y aumento del gasto en el capítulo de almacén.

Habilitar el espacio ya existente como almacén, con un sistema de cajetillas y estanterías auxiliares, de manera que se pueda ordenar alfabéticamente cada apartado:

- Medicación Parenteral
- Medicación Oral
- Material almacenable, no almacenable.
- Etc.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Indicadores de estructura: Disponibilidad en el Centro de Estanterías y cajetines suficientes para mejorar la accesibilidad al material

- Indicadores de proceso: Se realizará una monitorización del tiempo empleado por las personas responsables de hacer el pedido y su posterior colocación. La monitorización se realizará antes y después de la puesta en marcha del proyecto de mejora
- Indicadores de Resultado: Se pretende reducir los tiempos empleados para realizar los pedidos y su posterior organización. Disminuir los errores relacionados con duplicidades y faltas de material

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 210

1. TÍTULO

MEJORAS EN EL ALMACENAJE Y CLASIFICACION DEL MATERIAL

Mes "0".

- ? Confeccionar los listados tanto de los cinco productos de mayor coste como de todo el material, almacenable y no almacenable, que se pide por el SERPA
- ? Medición de los tiempos empleados antes de la implantación del programa de mejora

Mes "1"

- ? Implantación del programa de mejora con la colocación de las estanterías y cajetines debidamente rotulados por orden alfabético

Mes "4"

- ? Nueva medición de los tiempos empleados, tanto para la realización del pedido como para su posterior colocación.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ESTANTERIAS	300 €
· CAJETINES CLASIFICADORES	200 €
· MATERIAL DE IMPRENTA Y ROTULACION	100 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 251

DERIVACION PRECOZ DE PACIENTES CON SORDERA BRUSCA NUROSENSORIAL DESDE ATENCION PRIMARIA AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCI DE TERUEL PARA TRATAMIENTO PRECOZ ESPECIALIZADO

2. RESPONSABLE ROGELIO HERNANDEZ DIAZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS CELLA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARISA ROCHA GEMA. MEDICO. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
- CAMARA JIMENEZ FERMIN. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO ORL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La sordera brusca neurosensorial tiene na prevalencia infraestimada de hasta 160 casos por 100.000 habitantes."hemos detectado pacientes con esta patologia derivados a consultas externas de otorrinolaringología cuando es una urgencia.que requiere tratamiento e ingreso siendo sencillo su aproximación dignóstica para tratamiento precoz.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Concienciar a los facultativos sobre la importancia de la patología y evitar en algunos pacientes la demora en el tratamiento obteniendo recuperación mejor de la audición.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-Disponibilidad de diapasones otológicos para el EAP

2-Adiestramiento en su uso y concienciación de la patología.

3- Aplicación a los casos de sordera brusca neurosensorial en el Centro de procedencia de una dosis de metilprednisolona si no hay contrindicación y derivación urgente a Urgencias de Hospital Obispo Polanco.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Valoración de la sesión de formación sobre detección de sordera brusca.

Número de pacientes derivados desde el Centro de Salud.

-Número de decibelios recuperados en la audiometría por paciente del procedente del centro.

-Número de horas desde inicio de clínica y hasta primera dosis de metil prednisolona e ingreso.

.-Comparación con otros centros de procedencia.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1-Firma del Proyecto.

2-Inicio mayo de 2011.Adjudicación de diapasones y formación.

2-Noviembre diciembre de 2011 revisión y análisis de datos.

3-Informe final enero de 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Diapasones	200 €
· sesiones de docencia por orl en centro de Salud y Urgencias	320 €
Total	520 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 331

MEJORA EN LA PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD DE LOS PACIENTES EN EL CS MONREAL DEL CAMPO, TERUEL

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GOMEZ CADENAS CONCHA. ENFERMERIA. CENTRO SALUD MONREAL DEL CAMPO. CONSULTORIO DE VILAFRANCA Y POZUEL
 - ASCOZ HERRANDO CARLOS. MEDICO DE FAMILIA. CENTRO SALUD MONREAL DEL CAMPO. COORDINADOR MEDICO
 - ESCUSA ANADON CORINA. ENFERMERIA. CENTRO SALUD MONREAL DEL CAMPO. CONSULTORIO OJOS NEGROS Y BLANCAS
 - VALLE SANCHEZ FRANCISCO. PEDIATRA. CENTRO SALUD MONREAL DEL CAMPO Y SANTA EULALIA. PEDIATRIA
 - HERNANDEZ ANTON RUBEN. FISIOTERAPEUTA. CENTRO SALUD MONREAL DEL CAMPO. CENTRO DE SALUD
 - MUÑOZ DOLZ ALICIA. ADMINISTRATIVA. CENTRO SALUD MONREAL DEL CAMPO. ADMINISTRACION
 - RUIZ DOMINGO MARIA ROSA. MATRONA. CENTRO SALUD MONREAL DEL CAMPO. MATRONA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. PUNTO DE PARTIDA, FUENTES DE INFORMACIÓN:

La puesta en marcha de Planes de Calidad, basados en la filosofía de la Calidad Total, en múltiples centros hospitalarios del mundo ha demostrado que se trata de una herramienta fundamental para la mejora continua de la asistencia sanitaria, permitiendo ofrecer el máximo de calidad asistencial con los recursos disponibles. El Centro de Salud de Monreal del Campo, revisa el trabajo realizado por el Plan de Calidad del Hospital Obispo Polanco en su línea estratégica nº 2 y en su Libro de Estilo, con la idea de rentabilizar su metodología y resultados en el ámbito de Atención Primaria. De este modo se pretende impulsar un cambio cultural en el centro que implique a todos los trabajadores para mejorar la satisfacción de los usuarios mediante una atención sanitaria lo más personalizada y humana posible.

PROBLEMAS DETECTADOS:

- Quejas/sugerencias de los pacientes acerca de la falta de intimidad en la zona común de recepción de muestras biológicas y análisis.
- Percepción de los profesionales sobre falta de confidencialidad en la interconsulta de pacientes dentro del mismo centro de salud.
- Sugerencias de los pacientes y profesionales sobre la falta de confidencialidad suficiente a la hora de comentar su caso clínico concreto en los pasillos del centro.
- Sugerencias de los pacientes y profesionales sobre la falta de confidencialidad por oírse desde las salas de espera lo que se comenta dentro de las consultas o dentro del departamento de administración.
- Falta de delicadeza a la hora de entrar en una consulta o insuficiente protección de la intimidad del paciente en una sala de exploración.
- Dejar documentos con información confidencial sin protección adecuada a la vista de otros pacientes.

IMPORTANCIA Y UTILIDAD:

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

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 y desarrollando de este modo la misión, visión y valores de nuestro sistema sanitario.

POBLACIÓN DIANA:

Médicos de familia, enfermeros, matrona, pediatra, fisioterapeuta, personal de limpieza, trabajador social y administrativos del centro de salud de Monreal

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

331

MEJORA EN LA PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD DE LOS PACIENTES EN EL CS MONREAL DEL CAMPO, TERUEL

del Campo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

- ? Elaborar un libro de estilo o manual que facilite una forma de actuación común de los profesionales de nuestro centro de salud, que esté de acuerdo con la misión, visión y valores de la organización en la que trabajamos con la finalidad de dar coherencia a la propia organización y teniendo en cuenta que la razón de ser del sistema sanitario son las personas a las que se da servicio -el centro del proceso asistencial lo constituye, pues, el usuario.
- ? Elaborar un documento o tríptico de confidencialidad e intimidad a todos los profesionales del centro de salud.
- ? Impulsar un cambio cultural entre los profesionales.
- ? Incluir el documento o tríptico de confidencialidad e intimidad en la Guía de acogida de los profesionales.
- ? Desarrollar y difundir las normas de acceso a la Historia Clínica y establecer los criterios para la protección de los datos clínicos contenidos en ella.
- ? Evitar exponer a la vista pública listados, documentos de pacientes (informes médicos, de alta, resultados de analítica, resultados de anatomía patológica, de radiología, volantes de solicitud de pruebas, agendas de citas...) en consultas, lugares de paso, mostrador de administración, etc.
- ? Asegurar la destrucción de todo tipo de documentos que contengan datos de pacientes.
- ? Revisar que todas las consultas, salas de exploración o tratamiento tengan cortinas/biombos.
- ? Facilitar espacios privados para la información sanitario-paciente y sanitario-sanitario.

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 de refuerzo, 1 pediatra, 1 trabajador social, 6 enfermeras titulares y 2 de refuerzo, 1 trabajador de la limpieza, 1 matrona, 1 fisioterapeuta y 2 auxiliares administrativos.

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

Posteriormente se evaluará las necesidades y expectativas de los usuarios, con encuestas de satisfacción y hojas de sugerencias.

Seguidamente se evaluarán las situaciones que más incomodidad generan en los paciente y el equipo con una hoja de recogida de datos y tormenta de ideas.

Otras actividades:

- Reuniones interdisciplinarias trimestrales entre miembros del CS.
- Sesiones científicas docentes a los profesionales sobre legislación relacionada con la confidencialidad e intimidad.
- Sesiones científicas docentes a los profesionales sobre confidencialidad e intimidad desde un punto de vista bioético.
- Colaborar con el equipo encargado de la implantación de normas ISO en el centro de salud.
- Interconsulta si es preciso al CEAS del sector Teruel, para completar información.
- Elaboración de un libro de estilo siguiendo los pasos del creado por el H.O.Polanco.
- Elaboración de un tríptico sobre confidencialidad e intimidad siguiendo el ejemplo creado por el H.O.Polanco.
- Registro de actividades.
- Análisis de los datos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Evaluación de los conocimientos existentes en confidencialidad e intimidad en los profesionales del centro en enero 2011 y dic 2011.

2. Evaluación de las necesidades y sugerencias de pacientes para proteger su intimidad y la confidencialidad.
3. Hoja de recogida de datos/encuesta de valoración de ansiedad.
4. Satisfacción de los profesionales del centro de salud (EVAs).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

331

MEJORA EN LA PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD DE LOS PACIENTES EN EL CS MONREAL DEL CAMPO, TERUEL

Indicadores:

- ? Grado de satisfacción del profesional tras ampliar conocimientos este campo.
- ? nº de preguntas acertadas en evaluación de enero de 2011 (ideal si >75%) en relación a diciembre de 2011.
- ? Grado de satisfacción del USUARIO antes y después de desarrollar mejoras en este campo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario 2011:

Enero, febrero, marzo:

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

Evaluación básico sobre confidencialidad e intimidad para conocer situación de partida (conocimientos del equipo). Hoja que recoja necesidades e inquietudes más relevantes y sentidas por el equipo y los usuarios. Organización del trabajo en equipo. Revisión del material necesario. Preparación de sesiones docentes a dichos profesionales.

Abril, mayo, junio:

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

Elaboración de la encuesta de detección de ansiedad/stres en los profesionales. Preparación de sesiones docentes a dichos profesionales. Puesta en marcha de actividades que protejan la confidencialidad e intimidad en los usuarios del centro (biombos, carpetas, espacios privados para información...).

Julio-Septiembre:

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

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

Elaboración con fotografías ejemplarizantes de la protección de la confidencialidad e intimidad siguiendo el tríptico y libro de estilo del H.O.Polanco.

Comenzar con:

- ? Elaboración de un libro de estilo siguiendo los pasos del creado por el H.O.Polanco.
- ? Elaboración de un tríptico sobre confidencialidad e intimidad siguiendo el ejemplo creado por el H.O.Polanco.

Octubre-Diciembre:

? Evaluación del proyecto y propuesta de actividades para mejorar la calidad de la atención sanitaria en relación con la bioética y la legislación vigente en relación con la protección de datos, confidencialidad e intimidad.

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

? Evaluación de la satisfacción de los profesionales y usuarios.

? Elaboración de un libro de estilo siguiendo los pasos del creado por el H.O.Polanco.

? Elaboración de un tríptico sobre confidencialidad e intimidad siguiendo el ejemplo creado por el H.O.Polanco.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· CREACION LIBRO ESTILO	300 €
· CREACION TRIPTICO CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD	200 €
· LIBROS ETICA CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD	300 €
· *BIOMBOS, CORTINAS, CRISTALES TRASLUCIDOS,	300 €
Total	1.100 €

11. OBSERVACIONES. *BIOMBOS, CORTINAS, CRISTALES TRASLUCIDOS, MUSICA QUE DISTORSIONE SONIDOS, ETC

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 331

MEJORA EN LA PROTECCION DE LA CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD DE LOS PACIENTES EN EL CS MONREAL DEL CAMPO, TERUEL

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO CONTINUADO EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

2. RESPONSABLE YOLANDA ALIAGA MAZAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. PEDIATRÍA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MUÑOZ ALBILLOS MARISOL. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. PEDIATRIA
- VICENTE MONFORTE PILAR. ENFERMERA. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. PEDIATRIA
- COTE SAEZ BEGOÑA. ENFERMERA. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. PEDIATRIA
- VALERO ADAN MARIA TERESA. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. PEDIATRIA
- MARTIN MARTIN CONCEPCION. ENFERMERA. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La asistencia al recién nacido enfermo es cada vez de mayor complejidad. En los hospitales de nivel IV esta patología se atiende en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y exige formación y desarrollo de habilidades muy específicas de los profesionales, tanto pediatras como enfermeras de esas unidades.

El Hospital O Polanco de Teruel, no dispone de UCI neonatal, sin embargo, los profesionales que cubren la asistencia de los recién nacidos se ven en la obligación de atender a recién nacidos muy graves desde el nacimiento hasta que se estabiliza al neonato y se organiza el traslado hacia la UCI neonatal del Hospital de referencia. Estos periodos son cortos, de 12 a 24 horas, sin embargo la actuación que se lleve a cabo en los mismos es de una trascendencia "vital", y puede comprometer de por vida el futuro de los recién nacidos.

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

La única forma de asegurar un nivel asistencial excelente para estas situaciones realizar sesiones de entrenamiento práctico con los profesionales (pediatras, enfermeras y auxiliares) del Servicio de Pediatría, tutorizadas por profesionales (pediatras intensivistas y enfermeras de UCI neonatal) de los hospitales de nivel IV.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mantener las habilidades de asistencia al recién nacido crítico por todos los profesionales del Servicio de Pediatría, para garantizar una atención de excelencia.

- Actualizar los protocolos de asistencia a los recién nacidos muy graves, bajo la dirección de expertos de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.
- Entrenar el trabajo coordinado en equipos: pediatra-enfermera-auxiliar, para optimizar la asistencia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Desarrollo de Talleres Prácticos con simulaciones de casos reales en los que participen equipos de Pediatra-Enfermera-Auxiliar, dirigidos por profesionales (Intensivistas neonatales y Enfermeras de UCI neonatal).

- En estos Talleres se utilizará material de simulación de emergencias que remeden al máximo la situación real con maniqués de recién nacido monitorizado.
- Se ha contactado con los profesionales de las UCI neonatales de referencia que han aceptado colaborar.
- Desarrollo de Sesiones de Traslado de recién nacidos muy graves coordinadas con los Servicios de Transporte Medicalizado Urgente en los que se utilice el mismo material de simulación monitorizado.
- Simulacros de alarma periódicos no programados para optimizar el tiempo de reacción de todos los profesionales ante situaciones de urgencia neonatal grave.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de sesiones prácticas realizadas por cada uno de los miembros de los Servicios de Pediatría (Pediatras, Enfermeras y Auxiliares).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 609

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO CONTINUADO EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

- Mejora en los tiempos de reacción obtenidos en los simulacros de alarma.
 - Valoración del estado en que acceden a los Hospitales de Referencia los neonatos graves trasladados desde el Hospital de Teruel.
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Se realizarán talleres de simulación con una periodicidad mensual.
- En cada taller participarán tres equipos de pediatra-enfermera-auxiliar y tendrán una duración de 8 horas.
 - Las sesiones de simulacro se desarrollarán en las dependencias del Servicio de Pediatría del Hospital O Polanco de Teruel
 - Se realizará un simulacro de traslado en coordinación con los Servicios de Traslado Medicalizado Urgente de pacientes de Aragón, con una periodicidad bimensual.
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|---|----------|
| · Maniquí Informatizado de simulación "Sim New". | 12.000 € |
| · Dietas de Intensivistas Instructores para 18 cursos | 2.500 € |
| Total | 14.500 € |
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

499

ALTA PRECOZ EN EL PUERPERIO

2. RESPONSABLE SOFIA BARAHONA RONDON

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. GINECOLOGÍA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DOMINGO BARRADO ISABEL. MEDICO. HOSPITAL O POLANCO TERUEL. GINECOLOGIA
- CORDEIRO COSTA CRISTINA. MEDICO. HOSPITAL O POLANCO TERUEL. PEDIATRIA
- FABRE CASTELLANO ANA. MATRONA. HOSPITAL O POLANCO TERUEL. MATERNIDAD
- TREGON MARTIN PILAR. MATRONA. HOSPITAL O POLANCO TERUEL. MATERNIDAD
- ORIOLA MARTIN MARIA. MATRONA. HOSPITAL O POLANCO TERUEL. MATERNIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hasta ahora en nuestro hospital el alta de las púerperas se da al tercer día postparto en los partos normales y al 4-5 día de vida en las cesáreas.

Los recién nacidos son revisados cada día por los pediatras a las 24 horas se les realiza la prueba de otoemisiones y al tercer día la prueba del talón (no habrá problema en realizarla al 2 día de vida)

Con este proyecto queremos ofrecer a nuestras pacientes la posibilidad de irse de alta al 2 día postparto tras partos normales y al 3 día en las cesáreas sin complicaciones., además de reducir el gasto que conlleva un día de ingreso.

En acuerdo con los pediatras, los recién nacidos con algún problema serán ingresados en el servicio de pediatría y su madre, aunque ya dada de alta, podría permanecer con el recién nacido (incluyendo dieta y cama

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la estancia y el gasto hospitalario

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Visita médica adecuada de las primíparas para descartar cualquier problema y que así puedan irse de alta.

Visita pediátrica detallada del RN e ingreso en el Servicio de Pediatría en los casos que no puedan ser dados de alta a las 48 horas.

Recoger los datos de cuantos se van al 2 día y cuantos se quedan otro día ingresadas y cuantos recién nacidos pasan a ingresar a pediatría.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La monitorización y evaluación del proyecto se realizará analizando los resultados obtenidos, el correcto seguimiento del proceso y el grado de satisfacción de las pacientes:

- número de casos de alta precoz en postparto / total de partos
- Encuesta de satisfacción: se entregará al paciente al terminar el tratamiento.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Marzo 2011 presentación del proyecto.

- Abril 2011 implantación del proyecto
Evaluación semestral del proyecto.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

190

IMPLANTACION DEL ETIQUETADO DE FARMACOS USADOS EN ANESTESIA SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANESTESIOLOGIA (SEDAR) Y DEL INSTITUTO PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS (ISMP-ESPAÑA).

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN BARRIO ADIEGO
• Profesión MEDICO/A
• Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
• Servicio/Unidad .. SERVICIO DE ANESTESIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• LOPEZ FECED M CARMEN. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE ANESTESIA
• TORRES PERALTA M DOLORES. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE QUIROFANO
• LAFUENTE OBENSA ANA BELEN. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE QUIROFANO
• MAUDOS MARCO VANESA. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE QUIROFANO
• RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE ANESTESIA
• GARCIA FUENTES LORENA MARIA. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE QUIROFANO
• CASTILLO GARCIA ADORACION. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE QUIROFANO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dado que los errores relacionados con la medicación constituyen un grave problema sanitario y siguiendo las recomendaciones del Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR), de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR) y del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) de enero del 2011; consideramos que podría ser muy útil para nuestros pacientes la implantación del sistema internacional de código de colores para el etiquetado de las jeringas con fármacos a administrar durante el acto anestésico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

Reducir los errores de administración de los medicamentos inyectables, mejorando la seguridad de los pacientes mediante la promoción de prácticas seguras para la identificación de los fármacos en las diferentes jeringas a administrar estandarizando su etiquetado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Introducción del sistema internacional de código de colores para el etiquetado de las jeringas recomendado por SENSAR, SEDAR y ISMP-España de enero de 2011, que se pueden consultar en sus páginas web, para

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Una vez conseguido el material necesario, las etiquetas estandarizadas que podrían ser proporcionadas por www.ibersalut.com o www.tacklen.com o cualquier otro proveedor, la implantación del sistema requeriría:

Sesiones clínicas y pósters para familiarizar al personal con el código de colores.

Uso progresivo de las etiquetas en quirófano.

Inicio de su uso en quirófano de urgencias.

Estaríamos hablando de 5 a 6 meses para implantar el sistema en todos los quirófanos debido a la rotación de personal.

Como indicadores debería conseguirse el etiquetado de las jeringas de relajantes musculares y de opioides y tener preparado en todos los quirófanos previo a su uso los medicamentos considerados imprescindibles (atropina, efedrina y succinilcolina).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Una vez obtenido el material, deberíamos tener unos resultados preliminares aceptables como su aplicación en al menos los procesos urgentes (urgencias quirúrgicas, obstétricas y analgesia epidural para el parto) antes de finalizar el año y el conocimiento del código de colores por parte del personal de quirófanos implicado en ese tiempo, para posteriormente implantarlo en el resto de quirófanos al fin

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 190

IMPLANTACION DEL ETIQUETADO DE FARMACOS USADOS EN ANESTESIA SEGUN LAS RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANESTESIOLOGIA (SEDAR) Y DEL INSTITUTO PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS (ISMP-ESPAÑA).

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Etiquetas y dispensador quirófano 1	300 €
· Etiquetas y dispensador quirófano 2	300 €
· Etiquetas y dispensador quirófano 3	300 €
· Etiquetas y dispensador quirófano 4	300 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES. Dada la premura con la que hemos preparado este plan de mejora, pero creyendo que reúne dos condiciones muy interesantes como son la seguridad del paciente y la novedad de las recomendaciones en las que se basa, que podríamos resumir en estandarizar el etiquetado de los fármacos anestésicos dado que suponen un tercio de los errores evitables que se cometen en quirófano, aumentando la seguridad en el mismo. Tenemos el inconveniente de no poder presentar mas que un presupuesto en el momento actual. Cada kit (compuesto de dispensador y etiquetas) cuesta 300 euros más IVA. Estamos pendientes de recibir nuevos presupuestos, lo que podría modificar el monto de la ayuda económica necesaria.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 279

1. TÍTULO

ELABORACION Y APLICACION DE UN PROGRAMA DE INFORMACION Y EDUCACION SANITARIA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA Y SUS FAMILIARES Y CUIDADORES

2. RESPONSABLE EUGENIO BESER PUIG

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. HEMODIÁLISIS
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FUERTES JARQUE CONCHA. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS
- IBÁÑEZ MATEO MARIA LUISA. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS
- SANCHEZ MARTINEZ AMPARO. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS
- BLAZQUEZ SUCH ADORACION. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS
- ESLAVA ESLAVA CELIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS
- LAGUIA MENDOZA MARIA ISABEL. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. HEMODIALISIS
- BERISA LOSANTOS FRANCISCA. MEDICO. JEFE DE SECCION DE NEFROLOGIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los pacientes con insuficiencia renal crónica, a partir de filtrados glomerulares iguales o menores a 20 ml/m, se considera necesario prepararlos de cara a un futuro en tratamiento renal sustitutivo.

Hay pacientes seguidos y controlados durante largos periodos de tiempo en las consultas ambulatorias de Nefrología, deben ser conscientes de su enfermedad y progresivamente recibir información, otros se diagnostican cuando ya se encuentran en fase de prediálisis, precipitándose las necesidades de información.

Cuando comienzan tratamiento renal sustitutivo, surgen frecuentemente nuevas preguntas y necesidad de muchas respuestas.

A pesar de explicaciones, muchas veces muy repetidas, los pacientes, la mayoría de edad avanzada, entienden su situación de forma precaria, no valoran la importancia de los autocuidados y no siempre comprenden adecuadamente datos decisivos para tomar parte plenamente en las decisiones que les atañen. A veces reciben del entorno social mensajes alarmantes e inciertos e incluso a veces tienen miedo, no confesado, de un posible coste que no puedan afrontar o de cómo va a ser su atención sanitaria futura.

Tanto de las administraciones, como de las casas comerciales, como de organizaciones nefrológicas, recibimos periódicamente algunos materiales didácticos para pacientes con insuficiencia renal, que contemplan aspectos parciales de sus problemas. Unos van sustituyendo a otros y se distribuyen entre los pacientes hasta que se agotan.

Necesitamos un material didáctico adaptado, evaluado, actualizado y fácilmente comprensible, que contemple todos los aspectos de interés para nuestros pacientes y sus familiares y cuidadores. Poder mantener abierta un aula real que ofrezca apoyo, con un buen material educativo, para las diferentes situaciones y necesidades.

También la experiencia de otros pacientes y familiares, pueden ser útiles para ser compartida con otros y deberán tener su lugar en el aula.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Favorecer y promover un contacto entre los pacientes y los profesionales de la Unidad de Diálisis. Conocer las instalaciones y el funcionamiento..

Que pacientes y familiares tengan un mejor conocimiento e información de sus problemas. Mejorar los autocuidados

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 279

ELABORACION Y APLICACION DE UN PROGRAMA DE INFORMACION Y EDUCACION SANITARIA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA Y SUS FAMILIARES Y CUIDADORES

Disminuir el miedo al tratamiento renal sustitutivo. Adelantarse a informaciones tendenciosas
Intervenir, reeducando, ante problemas concretos que precisen colaboración del paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar y mantener actualizados diferentes archivos gráficos y audiovisuales, que puedan utilizarse como material didáctico de apoyo, siempre que se precise para responder, de forma fácil y sencilla, a las necesidades informativas y formativas de los pacientes.

Para ello podemos recopilar el material del que se dispone, elaborar el no existente y necesario y definir un programa adaptado a nuestro entorno, con al menos dos niveles de dificultad y que ayuden a formar en:

1-Diferentes opciones de tratamiento renal sustitutivo. Entender, con los datos que ellos puedan ser capaces de comprender, las distintas opciones de tratamiento renal sustitutivo: Hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal, incluso, si así procede, de las posibilidades de trasplante de vivo. Ayudar a elegir.

2-Cuidados de accesos vasculares. Mantener un seguimiento personalizado y aprender a cuidar y proteger los accesos vasculares. Saber reaccionar ante sangrado

3-La dieta en la insuficiencia renal Conocer las limitaciones dietéticas y de la ingesta hídrica. Aprender a distinguir entre aumento de peso magro y sobrecarga de líquidos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. •Porcentajes de pacientes y/o familiares que reciben atención formativa y educacional
•Número de problemas educativos en los que disponemos de material de apoyo
•Elaboración de la sistemática de mantenimiento actualizado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. •Recopilación de material grafico: Dos meses
•Fotografías y elaboración de videos sobre todos los aspectos de la insuficiencia renal y su tratamiento sustitutivo: Seis meses
•Aplicación a los pacientes. Tres meses
•Correcciones tras evaluar los resultados. Tres meses
•Programas definitivo. Tres meses
Total año y medio aproximadamente

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Cámara de fotos y video	400 €
· Jornadas de Calidad en Salud. Zaragoza, 4 personas	300 €
Total	700 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 098

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL, Y DISEÑO Y CREACION DEL PROGRAMA DE REGISTRO DE INTERVENCION SOCIAL

2. RESPONSABLE ALMUDENA BOROBIO LAZARO
- Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
 - Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
 - Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
 - Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MUÑOZ LEON MERCEDES. TRABAJADORA SOCIAL. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL
- BARRERA SORIANO MATIAS. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. ATENCION AL PACIENTE
- CALVO ARIÑO AITOR. ADMINISTRATIVO (INFORMATICA). HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. ADMINISTRACION (INFORMATICA)

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde la unidad de trabajo social del Hospital Obispo Polanco de Teruel se inició en 2002 el Programa de Detección del Riesgo Social para la detección, derivación e intervención por parte de la unidad de trabajo social en casos en los que se detectaba indicadores de riesgo. Este programa se registra y archiva manualmente y se elaboran los informes de intervención y coordinación/derivación también de forma manual, estableciendo números de registro propios de esta unidad en cada uno de los casos en los que se interviene.

Esto genera gran trabajo administrativo en el registro de las intervenciones, tiempo que se resta del trabajo y la intervención propia de trabajo social. Por este motivo, se propone, por una parte, la mejora de la Hoja de Derivación a la Unidad de trabajo social (Hoja de Riesgo), adaptándola a la realidad social actual, y posteriormente, el diseño y creación de una base de datos, que nos permita, informatizar los registros y las intervenciones, así como la elaboración de informes de actuación y/o de coordinación con otros profesionales, para facilitar y agilizar el trabajo. Y que al mismo tiempo mejore la fiabilidad de los registros para la elaboración de posteriores estadísticas y otros estudios/investigaciones que se lleven a cabo. Este nuevo sistema de registro posibilitará, también, integrar el sistema de registro de la unidad de trabajo social adaptándonos a la asignación del número de historia clínica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar el sistema de derivación (Hoja de Riesgo Social), adaptándonos a la realidad social actual.
- Mejorar el sistema de registro de la intervención de trabajo social, incluyendo datos sobre la participación en los diferentes programas específicos que se gestionan desde la unidad de trabajo social.
 - Facilitar la asignación del número de registro asignado a cada caso coincidiendo este con el de la historia clínica.
 - Mejorar la intervención social, dedicando un menor tiempo al trabajo administrativo.
 - Evitar los errores inherentes al trabajo manual no informatizado.
 - Facilitar la recogida de datos para la elaboración de estadísticas y/o estudios de una manera más fiable.
 - Poder trabajar en red en la unidad de trabajo social.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Adaptación de los indicadores de riesgo social de la Hoja de Derivación a la realidad social actual. Exposición en el comité de área de hospitalización recogiendo las aportaciones de otros profesionales del Hospital y en otras reuniones de planta. Responsables: Mercedes Muñoz y Almudena Borobio Lázaro.

-Diseño y creación de una base de datos, basada en la hoja de riesgo social así como en las necesidades e indicadores que desde la unidad de trabajo social se consideren fundamentales para el registro y la intervención y que nos permita la realización ágil de informes técnicos de actuación y coordinación/derivación (Matías Barrera Soriano; Aitor Calvo Ariño; Mercedes Muñoz León y Almudena Borobio Lázaro).

- Creación de un espacio de trabajo en red que permita trabajar con la misma base de datos y facilitar la intervención en casos comunes (Aitor Calvo Ariño).
- Introducir los datos de pacientes atendidos previamente desde el uno de enero de 2011 (Alumna Prácticas- convenio con IES "Santa Emerenciana").

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 098

MEJORA DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL, Y DISEÑO Y CREACION DEL PROGRAMA DE REGISTRO DE INTERVENCION SOCIAL

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -El número de indicadores modificados en la hoja de derivación en función de la nueva realidad social.
-La creación de la base de datos.
-El número de casos registrados en el sistema.
-Cantidad de tiempo dedicado a tareas administrativas.
-El número de casos registrados en la base de datos que han sido atendidos y registrado manualmente desde enero de 2011 y hasta la puesta en marcha de la nueva base de datos.
-Número de pacientes extranjeros que ha sido posible localizar gracias a búsquedas parciales en la base de datos.
-Número de pacientes en los que se ha detectado datos de identificación erróneos.
-El grado de mejora en el computo de datos para extraer datos sobre la participación de los pacientes en programas específicos u otros necesarios para la elaboración de estadísticas/memorias.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Abril: Creación de un espacio en red para el trabajo compartido en la unidad de trabajo social.
Modificación de la hoja de derivación de riesgo social.
Divulgación de la Hoja de derivación de riesgo social.
-Mayo: Diseño y creación de la base de datos.
-Junio: Puesta en marcha de la nueva base de datos a la vez que ir incluyendo los datos de intervenciones realizadas desde enero a abril de este año.
-Agosto: Evaluación del primer trimestre de implementación.
-Septiembre: Modificación de los déficit encontrados en la evaluación.
-Octubre: Divulgación a las trabajadoras sociales del sector Teruel y Alcañiz del proyecto.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Equipo informático	1.000 €
· Fax	1.000 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 046

1. TÍTULO

VALORACION DE CRITERIOS DE CALIDAD EN LA INDICACION Y EN LA REALIZACION DE LA COLONOSCOPIA

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BOTELLA ESTEBAN

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. APARATO DIGESTIVO
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- THOMSON LLISTERRI CONCHA. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. APARATO DIGESTIVO
- ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. APARATO DIGESTIVO
- GARZA TRASOBARES EMILIO. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. APARATO DIGESTIVO
- MARTINEZ MORALES MARIA. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. APARATO DIGESTIVO
- DOÑATE BORAO BELEN. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. APARATO DIGESTIVO
- CUERVO MENENDEZ CONCEPCION. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La colonoscopia es el método de referencia para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del colon. El aumento rápido y progresivo en el número de solicitudes de esta exploración y los riesgos que conlleva la técnica hacen necesaria en las Unidades de Endoscopia Digestiva la valoración periódica de criterios de calidad en cuanto a la indicación de la misma y en cuanto a su realización para poder asegurar una adecuada efectividad

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nos proponemos hacer un estudio en nuestro medio de algunos de los principales criterios de calidad de las colonoscopias:

- Indicación apropiada de la colonoscopia que valoraremos a través de la comparación de los datos documentados en la solicitud del procedimiento con la lista de indicaciones de la ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) y de la ASGE (American Society for Gastrointestinal Endoscopy).El tiempo de demora de la exploración, que es especialmente importante si se trata de una colonoscopia diagnóstica en un paciente sintomático
- Los intervalos de revisión postpolipectomía y postresección de cáncer porque su optimización favorece que dichas exploraciones resulten coste-efectivas
- La preparación del colon porque una mala preparación impide una exploración adecuada
- La tasa de intubación cecal o de visualización del fondo de saco cecal en toda su extensión exceptuando los casos en que la preparación del colon sea inadecuada, haya signos de colitis grave con riesgo de perforación, exista una estenosis infranqueable o la exploración se realice con fines terapéuticos
- Especialmente importante es este criterio si la colonoscopia se realiza para cribado poblacional
- El porcentaje de detección de adenomas que es importante porque el objetivo fundamental de la colonoscopia en la mayoría de las indicaciones es la detección de lesiones neoplásicas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de una base de datos que incluya los diferentes indicadores de calidad a estudio - Personal Médico

- Incorporación de los datos de cada paciente y de cada exploración - Unidad de Digestivo
- Análisis de los datos - Unidad de Digestivo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los objetivos del Proyecto son determinar si:

- Indicaciones inapropiadas de las colonoscopias son <20%
- Tiempo de espera para exploraciones diagnósticas <4 semanas
- Intervalos de vigilancia postpolipectomía y postresección cáncer adecuados en >85%
- Preparación del colon buena o muy buena en >95% de las exploraciones
- Tasa de intubación cecal >90% del total de las colonoscopias y >95% en cribado

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 046

VALORACION DE CRITERIOS DE CALIDAD EN LA INDICACION Y EN LA REALIZACION DE LA COLONOSCOPIA

-Adenomas detectados >20% (mujeres >15%; varones >25

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración de la base de datos Abril-Mayo 2011
Incorporación en la base de datos Junio-Noviembre 2011
Análisis de los datos Diciembre 2011-Enero 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MONITOR complementario para endoscopias de 22 pulgadas	320 €
· SOPORTE para techo	80 €
Total	400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

274

IMPLANTACION Y ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS A TRAVES DE LA HISTORIA ELECTRONICA (PCH).

2. RESPONSABLE PILAR CHOCARRO ESCANERO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GALVE ROYO FERNANDO LEON. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS
- RAMOS GERMAN FRANCISCO JAVIER. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. MICROBIOLOGIA
- LOPEZ SOLER EMILIO. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS
- MORTE PEREZ ALFREDO. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS
- ESTEBA FUENTES FRANCISCO JOSE. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS
- BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El establecimiento de sistemas de alertas epidemiológicas que permita avisar e informar a los profesionales que trabajan en un servicio de urgencias hospitalario (SUH), ya desde el área de triaje, de que hay que seguir un determinado protocolo de actuación con un paciente debido a una circunstancia epidemiológica, es extremadamente útil y es fundamental para establecer sistemas de seguridad clínica eficientes. Con la implantación de la historia clínica informatizada en el servicio de urgencias: Puesto Clínico Hospitalario de Urgencias (PCH), surge la oportunidad de implementar este tipo de protocolos, que sin ayuda de las Tecnologías de la Información (TIC) serían imposibles de poner en marcha. A través de PCH es posible establecer alarmas epidemiológicas y generar correos electrónicos de manera automatizada que avisen a los servicios de medicina preventiva, jefe de urgencias...

Pero para ello es preciso establecer las fuentes de información que van a nutrir el sistema de alarmas, que fundamentalmente debe proceder del servicio de microbiología del hospital. A su vez se deben establecer los circuitos para que esta información se mantenga actualizada y esta utilidad sea efectiva. Así como elaborar los protocolos a seguir en caso de que se produzca un aviso epidemiológico.

Además el sistema debe ser flexible, ya que debe ser capaz de introducir mejoras si se detectan fallos en cualquiera de las etapas del proceso, así como ser capaz de poder introducir nuevas alarmas y protocolos ante nuevas situaciones epidémicas detectadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Establecer un circuito de información estable entre el servicio de urgencias, microbiología y medicina preventiva que mantenga una información activa y actualizada de las BBDD que mantienen las diferentes alertas establecidas
- ? Establecer los protocolos a seguir en caso de la detección de una alerta epidemiológica.
- ? Que todos los profesionales de urgencias sepan actuar ante una situación de alerta epidemiológica en el SUH.
- ? Establecer unos flujos de información útiles y eficientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para establecer los circuitos es preciso identificar un responsable del SU que sea el interlocutor con el servicio de microbiología y preventiva. Los pacientes con algún tipo de alerta epidemiológica (TBC, SARM, Gripe A...) deben ser introducidos en las bases de datos (BBDD) de la aplicación informática y es necesario mantenerlas actualizadas en cuanto a la negatividad y positividad de los pacientes.

Para conseguir los objetivos planteados es preciso identificar a los responsables de cada servicio que van a formar parte del grupo encargado de mantener actualizadas estas BBDD. Así como crear un grupo de trabajo estable que se encargue de proponer las alertas epidemiológicas que se crean oportunas.

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

274

IMPLANTACION Y ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS A TRAVES DE LA HISTORIA ELECTRONICA (PCH).

A su vez establecer las medidas preventivas adecuadas a cada una de las situaciones a través de protocolos es imprescindible para conseguir resultados en salud.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ? Número de pacientes con alerta epidemiológica establecida que son identificados desde el área de triaje por este sistema
- ? Porcentaje de respuestas a los correos electrónicos generados por las alarmas epidemiológicas
 - ? Pacientes identificados a los cuales se les ha aplicado el protocolo correspondiente
 - ? Porcentaje de falsos positivos/falsos negativos en el sistema (mide el correcto mantenimiento de la BBDD)
 - ? Encuesta de satisfacción de usuarios (profesionales) del sistema de alertas.

Al encontrarse el sistema de información de urgencias (PCH) totalmente informatizado se puede obtener indicadores fiables y automatizados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. El programa se iniciará con la creación del grupo de trabajo: MES DE ABRIL-2011
- 2. Identificación de los responsables del mantenimiento de las BBDD. Por el servicio de urgencias, por el servicio de microbiología y por el servicio de medicina preventiva del hospital (ABRIL-2011)
 - 3. Consenso de las alertas epidemiológicas a implementar en esta primera fase (MAYO-2011)
 - 4. Elaboración de los protocolos a seguir cuando se activa una determinada alerta (TBC, SARM...)
 - 5. Establecimiento del circuito de información (Servicio de urgencias-microbiología-Medicina Preventiva)
 - 6. Entrenamiento del responsable de urgencias en la introducción de la información en las BBDD de PCH (MAYO-2011). El entrenamiento se impartirá por los responsables del aplicativo informático PCH a nivel autonómico.
 - 7. Formación de los usuarios de PCH, fundamentalmente del personal de enfermería que se encarga del triaje.(MAYO-2011)
 - 8. Información a los profesionales que trabajan en el servicio de urgencias de los protocolos a seguir ante cada alerta epidemiológica activada (MAYO-2011)
 - 9. Utilización de esta nueva funcionalidad desde el Sistema informático: Monitorización mensual de las alertas con los indicadores indicados (JUNIO-NOVIEMBRE 2011)
 - 10. Evaluación de los resultados e introducción de medidas correctoras para depurar los circuitos (DICIEMBRE 2011)
 - 11. Encuesta de satisfacción a los usuarios.
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|---|---------|
| · Material informatico, Tablet Pc para gestion de datos y formacion | 1.100 € |
| · proyector cañon | 550 € |
| Total | 1.650 € |

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

ANALISIS Y ENCUESTA DE SATISFACCION EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR HERNIA DE PARED ABDOMINAL EN REGIMEN DE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA DE CARA A LA IMPLANTACION DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

2. RESPONSABLE LAURA COMIN NOVELLA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- OSET GARICIA MONICA. MIR. HOSPITAL GENERAL DE TERUEL "OBISPO POLANCO". CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
- PASTOR ESPUIG CONSUELO. MIR. HOSPITAL GENERAL DE TERUEL "OBISPO POLANCO". CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
- ESCRIBANO PEREZ DIANA. MIR. HOSPITAL GENERAL DE TERUEL "OBISPO POLANCO". CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO
- DEL VAL GIL JOSE MARIA. MEDICO. HOSPITAL GENERAL DE TERUEL "OBISPO POLANCO". CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La hernia de la pared anterior del abdomen engloba a la hernia inguinal, crural, umbilical, epigástrica... Es una patología que presenta una elevada incidencia, sobretodo la inguinal, y conlleva importantes implicaciones sociolaborales¹. Su tratamiento es quirúrgico, siendo el proceso más frecuente en un Servicio de Cirugía General. La técnica quirúrgica ha sufrido importantes cambios en las últimas décadas, así como la progresiva ambulatorización del proceso y una temprana reincorporación del paciente a sus actividades habituales. En la actualidad, en la mayoría de hospitales se intervienen en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), ingresando el paciente la misma mañana de la intervención y siendo dado de alta a última hora de la tarde. Con ello se ha permitido aumentar la eficacia del sistema con una reducción del coste por proceso que oscila entre un 25-68%, aunque el coste de la intervención es el mismo, estaríamos reduciendo los costes hostelero y de personal². Las ventajas de la CMA son²:

- reducción de los gastos.
- Evita estancias hospitalarias, lo que permite tratar a un mayor número de pacientes y reducir las listas de espera.
- Libera recursos de hospitalización convencional para casos más urgentes y complejos.
- Disminuye las necesidades de personal, al no ser generalmente necesaria la pernocta en el hospital.
- Utilización más eficiente de los equipos e instalaciones del bloque quirúrgico.
- Una mejor desorganización de los hábitos del paciente y de su familia.
- La duración previsible de los procedimientos permite una mejor organización de los partes quirúrgicos, lo que minimiza la espera y el número de suspensiones quirúrgicas, aumentando el rendimiento quirúrgico.

- La disminución de las complicaciones relacionadas con el ingreso, sobretodo de las infecciones nosocomiales.

En nuestro hospital se ha implantado recientemente una Unidad de CMA integrada tipo II (presenta una organización independiente, pero compartiendo elementos, como el quirófano, con el resto del hospital). En la actualidad no estamos empleando dicha Unidad pero, después de realizar esta encuesta de satisfacción en los pacientes que se intervengan de patología herniaria de pared abdominal y analizar los resultados en cuanto complicaciones, hospitalización, técnica quirúrgica, tiempo de baja laboral, clasificación ASA, edad, distancia del domicilio al hospital, presencia de acompañante en el mismo domicilio que el paciente, adecuadas condiciones higienicosanitarias del domicilio del paciente...podríamos comenzar a intervenir a los pacientes con esta patología en dicho régimen y beneficiarnos tanto los pacientes como el sistema de las ventajas ya mencionadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No tenemos datos hasta el momento aunque, después de la realización del estudio se puede realizar una comparación respecto a los pacientes intervenidos con anterioridad.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende realizar un análisis de los aspectos fisiológicos-médicos, psicológicos, sociales y personales de los pacientes que en la actualidad se intervienen en régimen de cirugía de corta estancia (realización de procedimientos de cirugía mayor que precisan un ingreso inferior a 3 días) o cirugía con ingreso para poder valorar la posibilidad de implementar la CMA en nuestro Servicio debido a que se han demostrado importantes ventajas para el paciente como para el Sistema Sanitario.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

497

ANALISIS Y ENCUESTA DE SATISFACCION EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR HERNIA DE PARED ABDOMINAL EN REGIMEN DE CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA DE CARA A LA IMPLANTACION DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Análisis de resultados de los pacientes intervenidos por hernia de pared anterior del abdomen (sobretudo inguinal, crural, epigástrica y umbilical):

- i. Estancia hospitalaria.
- ii. Complicaciones.
- iii. Características del paciente (edad, sexo, clasificación ASA...)
- iv. Características del domicilio (distancia al hospital, acompañante, condiciones higienicosanitarias)
- v. Aspectos personales (aceptación o no de una posible cirugía en régimen de CMA)
- vi. Encuesta de satisfacción tras cirugía de corta estancia.
- valoración de la posibilidad de implantar la cirugía en régimen de CMA en los pacientes que se intervengan por dicha patología.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. a. Clasificación ASA.

- b. Edad.
- c. Patología sistémica.
- d. Aspectos psicológicos (colaborador o no)
- e. Entorno social.
- f. Acceso al Centro.
- g. Condiciones higienicosanitarias del domicilio
- h. Acompañante.
- i. Tipo de patología.
- j. Complicaciones.
- k. Estancia hospitalaria.
- l. Tiempo de baja laboral.
- m. Satisfacción global de los pacientes.
- n. Evaluación mediante encuesta telefónica de la satisfacción y el resultado de la cirugía.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1 año

Durante este año se evaluarán todos los pacientes intervenidos por esta patología y analizarán las variables expuestas previamente.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Bibliografía

1.- Rodríguez-Cuéllas E, Villeta R, Ruiz P, Alcalde J, Landa JI, Porrero JL et al. Proyecto nacional para la gestión clínica de procesos asistenciales. Tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal. Cir Esp. 2005;77(4):194-202.

2.- Ríos Zambudio A, Guerrero Vaquero AM, Landa García JI. Cirugía Mayor Ambulatoria. Capítulo 3. Cirugía AEC 2ª edición. 2010. Editorial Médica Panamericana, S.A.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 658

1. TÍTULO

TRATAMIENTO MEDICO EN LOS ABORTOS DE PRIMER TRIMESTRE

2. RESPONSABLE ISABEL DOMINGO BARRADO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
 - Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 - Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PADIN FABEIRO MARTA. MEDICO. H. OBISPO POLANCO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 - SPINOSO CRUZ VICENTE. MEDICO. H. OBISPO POLANCO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 - SANCHIS YAGO BEATRIZ. MEDICO. H. OBISPO POLANCO. MEDICINA FAMILIA
 - CORDEIRO CRISTINA. MEDICO. H. OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
 - ESTEBAN LOLA. AUXILIAR CLINICA. H. OBISPO POLANCO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 - PARRILLA VIRGOS PILAR. MEDICO. HY. OBISPO POLANCO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El aborto espontáneo clínico se produce entre el 10-20% de los embarazos. La mayoría de los abortos son preclínicos y por lo general 85% acontecen antes de la duodécima semana de embarazo. En la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza en urgencias, donde acude la mujer por sangrado vaginal y dolor hipogástrico. En otras ocasiones, el aborto se diagnostica al realizar la ecografía de control gestacional, por la ausencia de clínica acompañante. Hasta hace poco tiempo la mayoría de las mujeres con aborto espontáneo recibían tratamiento quirúrgico, en parte porque se creía que la persistencia de tejido dentro de útero aumentaba el riesgo de infección y hemorragia. Pero ya existen estudios que relacionan estas complicaciones en determinados casos (< 10%) donde existen circunstancias acompañantes que indican el tratamiento quirúrgico (legrado uterino) como de primera opción. al 90% restante se puede y ofrecer un tratamiento médico. El aborto médico o farmacológico se define como aquel en el que se produce la completa expulsión del producto de la concepción sin instrumentación quirúrgica. Con este proyecto queremos ofrecer a nuestras pacientes la oportunidad ante un diagnóstico desfavorable como es un aborto ser mínimamente invasivos con buenos resultados. Con el tratamiento médico se evitan los posibles riesgos de un legrado: perforación uterina, infección, Sdm Asherman, al mismo tiempo la paciente no tiene que ser hospitalizada ni sometida a una anestesia. Nuestro proyecto está respaldado por la Guía de Actuación Clínica en aborto espontáneo de la S.E.G.O.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir el número de legrados uterinos postaborto

Mejorar la asistencia clínica a nuestras pacientes diagnosticadas de aborto, al ofrecerles un tratamiento no invasivo, sin necesidad de ingreso hospitalario ni tratamiento quirúrgico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Selección adecuada de las pacientes, estableciendo criterios de inclusión y contraindicaciones al tratamiento médico propuesto.

2. Si acepta el tratamiento médico deberé firmar el consentimiento informado y se explicará la pauta de tratamiento a seguir y los controles a realizar. Dicha información también deberá ser entregada a la paciente por escrito.

3. Cumplimentar la hoja de recogida de datos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La monitorización y evaluación del proyecto se realizará analizando los resultados obtenidos, el correcto

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

658

TRATAMIENTO MEDICO EN LOS ABORTOS DE PRIMER TRIMESTRE

seguimiento del proceso y el grado de satisfacción de las pacientes tras el tratamiento.

n° casos aborto con t^o médico y resolución completa/ n° casos aborto con t^o médico x 100

n° casos con hoja recogida de datos bien cumplimentada/ n° casos aborto con t^o médico x 100

Encuesta de satisfacción: se entregará a la paciente al terminar el tratamiento

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: mayo 2011

Fecha finalización: diciembre 2011

Caleendario:

Marzo 2011: presentación del proyecto

Abril 2011: implantación del proyecto

Evaluación semestral de los resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 073

1. TÍTULO

MEJORA EN LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PROTECCION RADIOLOGICA EN RADIOGRAFIAS DE TORAX Y ABDOMEN EN LA POBLACION PEDIATRICA

2. RESPONSABLE MARIA LUIZA FATAHI BANDPEY

- Profesión MIR
- Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ SANZ GLORIA. MEDICO RADIOLOGO. HOSPITAL GENERAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
- GUILLEN HERRERA MANUEL. MEDICO RADIOLOGO. HOSPITAL GENERAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
- ALEGRE SANCHO FRANCISCO. ENFERMERO. HOSPITAL GENERAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
- ESTEVEZ PEREZ AGUSTIN. TER. HOSPITAL GENERAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
- MONASOR HERNANDEZ MARIA JESUS. TER. HOSPITAL GENERAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
- MELENDO CARRASCON MARIA RESURRECCION. TER. HOSPITAL GENERAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
- CABELLOS ABRIL MARIA LOURDES. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. HOSPITAL GENERAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. PROBLEMAS:

- * Solicitud y realización de estudios innecesarios de radiografías de tórax y abdomen en la población pediátrica.
 - * Falta de hábito en la realización de estudios radiológicos pediátricos y deficiente aplicación de medidas de radioprotección en la realización de la técnica.
- IMPORTANCIA Y UTILIDAD: la población pediátrica es más sensible a los efectos de la radiación ionizante que la población general, por lo que es muy importante reducir la dosis a la que se expone.
- OPORTUNIDAD: La oportunidad principal es reducir la dosis de radiación recibida por los niños, incidiendo en 2 puntos:
- * adecuar las indicaciones de solicitud de estudios radiológicos en los niños.
 - * mejorar la calidad técnica de los estudios realizados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la dosis de radiación ionizante recibida por los pacientes en edad pediátrica (0-14 años), mediante control de calidad de las radiografías de tórax y abdomen.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. *Fomentar, mediante reuniones periódicas, los circuitos de comunicación con los Servicios más directamente implicados (Urgencias y Pediatría), para establecer guías consensuadas para la adecuación en la solicitud de las radiografías de tórax y abdomen.

* Preparación de sesiones clínicas con el personal técnico del Servicio de Radiodiagnóstico para revisión de las técnicas y aplicación de las medidas de radioprotección en la realización de radiografías de tórax y abdomen en niños.

PASOS A SEGUIR:

1. Recogida y revisión de las radiografías de tórax y abdomen realizadas en niños en un periodo a establecer según calendario.
2. Identificar y registrar las deficiencias detectadas en relación con la radioprotección.
3. Sesión de evaluación de los datos obtenidos con el personal técnico.
4. Diseño de una ficha con los criterios de calidad a seguir en materia de protección radiológica.
5. Recogida, durante un tiempo determinado, de las solicitudes de radiografías de tórax y abdomen recibidas por parte de los Servicios de Urgencias y Pediatría, y valoración de sus indicaciones.
6. Sesiones conjuntas con los Servicios de Urgencias y Pediatría para implementación de protocolos de adecuación de la solicitud de pruebas radiológicas.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 073

MEJORA EN LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PROTECCION RADIOLOGICA EN RADIOGRAFIAS DE TORAX Y ABDOMEN EN LA POBLACION PEDIATRICA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES CLÍNICOS: Porcentaje de solicitudes de radiografías de tórax y abdomen que se adecua a la guía previamente establecida.

INDICADORES RADIOLÓGICOS: Evaluación porcentual de las exploraciones que cumplen los criterios de calidad en radioprotección.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MAYO 2011: Evaluación de la situación de partida: recogida de los volantes de solicitud de radiografías de tórax y abdomen y de los estudios radiológicos realizados.

JUNIO 2011: Análisis de la información recogida y elaboración de listados con los puntos concretos a mejorar en ambas áreas.

JULIO-OCTUBRE 2011: puesta en marcha y desarrollo del proceso de mejora.

NOVIEMBRE- DICIEMBRE 2011: reevaluación de las solicitudes y estudios radiológicos realizados para medir el porcentaje de cumplimiento de los puntos de mejora.

ENERO 2012: Evaluación final e informe.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Adquisición de material bibliográfico	500 €
· Inscripción a cursos de actualización	1.000 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

407

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INTERCOMPARACIONES EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCION QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL

2. RESPONSABLE RAFAEL FERNANDEZ SANTOS

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RODRIGUEZ GARCIA JUAN. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA). UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA
- PASTOR ESPUIG CONSUELO. MIR. HOSPITAL OBISPO POLANCO (TERUEL). SERVICIO DE CIRUGIA
- UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO (TERUEL). SERVICIO DE CIRUGIA
- LOPEZ BARRACHINA RUTH. MEDICO. HOSPITAL LLUIS ALCANYIS (XÀTIVA). SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Diferentes estudios han confirmando que las actividades efectivas en el control de la infección dan lugar a menor número de infecciones, aumento en la supervivencia, disminución de la morbilidad y menor duración de la hospitalización. Ejemplos de intervenciones exitosas incluyen la reducción de tasas de infecciones en procedimientos quirúrgicos limpios observados cuando se realiza feed-back de las tasas a los cirujanos o cuando el tiempo de los antibióticos preoperatorios se controla cuidadosamente.(1)

Las responsabilidades clave del control de la infección (identificación del problema, recogida y análisis de datos, intervenciones a través de cambios en las normas y procedimientos y monitorización de su éxito mediante una nueva recogida y análisis de datos) quedan reflejados en el ciclo "Plan-Do-Check-Act" que se aplica habitualmente en mejora de la calidad.(1)

En el Contrato de Gestión de los Hospitales de SALUD para 2009, uno de los indicadores de seguridad fue la "Incidencia acumulada de infección nosocomial de herida quirúrgica en pacientes intervenidos por neoplasia colorrectal". Las Direcciones de los diferentes Centros solicitaron los datos a los Servicios/Unidades de Medicina Preventiva. La mayoría de los Hospitales se encontraba por encima del estándar de infección seleccionado. Desde entonces, los hospitales han implementado acciones para mejorar estos resultados, entre las que figura la inclusión de este proceso en los Sistemas de Vigilancia de Infección de los Servicios y Unidades de Medicina Preventiva de la Comunidad.

En este contexto, la validación de los datos mediante intercomparaciones entre los diagnósticos de los facultativos tiene precedentes en otros estudios, ya que es de especial importancia al tratarse de un estudio multicéntrico con numerosos observadores.(2)

Durante los años 2009 y 2010, se observó una incidencia acumulada de infección quirúrgica por encima del estándar en pacientes intervenidos por el Servicio de Cirugía General del Hospital Obispo Polanco como consecuencia de una neoplasia colorrectal. En el año 2009 la recogida de datos fue realizada por el facultativo de la Unidad de Medicina Preventiva retrospectivamente, mientras que en 2010 los datos fueron recogidos por personal de enfermería de Medicina Preventiva, y posteriormente revisados y analizados por el facultativo.

Tras comentar los resultados con la Dirección del Centro, el Jefe de Servicio de Cirugía y en la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica, se acordó la implementación de diversas acciones, entre ellas la revisión del Sistema de Vigilancia, con el objetivo de mejorar el indicador.

Un adecuado Sistema de Vigilancia prospectivo de los pacientes sometidos a este procedimiento permitirá:

- Compararnos con nosotros mismos y con un estándar aceptado internacionalmente como herramienta de mejora.
- Conocer y reducir los factores de riesgo asociados al desarrollo de infección quirúrgica.
- Evaluar la efectividad de las acciones implementadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

407

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INTERCOMPARACIONES EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCION QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Durante los años 2009 y 2010 se ha observado una incidencia de infección de herida quirúrgica en intervenciones por neoplasia colorrectal por encima del estándar. Se han identificado aspectos concretos del proceso cuyo control resulta más eficiente. Durante 2011 se realizarán mediciones de la incidencia y de algunos puntos clave del proceso para comprobar resultados e identificar nuevas opciones de mejora. Es fundamental la validación de los resultados obtenidos, ya que el efecto que tendrá el feed-back al equipo quirúrgico en la reducción de las incidencias de infección, depende de que estas mediciones obtengan la máxima fiabilidad.

Validar los programas de Vigilancia de la Infección de herida para lograr una reducción de la incidencia a través del feed-back de los resultados al equipo quirúrgico en este grupo de pacientes.

La reducción mantenida de las tasas de infección de herida en estos pacientes solo debida a esta acción debería repercutir en la reducción de la mortalidad y los días de estancia, por lo que contribuiría a aumentar la seguridad del paciente y controlar el gasto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se formarán dos grupos de evaluadores. El primero de ellos será el encargado de la revisión inicial de las Historias, mientras que el segundo será el "Grupo evaluador de reserva", que evaluará los casos en los que el primer grupo no haya llegado a un consenso sobre el diagnóstico de infección. El diagnóstico final se tomará como Estándar de referencia para validar el Sistema. Cada grupo de evaluadores (principal y de reserva) estará compuesto por un especialista en Medicina Preventiva externo y un Especialista/M.I.R. de Cirugía del centro.

Se utilizó el programa EPIDAT 3.1 para calcular el tamaño muestral necesario para un nivel de confianza del 95%, una precisión absoluta del 20%, una sensibilidad y especificidad esperadas del 90%(2), todo ello para una prevalencia esperada de un 25%. El tamaño muestral resultante fue de $n = 36$.

Se planificarán 3 jornadas en las que se desplazará un evaluador al Hospital (ver cronograma y relación de grupos evaluadores).

Se seleccionará una muestra de historias de las bases de datos de la Unidad sobre este proceso asistencial, mediante un proceso de aleatorización simple. El número de historias será el correspondiente al tamaño muestral más cinco de reserva, en previsión de que no se disponga de alguna de las seleccionadas.

Se entregará un dossier con la metodología del estudio, los criterios de infección del National Healthcare Safety Network (NHSN) 2008, una copia del protocolo de profilaxis antibiótica del Centro y las fichas de recogida de datos.

Los evaluadores no conocerán el diagnóstico respecto a la presencia o no de infección al que se llegó en estudios previos de incidencia del Hospital (estudio ciego del observador).

Los evaluadores realizarán su revisión de las historias seleccionadas de manera independiente entre sí, recogiendo los datos en las fichas.

En la última jornada, los evaluadores debatirán las discrepancias diagnósticas en los casos de infección, llegando a un consenso. En caso de que no se llegue a consenso, la Historia será evaluada posteriormente por el "Grupo evaluador de reserva".

La eventual intervención del "Grupo evaluador de reserva" se hará con igual independencia entre los dos miembros del mismo, y con desconocimiento de los resultados alcanzados por el equipo principal.

Durante esta última jornada, el coordinador comentará con los evaluadores los casos que se diagnosticaron como infección quirúrgica con su Sistema de Vigilancia, analizando las razones para llegar a estos diagnósticos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 407

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INTERCOMPARACIONES EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCION QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL

Finalmente se enviará un informe a los evaluadores con los resultados de los indicadores seleccionados.

No se consideran actuaciones específicas para asegurar la confidencialidad de los datos, ya que se trata de evaluadores que, aunque externos al Sistema de Vigilancia, quedan enmarcados bajo las mismas responsabilidades de confidencialidad que en su trabajo habitual.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores seleccionados:

ESTRUCTURA:

? Disponibilidad del número total de Historias seleccionadas según el tamaño muestral.

PROCESO:

? Evaluación del total de las Historias seleccionadas según el tamaño muestral.

RESULTADO:

? Sensibilidad.

? Especificidad.

? Valor Predictivo Positivo.

? Valor Predictivo Negativo.

Aunque es la primera vez que se realiza la intercomparación y es difícil anticipar el grado de concordancia en las observaciones, hay estudios en los que la sensibilidad y la especificidad se sitúan por encima del 90%(2), habiéndose seleccionado estos valores para el cálculo del tamaño muestral.

Responsable de volcado en la base de datos-análisis-informe: Coordinador del proyecto.

Los indicadores de este proyecto formarían parte de los Sistemas de Vigilancia de infección de herida de estos pacientes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Elaboración programa Marzo 2011.

- Envío programa solicitud fechas Abril 2011.
- Reserva Salas y materiales. Fotocopias Abril 2011.
- Realización del muestreo Abril 2011.
- Envío solicitud de Historias al Servicio de Archivos Abril-Mayo 2011.
- Desarrollo del estudio Mayo-Noviembre 2011.

GRUPO EVALUADOR INICIAL:

- Juan Rodríguez García F.E.A. Medicina Preventiva.
- Consuelo Pastor Espuig

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Kilometraje	210 €
• Alojamiento	280 €
• Dietas	160 €
Total	650 €

11. OBSERVACIONES. Este proyecto de mejora de calidad se complementa con otros dos similares de dos sectores sanitarios más -Zaragoza y Huesca-. Dado que el coordinador de cada proyecto participa como evaluador en otro, solo se llevarían a cabo de aprobarse los tres.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

407

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INTERCOMPARACIONES EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCION QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Scheckler W E. et al. Requirements for infrastructure and essential activities of infection control and epidemiology in hospitals: A consensus panel report. Infect. Control Hosp. Epidemiol.1998;9(2):114-24.

2. Geubbels E et al. An operating Surveillance system of surgycal-site infections in The Netherlands: results of the PREZIES national Surveillance Network. Infect. Control Hosp. Epidemiol.2000;21(5):311-18.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 034

1. TÍTULO

SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS

2. RESPONSABLE FERNANDO LEON GALVE ROYO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOMEZ GOMEZ LAURA. ENFERMERA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS
- CASTELLOTE ESCRICHE ISABEL. TCAE. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Existe una ausencia de cultura de Seguridad Clínica en la organización, heredada, esperando a que ocurran los errores, valorando negativamente la comunicación de fallos e incidentes. Existe todavía una cultura punitiva (que "castiga o elimina" al individuo culpable, en lugar de modificar los defectos latentes del sistema, system approach versus person approach). La presencia de múltiples fallos en las barreras del sistema sanitario y no necesariamente el error de una persona, cuando se alinean pueden llegar al paciente convirtiendo la suma de incidentes en efectos adversos graves.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- incentivar la cultura de notificación de errores

- 2.- instaurar una cultura no punitiva ni culpabilizadora sobre la presencia de errores. Crear cultura, conciencia activa del riesgo de que se produzcan errores
- 3.- instaurar un sistema de notificación de incidentes y errores en el servicio de Urgencias, anónimo y voluntario, que aporte evidencia sobre los fallos del sistema para poder introducir medidas correctoras y estrategias que eviten la aparición de efectos adversos o casos centinela. (Análisis Modal de Fallos y Efectos, AMFE, a realizar en un segundo proyecto)
- 4.- Promocionar la seguridad relacionada con la Medicación y con la prevención de la infección (lavado de manos), promocionar la seguridad relacionada con la información y comunicación, promocionar cultura de seguridad y creación de equipo y liderazgo
- 5.- Difusión y homogeneización de conceptos, definiciones y taxonomía en seguridad clínica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La primera fase en el desarrollo de una cultura de seguridad es conocer la cultura que existe en la institución. Para ello se solicitará la cumplimentación de un cuestionario de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (adaptado por la Agencia de Calidad del Ministerio de sanidad), por los miembros sanitarios de este Servicio de Urgencias.

Impartición de sesiones asistenciales donde se inicie en la Cultura de seguridad a los miembros sanitarios del Servicio de Urgencias
Creación de un procedimiento de notificación en el servicio, ágil (que no genere sobrecarga), no punitivo.
creación de una base de datos de incidentes y errores, especialmente de la Seguridad Clínica relacionada con la medicación
Priorización de procesos analizar (Modelo AMFE y uso del Índice de Probabilidad de Riesgo) en proyectos sucesivos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. En este primer proyecto:

- 1.- Porcentaje de cuestionarios AHRQ contestados en el Servicio: nº de cuestionarios/ nº de sanitarios x 100
- 2.- Número total de incidentes sin daños notificados
- 3.- Número total de efectos adversos notificados
- 4.- Número total de eventos centinela durante el periodo en el Servicio de Urgencias
- 5.- Porcentaje de incidentes relacionados con la medicación: número de incidentes relacionados con la medicación / número total de incidentes x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en mayo de 2011 y finalizar en marzo-abril de 2011 Primera fase)

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 034

SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS

- sesiones informativas a sanitarios del servicio: mayo-junio de 2011
- Implanatción d eun sistema de notificación de incidentes: septiembre-octubre de 2011. Recuerdo previo de conceptos en Seguridad Clínica
- febrero de 2011: Evaluación de incidentes

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Tripticos difusion	500 €
· Buzón	50 €
Total	550 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA INICIATIVA IHAN DE UNICEF EN LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA, OBSTETRICIA, Y ANESTESIA DEL HOSPITAL O. POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE JESUS MARTIN-CALAMA VALERO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
 - Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
 - Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GODED GARCIA MARIA PILAR. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. MATERNIDAD
 - POMAR MARTIN MARIA LOURDES. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. PEDIATRIA
 - CORDEIRO COSTA CRISTINA. MEDICA. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. PEDIATRIA
 - TREGON MARIA PILAR. MATRONA. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. PARITORIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Conseguir la acreditación IHAN de UNICEF es uno de los reconocimientos de Calidad más valorados en la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Este reconocimiento tiene validez internacional a través de la OMS.

En Aragón, sólo el Hospital de Barbastro cuenta con la acreditación IHAN.

Obtener la acreditación IHAN exige cumplir los 13 pasos recogidos en el documento de OMS-Unicef: Baby Friendly Hospital Initiative (actualización de 2007) que coinciden en esencia con las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Innovación en 2010.

Aunque el cumplimiento de los 13 pasos parece sencillo a primera vista, en la práctica resulta muy complicado debido a que exige unificar los criterios de actuación de TODOS los profesionales que trabajan en los Servicios implicados en la asistencia a las mujeres que dan a luz en el hospital.

A final del año pasado IHAN-Unicef modificó los criterios de acreditación, estableciendo 4 etapas progresivas en el proceso de cumplimiento de los 13 pasos, hasta llegar al reconocimiento final como Hospital- IHAN.

Una de las claves del proceso es la formación. Todo el personal debe adquirir los conocimientos teóricos necesarios para aceptar y colaborar en la implantación de los protocolos de asistencia basados en la mejor evidencia sobre buenas prácticas. Además se necesita capacitar a todos los profesionales para que desarrollen habilidades de comunicación con las madres, una herramienta básica del proceso de cambio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Consensuar con todos los profesionales un protocolo de asistencia a las mujeres gestantes, a madres que paren en nuestro Hospital y a sus hijos recién nacidos.
- Mejorar los conocimiento de las mujeres gestantes sobre el parto y los cuidados de sus recién nacidos de forma que aumente su capacidad de implicación en su propio parto y en el cuidado de sus hijos durante su estancia en el Hospital.
 - Conseguir la formación adecuada de todos los profesionales de los Servicios de Maternidad, Pediatría y Anestesia en lo referente a la asistencia a las madres y sus recién nacidos.
 - Mejorar las prácticas de alimentación de los recién nacidos potenciando el apoyo a la lactancia materna.
 - Enseñar a todas las madres a superar las dificultades con la lactancia, a extraerse leche de forma manual; y a preparar correctamente los biberones si optan por la lactancia artificial.
 - Coordinar la asistencia con los Servicios de Atención Primaria de forma que ofrezcamos a las mujeres información y asistencia uniforme, basada en

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

356

IMPLANTACION DE LA INICIATIVA IHAN DE UNICEF EN LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA, OBSTETRICIA, Y ANESTESIA DEL HOSPITAL O. POLANCO DE TERUEL

criterios comunes.

- Potenciar la utilidad de los grupos de apoyo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Crear una Comisión IHAN que represente a todos los niveles profesionales de los Servicios de Pediatría Anestesia y Obstetricia.

- Organizar Cursos de Formación repetidos a lo largo del año que permitan formar al 80% de la plantilla en este año.

- Solicitar de los profesionales del Hospital de Barbastro (único acreditado como IHAN en Aragón) ASESORÍA, para dirigir de la forma mas eficaz el trabajo de la Comisión IHAN de nuestro Hospital.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de partos mediante cesárea.

- Porcentaje de recién nacidos con lactancia materna al alta y a los 2 meses de vida.

- Porcentaje de complicaciones en los partos vaginales: Desgarros

- Nivel de satisfacción de las madres con la asistencia recibida.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Las sesiones para constituir la Comisión IHAN ya han comenzado.

- Se prevee desarrollar dos cursos de formación a lo largo del año, que permitan formar a 40 personas.

- En los próximos años se deberá completar la formación hasta alcanzar al 99% de los profesionales, teniendo en cuenta la gran movilidad de los profesionales de enfermería y auxiliares.

- A lo largo del mes de Abril se solicitará de IHAN-Unicef el reconocimiento de la 1ª fase y se firmará el compromiso de progreso hacia la acreditación

- En el segundo semestre del año se conseguirá el 2º nivel del proceso de acreditación.

- A lo largo de 2012 sería posible cumplir todos los objetivos del Proyecto IHAN y conseguir la acreditación definitiva.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *Dos Cursos de formación de 20 horas de duración sobre 3.000 €

· **Dos lámparas de calor para facilitar el calentamiento 290 €

· Ordenador 680 €

Total 3.970 €

11. OBSERVACIONES. *Dos Cursos de formación de 20 horas de duración sobre asistencia al parto normal y apoyo a la lactancia, con cabida para 20 alumnos en cada curso

**Dos lámparas de calor para facilitar el calentamiento ...de los recién nacidos en el paritorio sobre el abdomen de sus madres.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 055

CONTROL TELEMATICO DE MARCAPASOS DEFINITIVOS DEL HOSPITAL "OBISPO POLANCO" DE TERUEL

2. RESPONSABLE JOSE MARIA MONTON DITO
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
 · Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 · Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 · OREA CASTELLANO ENRIQUE. ENFERMERA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. UNIDAD DE MARCAPASOS
 · GATO LEON MANUEL. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia y Utilidad del proyecto:
 - Desde hace 5 años se incorporó a la cartera de servicios del Hospital "Obispo Polanco" de Teruel el implante y revisión de marcapasos definitivos, a través de la puesta en marcha de la Unidad de marcapasos.- En este momento se hace posible, en algunos modelos, el control telemático, a través de la red de telefonía móvil, de diversos datos médicos y técnicos sobre el funcionamiento del marcapasos.
 - Existen 2 modelos de trabajo: monitorización diaria con envío de alarmas de malfuncionamiento del marcapasos y monitorización clínica o seguimiento del marcapasos sin necesidad de trasladarse el paciente. Por motivos de seguridad, no pueden modificarse los parámetros del marcapasos; para lo cual se exige atención presencial en la consulta.
 - Una adecuada información, permitirá una mejora en el seguimiento del paciente. Métodos de detección y priorización empleados:
 -La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming:
 §Monitorización domiciliaria de marcapasos definitivo
 §Protocolo de limitación del esfuerzo terapéutico
 §Plan de detección infecciones nosocomiales
 §Estudio de mortalidad hospitalario

-Método de priorización empleado:

Parrilla de análisis

MARCAPASOS DEFINITIVO	LIMITACIÓN	ESFUERZO	TERAPEÚTICO	INFECCIÓN NOSOCOMIAL	ESTUDIO MORTALIDAD
Marcapasos	LET	I.nosocom.	Est.mort.		
Fácil medición	2	1	1	3	3
Usuarios afectados	2	1	3	1	3
Riesgo para paciente	3	0	3	0	3
Coste programa mejora	3	3	3	3	3
Necesidad externa solución del problema	3	0	0	3	3
Profesionales implicados en programa	3	3	3	1	3
TOTAL	16	8	13	11	11

Situación de partida

- Seguimiento y revisión de marcapasos en la consulta de marcapasos.
- Periodicidad, en ocasiones, por encima de lo aconsejado por las guías.
- Necesidad de aumentar la frecuencia de visitas, en situaciones como agotamiento de batería, disfunciones de cable, etc.
- El año pasado se comenzó un proyecto de monitorización telemática con buenos resultados.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

055

CONTROL TELEMÁTICO DE MARCAPASOS DEFINITIVOS DEL HOSPITAL "OBISPO POLANCO" DE TERUEL

Causas

-El seguimiento es presencial en la consulta de marcapasos

Fuentes de información

-Registro pacientes Unidad de marcapasos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se han incluido en el programa 22 pacientes, con una edad media de 77 años y con una distancia a la consulta mayor de 1 hora en el 77% de los pacientes. La monitorización domiciliaria ha supuesto durante el año 2010 una evidente mejora en la disminución del tiempo de respuesta, se han detectado agotamientos de batería y se han acortado los tiempos de revisión a 6 meses, y se han revisado todos los casos de comunicación de alarmas a través de fax. Ha mejorado el seguimiento de los pacientes con monitorización más estrecha de las impedancias y los umbrales; así como el seguimiento de las arritmias. Por último se han evitado traslados en pacientes dependientes y domicilios con > 1 hora de viaje a la consulta.

Indicadores de proceso:

-Se han incluido el 85% de los pacientes que por edad, dependencia o lejanía cumplían los criterios de inclusión (han existido negativas del pacientes y estamos limitados por presupuesto en el número de dispositivos.
-El número de pacientes que han firmado el consentimiento informado ha sido del 100%
-Se han revisado el 100% de los avisos de alarma en menos de 72 horas.

Los recursos humanos utilizados han sido tiempo médico y DUE y los técnicos: fax de la UCI y de la consulta de marcapasos, ordenadores y teléfono. Como aspectos pendientes se propone aumentar el número de pacientes incluidos en el programa

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejoría en el seguimiento de los pacientes portadores de marcapasos definitivo, que pudieran incorporarse a la monitorización domiciliaria.

-Posibilidad de acortar los tiempos de respuesta ante los episodios de malfuncionamiento del marcapasos.

-Evitar traslados de pacientes a la consulta presencial de marcapasos, sobre todo en gente anciana, con dificultades de la movilidad o lejanía del domicilio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas

-Localización de enfermos subsidiarios de control domiciliar (dependientes, edad > 75 años, domicilio > 1 hora de viaje y/o necesidad de seguimiento clínico)
-Formación por parte de personal de la Unidad de marcapasos.
-Seguimiento "on line".
-Seguimiento de resultados.

Responsables

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

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de proceso:

- nº de pacientes incluidos en el programa de monitorización domiciliaria x 100 / nº pacientes con criterios de monitorización domiciliaria
- nº de pacientes que han firmado consentimiento informado x 100/ nº pacientes con monitorización domiciliaria
- nº de revisión de avisos en menos de 72 horas x 100 / nº avisos registrados en pacientes con monitorización domiciliaria

Fuente de datos:

-Historia clínica

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 055

CONTROL TELEMATICO DE MARCAPASOS DEFINITIVOS DEL HOSPITAL "OBISPO POLANCO" DE TERUEL

-Hoja de registro del programa de monitorización domiciliaria

Estándar: 100%(El primer indicador se encuentra supeditado a la disponibilidad de dispositivos ofrecidos por la industria

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:

- Abril 2011: Continuación del proyecto
- Durante el año inclusión de pacientes subsidiarios, localizados a través de la consulta o nuevos implantes.
- Reuniones cada tres meses del grupo de mejora para evaluar el desarrollo del proyecto
- Abril 2012: Análisis de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Equipo multifunción impresora - fax	500 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

357

PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES DEL SECTOR DE TERUEL DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO

2. RESPONSABLE EVA MARIA MORENO ESTEBAN

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGÍA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MONZON LOMAS FRANCISCO JOSE. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. CARDIOLOGIA
- VICARIO BERMUDEZ JUANA MARIA. MIR. HOSPITAL OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
- BESER MORTE CRISTINA. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD ENSANCHE. TERUEL. ATENCION PRIMARIA
- LUKIC ANTONELA. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLES. CARDIOLOGIA
- MARTIN FERNANDO. MEDICO. CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ. ZGZ. MEDICINA DE FAMILIA
- MILLARUELO JOSE MANUEL. MEDICO. CENTRO DE SALUD TORRERO LA PAZ-ZGZ. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados del mundo occidental, tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo mientras en las últimas décadas, existe una tendencia a la disminución de la mortalidad en los hombres, esta no se está produciendo en las mujeres.

En Aragón, las enfermedades del aparato circulatorio supusieron también un 32% de la mortalidad total y fueron responsables de 2.004 (28,6%) fallecimientos en hombres y 2.339 (35%) en mujeres. Solo el infarto agudo de miocardio mató en 2005 (INE) a 471 varones y 340 mujeres, mientras que el cáncer de mama, mucho más introducido en la mentalidad preventiva de las mujeres fue responsable de 210 muertes en el mismo periodo.

La enfermedad cardiovascular en general y la enfermedad coronaria en particular, han sido investigadas fundamentalmente en el varón, extrapolando los factores de riesgo y protectores de salud, los métodos diagnósticos y terapéuticos a las mujeres, que sistemáticamente se han visto poco representadas en los ensayos clínicos.

El grado de conocimiento de las ECV, así como la utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos que han demostrado eficacia pronóstica, es menor en las mujeres, sobre todo en el síndrome coronario agudo (SCA) y en la Insuficiencia cardiaca (IC) lo que redunda en un peor pronóstico (mayor mortalidad por SCA y mayor tasa de ingresos por descompensación de IC).

El estudio sobre la situación de la patología cardiovascular de la mujer en España realizado por la Agencia de Investigación del la SEC para el Observatorio de la Salud de la Mujer del MSC ha demostrado que existen numerosas diferencias entre mujeres y varones en lo que respecta a las características y manejo de las diversas patologías y siempre de modo desfavorable para las mujeres, como ya se recogía en estudios previos.

Las mujeres tienen un perfil de riesgo cardiovascular peor que el de los varones (mayor prevalencia de obesidad, diabetes, síndrome metabólico, fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca).

Sin embargo muchas mujeres no identifican la enfermedad cardiovascular como un problema importante de salud para ellas, causa de elevada morbimortalidad, ni conocen bien o de forma suficiente los factores de riesgo clásicos y su influencia en la progresión de la enfermedad, ni la importancia de tomar medidas para controlarlos y disminuir su propio riesgo.

A pesar de las numerosas acciones emprendidas a nivel nacional e internacional para sensibilizar a la población y a los médicos que la atienden de que la importancia en las mujeres de las ECV en general y de la cardiopatía isquémica en particular, la enfermedad coronaria sigue siendo considerada una "enfermedad

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

357

PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZÓN": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES DEL SECTOR DE TERUEL DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO

de hombres" por gran parte de la población.

La mujer se encuentra más preocupada por el cáncer que por la enfermedad cardiovascular, que tiene mayor mortalidad. Ello responde a una percepción equivocada de la realidad o a la deficiente información de la población femenina lo que parece que ocurre también en otras latitudes. Entre las mujeres existe a nivel internacional una identificación inadecuada de cuál es su principal problema de salud, adjudicándolo al cáncer en general en el 51% de los casos, 38% al cáncer de mama y sólo 13% a la enfermedad cardiovascular.

Para valorar el conocimiento de la salud cardiovascular de las mujeres en Aragón diseñamos una encuesta, con cuya elaboración y análisis surgió la creación de un grupo de trabajo sobre enfermedad cardiovascular y mujer, transversal y estable formado por profesionales de atención primaria y de atención especializada, PAMYC (Programa Aragonés mujer y corazón).

Encuesta de opinión sobre la salud cardiovascular de las mujeres aragonesas, realizada por el grupo PAMYC con fondos del Sistema Aragonés de Salud: Llevamos a cabo una encuesta telefónica, estructurada, de 15 preguntas a 1.068 mujeres mayores de edad residentes en la Comunidad Autónoma de Aragón. Para el cálculo del tamaño muestral se consideró en la Comunidad Autónoma un error muestral de $\pm 3\%$ con un nivel de confianza del 95% y asumiendo un $p = 0,5$. El muestreo se realizó por estratos definidos por dos criterios: grupos de edad y número de habitantes por municipios, fijando un mínimo de representación en cada provincia de 5,5% de error muestral.

Los resultados de la encuesta ponen en evidencia el desconocimiento de las mujeres del principal problema de salud que las afecta, el 25,6% cree que es el cáncer en general, un 34,4%, piensa que es el cáncer de mama y sólo un 5,1% opina que es la enfermedad cardiovascular.

Respecto a los factores de riesgo, el 27,2% de la población encuestada es fumadora, el 21,7% sabe que tiene o ha tenido el colesterol alto, el 21,7%, la tensión arterial elevada y el 8,3% es diabética. El 40,7% se considera obesa o con sobrepeso y el 20% tiene antecedentes familiares próximos de angina de pecho o infarto.

Las mujeres encuestadas reconocen en un alto porcentaje cuales son los factores de riesgo cardiovascular, siendo el más desconocido la diabetes (solo identificado positivamente por el 44,4%) a pesar de la gran importancia de la diabetes como FRCV especialmente en las mujeres.

Aunque las mujeres encuestadas reconocen en un alto porcentaje cuales son los síntomas de un ataque al corazón, casi una de cada tres no elige como respuesta a la pregunta... el contacto urgente con el sistema sanitario, que es clave en esta patología.

Con estos resultados y las demás carencias evidenciadas en la encuesta, decidimos planificar una serie de intervenciones, agrupadas bajo el nombre "Aragonesas con Corazón" destinadas a mejorar la información que tienen las mujeres de nuestro Sector Sanitario acerca de la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo, como punto de partida para mejorar sus hábitos, su actuación ante los signos de alarma y en definitiva su salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. A lo largo de los últimos años y desde que se constituyó el grupo hemos realizado actividades diversas destinadas a la mejora de la información de la ECV de las mujeres, que resumimos a continuación:

- Elaboración, validación y realización de una encuesta sobre los conocimientos que tienen las mujeres aragonesas sobre la salud cardiovascular, realizada en 1064 mujeres.
- Análisis estadístico y elaboración de resultados obtenidos en la encuesta. Análisis de las deficiencias observadas en el conocimiento sobre las ECV y planteamiento de las futuras actuaciones
- Difusión de los resultados de la encuesta en los medios científicos y de comunicación que se detallan a continuación:
- o Presentación de los resultados de la encuesta en la rueda de prensa convocada por la Consejería. Realizada por Dra Isabel Calvo y la Dra. Maria Dolores

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

357

PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZÓN": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES DEL SECTOR DE TERUEL DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO

Ariño

- o Presentación de la encuesta en la Semana del Corazón en Madrid por la Dra Isabel Calvo (27/05/2008)
- o Presentación de los resultados de la encuesta en forma de comunicación en mesa redonda en el Primer congreso clínico cardiovascular, SEMFYC,, Zaragoza, 5-63 junio 2008 por el Dr. José Manuel Mllaruelo
- o Presentación de los resultados de la encuesta en forma de mesa redonda por las Dras. Eva Moreno Esteban y Antonela Lukic, Zaragoza marzo 2008
- o Presentaciones de comunicaciones en los congresos: Jornadas del Sector 2 (junio 2008), 26º Congreso de calidad asistencial (octubre 2008), Congreso Nacional de Cardiología Bilbao 2008), Congreso Aragonés de Atención Primaria (Noviembre 2008), Congreso internacional Argentino Septiembre 2009)

- Actividades formativas dirigidas al público general en los sectores de Calatayud y Sector 2 y 3 de Zaragoza.
- o Se han planificado, diseñado y elaborado las charlas dirigidas a las mujeres aragonesas y se ha iniciado su puesta en marcha. La charla "El infarto también es cosa de mujeres. Aprende a cuidar tu corazón" se ha impartido hasta la actualidad en Cariñena (Dic 2008), Calatayud (enero 2009), Paniza (febrero 2009), Villamayor (marzo 2009), Sabiñán (abril 2010), Muel (febrero 2011)
- o Elaboración y difusión de folletos informativos en forma de trípticos ilustrados que se difundirán a los centros de salud y a las asociaciones de mujeres para ampliar el alcance del programa educativo.

.- Diseño de la pagina web www.mujierycorazon.com dirigida a pacientes, población general y profesionales de la salud. Dentro de la página web se desarrollan distintos apartados enfocados a los diferentes objetivos que esperamos conseguir:

- Presentación del grupo y calendario de actividades desarrolladas o por desarrollar por el mismo.
- Información para profesionales y para población general.
- o Dirigidos a profesionales:
 - Guías de actuación clínica.
 - Información sobre investigación sobre género.
 - Referencias bibliográficas actualizadas.
 - Material divulgativo para charlas y educación para la salud.
 - Links científicos.
 - Calendario de eventos.
- o Dirigidos a mujeres:
 - Foro de opinión y participación.
 - Rincón del paciente (información sobre FRCV, síntomas de alarma del SCA y actuación en caso de emergencia).
 - Correo de contacto para consultas sobre el tema.
 - Material audiovisual sobre las ECV en la mujer.
 - Links con direcciones web de interés sobre el tema.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
OBJETIVOS DEL PROYECTO:

GENERALES:

1. Sensibilizar a la población del Sector de Teruel de la importancia de la Cardiopatía Isquémica en la Mujer como problema de Salud, al menos al mismo nivel que otras ya incluidas en su mentalidad preventiva, como el cáncer de mama.
2. Promocionar la salud cardiovascular en las mujeres, de forma que las personas adquieran hábitos y costumbres dentro de su entorno social, que genere bienestar y ayude a prevenir la aparición de enfermedad.
3. Llamar la atención de los profesionales sanitarios de todos los ámbitos asistenciales para mejorar la identificación precoz de la mujer con Síndrome Coronario Agudo y conseguir la optimización de su tratamiento en la práctica real de acuerdo con las recomendaciones de las guías de las diferentes

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 357

PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES DEL SECTOR DE TERUEL DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO

sociedades.

ESPECIFICOS:

- Difundir los resultados y su valoración de la Encuesta de Salud Cardiovascular de las mujeres en Aragón.
- Enseñar a las mujeres y a su entorno a identificar precozmente los síntomas del Síndrome Coronario Agudo que permitan reducir el tiempo transcurrido entre la aparición de la emergencia cardiovascular y la prestación de la asistencia requerida.
- Mejorar la percepción y el nivel de preocupación que tienen las mujeres del sector acerca de su propio riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.
- Difundir el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular, de cómo influyen en la aparición y evolución de la enfermedad y de cómo controlarlos o eliminarlos.
- Promover cambios en el estilo de vida (hábito dietético, inactividad física, tabaquismo, hábito alcohólico, estrés mental y psicosocial) de las mujeres y de su entorno con el propósito de mejorar el riesgo cardiovascular de la población.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. LINEAS DE ACTUACIÓN:

Se trata de una intervención:

1- Integrada y multifactorial, que cubre los factores de riesgo más importantes, así como sus determinantes socioeconómicos.

2- Con colaboración intersectorial, que comprende el sector de salud y otros fuera de él (asociaciones de consumidores, ayuntamientos, entidades públicas y privadas, etc.).

3- Dirigida a la promoción de cambios ambientales propicios a facilitar estilos de vida sanos y acceso a recursos sanitarios.

4- Que pretende involucrar diversas disciplinas profesionales, en varias etapas de planificación y desarrollo de programas.

Se dirige a las mujeres de la comunidad de Aragón (mediante actividades educativas por sectores de salud, pero con coordinación de los profesionales implicados en cada sector):

1.-Actividades de educación para la salud cardiovascular ya iniciadas y puestas en marcha por el grupo en el año 2009, 2010 en los sectores 2 y 3 de Zaragoza, con el apoyo del programa de mejora de calidad asistencial. Estas actividades son la continuidad del proyecto de mejora de calidad concedido en 2009.

1. Charlas/ Talleres informativos en centros de salud y agrupaciones/ asociaciones de mujeres seleccionados del sector de Teruel

a. Metodología audiovisual.

b. Utilizando los datos de la encuesta como apoyo.

c. Temas: La enfermedad cardiovascular y su importancia en la mujer; Los factores de riesgo; los síntomas de alarma; La manera de actuar ante estas situaciones.

d. Actividades prácticas por grupos que permitan facilitar la comprensión del tema tratado.

2. Distribución de los Folletos informativos editados por el grupo.

• Edición de 1.000 ejemplares del mismo.

• Distribución de los folletos a través de personal sanitario, que podrá contestar preguntas básicas sobre el mismo en el acto. La repartición de los mismos se realizará principalmente en el Hospital y Centros de Salud

Responsables: los componentes del Grupo PAMYC con la ayuda externa por parte de una empresa especializada en el campo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 357

PROYECTO "ARAGONESAS CON CORAZON": MEJORA DE LA INFORMACION QUE TIENEN LAS MUJERES DEL SECTOR DE TERUEL DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SUS FACTORES DE RIESGO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de charlas impartidas.
2. Número de asistentes a las charlas.
3. Número de asociaciones de mujeres que han recibido folletos para la posterior difusión entre sus miembros.
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Abril 2011 Fecha de finalización: 2012
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|---|---------|
| · Apoyo para la edición de los folletos | 700 € |
| · Apoyo para la elaboración de material audiovisual para talleres y charlas | 600 € |
| · Cartelería | 200 € |
| Total | 1.500 € |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 361

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE ACTUALIZACION Y FORMACION CONTINUADA EN RCP PARA PERSONAL MULTIDISCIPLINAR DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ALFREDO MORTE PEREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESTEBAN FUENTES FRANCISCO JOSE. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS
- VILLALBA GARCIA JUSTO. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS
- MARTINEZ OVIEDO ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS
- FATAHI BANDPEY BEHROUZ. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS
- MIGUEL ORTEGA MARIA ANGELES. ENFERMERA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS
- GOMEZ GOMEZ LAURA. ENFERMERA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS
- REMON VICENTE ESTER. ENFERMERA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. -La parada cardiopulmonar es la situación más grave a la que se puede enfrentar el personal que trabaja en el S urgencias de un centro hospitalario.

- Existe evidencia de que el inicio temprano de maniobras de reanimación cardiopulmonar de calidad mejora la morbi-mortalidad posterior a una PCR.
- Periódicamente se realizan revisiones y actualizaciones de las maniobras de RCP, la última de las cuales se publicó recientemente (año 2010), con lo cual resulta de vital importancia la actualización de conocimientos y el reciclaje continuo en las maniobras de RCP en el personal que pueda presenciar una PCR.
- En la última actualización se hace especial hincapié en la importancia de la identificación temprana de la situación de PCR y el inicio de RCP precoz y de alta calidad. Así mismo se insiste en RCP de alta calidad, básica o avanzada adecuada a la formación del personal que la identifica y de los medios de que se dispone.
- Debido a la gravedad de la situación y a que por las características particulares de este servicio de urgencias la asistencia a situaciones de PCR no resulta una práctica rutinaria/diaria y a las actualizaciones periódicas que sufre consideramos de extremo interés la realización de un programa de formación continuada y reciclaje periódico en las técnicas de RCP para el personal que desarrolla su labor en el S Urgencias del HOP.
- Recientemente se consiguió el acceso continuado a un maniquí simulador RCP-A (megacode) que facilitaría la realización de la formación que se plantea.
- En el servicio se dispone personal con formación/acreditación de Tutores AHA para RCP que serían los encargados de la docencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Garantizar la rápida identificación de la situación de PCR por el personal de urgencias (facultativo y no facultativo).

- Ofrecer una respuesta eficaz según el nivel de formación y responsabilidad, y según el protocolo vigente.
- Evitar variabilidad en la práctica clínica.
- Fomentar el trabajo/asistencia en equipo a la PCR de forma organizada y eficiente.
- Garantizar la actualización y reciclaje periódico en las normas teóricas y maniobras de RCP.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -El programa formativo se realizaría aprovechando el material del que se dispone para formación en RCP:

- Torsos para RCP-B.
- Maniquí simulador RCP-A (megacode).

- Se actualizará el protocolo de actuación de RCP del servicio de actuación de RCP se solicitará su validación por la UCA.
- Se realizarían talleres teórico-prácticos en un aula disponible y acondicionada previamente (Aula 4).
- Se realizaría una sesión teórica conjunta de tres horas de duración.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 361

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE ACTUALIZACION Y FORMACION CONTINUADA EN RCP PARA PERSONAL MULTIDISCIPLINAR DE URGENCIAS

-Se plantearía una sesión práctica de 4 horas de duración , para un total potencial de 60 asistentes en grupos de 20 personas(10 parejas para RCP-B y 5 grupos de 4 para RCP-A), multidisciplinar, procurando remedar el equipo de asistencia habitual(facultativo y no facultativo).
-Se plantea una periodicidad semestral de dichos talleres.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Asistencia del 80% del personal a los talleres.
-Evaluación teórica y práctica al finalizar el taller según los criterios y formularios AHA.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Dos ediciones anuales, recomendando la primera semana de abril y la primera de octubre.
-Lunes de 17 a 20 horas: Clase teórica.
-Martes de 16 a 18 horas: Sesión práctica Grupo A.
-Miércoles de 16 a 18 horas: Sesión práctica Grupo B.
-Jueves de 16 a 18 horas: Sesión práctica Grupo C.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· -Ordenador portátil de apoyo al maniquí-simulador (megacode). 900 €
· -Proyector portátil 550 €
Total 1.450 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

613

REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL H. OBISPO POLANCO

2. RESPONSABLE RAQUEL ORELLANA GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. REHABILITACIÓN
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MORATA CRESPO BELEN. MEDICO. H.OBISPO POLANCO. REHABILITACION
- MARCO SANCHEZ MARIA PILARA. MEDICO. H.OBISPO POLANCO. REHABILITACION
- ALCALA ESCRICHE PILAR. FISIOTERAPEUTA. H.OBISPO POLANCO. REHABILITACION
- COBOS LOU ANTONIO. FISIOTERAPEUTA. H.OBISPO POLANCO. REHABILITACION
- MARTIN GARZARAN MARIA. FISIOTERAPEUTA. H.OBISPO POLANCO. REHABILITACION
- SANCHEZ PEIRO MARIA CARMEN. FISIOTERAPEUTA. H.OBISPO POLANCO. REHABILITACION
- VICENTE ROMERO JUANA MARIA. FISIOTERAPEUTA. H.OBISPO POLANCO. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - Valoración del rendimiento y actividad en consulta del especialista en Medicina Física y Rehabilitación mediante registro de consultas de primer día y sucesivas.

- Estimación del rendimiento y actividad del médico rehabilitador en interconsultas hospitalarias registrando las mismas.
- Evaluación de la actividad y rendimiento en terapias invasivas en la consulta de rehabilitación con el registro de éstas.
- Valoración del rendimiento y actividad en realización de informes clínicos solicitados al médico rehabilitador mediante anotación de los mismos.
- Valoración de la actividad y rendimiento de los tratamientos realizados por los fisioterapeutas con registro de los mismos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No ha sido registrada parte de la actividad del especialista en Medicina física y rehabilitación hasta el momento. Una gran parte de nuestra actividad asistencial está dedicada a la realización de técnicas invasivas, realización de hojas de consulta y control de la evolución de estos pacientes y gestión del alta rehabilitadora, y todas estas tareas no se encuentran en el momento actual codificadas, ni cuantificadas.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conocimiento de la actividad realizada en el Servicio de Rehabilitación por parte de la Dirección-Gerencia, con la consecuente influencia en contrato-gestión.

- Herramienta de autoevaluación con el objetivo de analizar y cuantificar nuestra actividad y poder mejorarla.
- Precisar los recursos utilizados y evaluación de mejora de éstos para que sea de mayor calidad la asistencia al paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Uso de planilla de cálculo en el programa excel para realización de tabla, donde se registra mensualmente la actividad del médico rehabilitador: primeras visitas, sucesivas visitas, informes clínicos, técnicas invasivas e interconsultas hospitalarias; y del fisioterapeuta: tratamiento de cinesiterapia y terapia física.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Número de consultas de primer día y sucesivas por parte del médico rehabilitador

- Número de interconsultas hospitalarias realizadas por el médico rehabilitador
- Número de terapias invasivas en la consulta de rehabilitación del total de pacientes vistos en consulta
- Número de informes clínicos realizados por el médico rehabilitador
- Número de tratamientos realizados por el equipo de fisioterapeutas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Registro anual de la actividad asistencial del Servicio de Rehabilitación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 613

REGISTRO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL H. OBISPO POLANCO

· Ordenador portátil	600 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES. Haciendo referencia al artículo:" Indicadores de calidad asistencial en rehabilitación" (Rehabilitación (Madr).2009;43(3):131-7), afirmamos que hay dimensiones que permiten medir la calidad asistencial en una unidad de gestión en rehabilitación.
-Indicador de actividad y rendimiento: da información de la actividad asistencial disponible en el hospital, lo que proporcionará validez, objetividad y facilidad a la hora de obtener dichas mediciones. Es lo que proponemos en nuestro proyecto.
-Indicador de continuidad asistencial: es el elemento clave para eliminar barreras o fracturas en la atención prestada a los ciudadanos entre los distintos servicios de atención especializada. En nuestro caso hay una continuidad asistencial de los pacientes hospitalizados mediante valoración en interconsulta con el inicio del tratamiento rehabilitador, si procede, y posteriormente de forma ambulatoria.
-Indicador de accesibilidad: posibilidad y facilidad con que el usuario puede utilizar los servicios sanitarios. Garantizado en nuestro Servicio por el fácil acceso a tratamiento por equipo de fisioterapia, nada más ser evaluados en la consulta de Rehabilitación.

-Queda por incluir al resto del personal del Servicio de Rehabilitación en el proyecto, dado que todos vamos a llevar a cabo el registro de la actividad asistencial del Servicio: VILLAGRASA MÉNDEZ, JULIO (Fisioterapeuta del Servicio de Rehabilitación del H.Obispo Polanco), GÓMEZ SANCHEZ, M^a ISABEL (auxiliar de enfermería del Servicio de Rehabilitación del H.Obispo Polanco) y PÉREZ CHAVARRÍA, ANTONIO (Celador del Servicio de Rehabilitación del H.Obis

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 348

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CURA CHIVA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

2. RESPONSABLE MONICA OSET GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. CIRUGÍA GENERAL
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- COMIN NOVELLA LAURA. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. CIRUGIA GENERAL
- ESCRIBANO PEREZ DIANA. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. CIRUGIA GENERAL
- PASTOR ESPUIG CONSUELO. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. CIRUGIA GENERAL
- UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. CIRUGIA GENERAL
- DEL VAL GIL JOSE MARIA. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. CIRUGIA GENERAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La insuficiencia venosa crónica de las extremidades inferiores constituye la enfermedad más frecuente en patología vascular y, aunque habitualmente tiene un carácter benigno, puede producir en determinados casos complicaciones importantes (1). Una de ellas es la aparición de úlceras venosas, que generan una alta morbilidad para el paciente y un elevado coste sanitario por su tendencia a la cronicidad.

La cura CHIVA (cura Conservadora Hemodinámica de la Insuficiencia Venosa Ambulatoria) descrita por Franceschi en 1988(2) es una estrategia para el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica basada en la actuación sobre los elementos hemodinámicos que determinan la aparición de varices, con la conservación del capital venoso superficial. Para poder llevar a cabo esta estrategia es imprescindible el estudio mediante eco doppler venoso preoperatorio, en el que se determinará la técnica quirúrgica a realizar, siendo ésta llevada a cabo en régimen ambulatorio, bajo anestesia local y sedación.

Sus ventajas respecto a la flebectomía son (1,3):

- recuperación inmediata de la actividad física
- recuperación laboral precoz
- menor prevalencia de neuralgias por lesión del nervio safeno
- menor presencia de telangiectasias postoperatorias
- conservación de la vena safena, que puede suponer un elemento importante para la revascularización de la isquemia miocárdica o de extremidades inferiores (by-pass)
- prevención de recidivas de shunts pélvicos al drenarse éstos al sistema safeniano. Este tipo de recidiva supone el 16% de las mismas tras flebectomía y es de difícil tratamiento.

En varios estudios randomizados (4,5) que compararon la cura CHIVA con la flebectomía de la safena interna se concluyó que la primera técnica es más efectiva y tiene menos recurrencias varicosas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actualmente en nuestro Servicio de Cirugía General y Digestiva el tratamiento quirúrgico de las varices se realiza mediante flebectomía de la vena safena, con ingreso hospitalario (1'83 días de media) y bajo anestesia raquídea o general. Se realiza una encuesta telefónica a 15 pacientes intervenidos en 2010 pidiéndoles que valoraran la remisión de síntomas y el resultado estético de la intervención del 1 al 10 (siendo 1 malo y 10 excelente), así como los días de baja laboral. La media para los síntomas fue de 7'07 y para la satisfacción en cuanto a resultados estéticos de 5'43. El tiempo medio de baja laboral fue de 28'57 días.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Eliminación de la estancia hospitalaria, dado que se realizaría en régimen ambulatorio.
- Reducción del tiempo de baja laboral, por la recuperación inmediata de la actividad física.
 - Mayor satisfacción global de los pacientes, por ser una cirugía más conservadora y con mejores resultados, tanto funcionales como estéticos.
 - Reducción de costes sanitarios (eliminación de la estancia hospitalaria, reducción de costes anestésicos y del tiempo de baja laboral)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 348

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CURA CHIVA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Adquisición de las habilidades necesarias para realizar ecografía doppler venosa en extremidades inferiores. Realizar ecografía doppler venosa el mismo día de la intervención quirúrgica para identificar el shunt veno-venoso existente y planificar el tipo de intervención más adecuada en cada caso.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:

- Estancia hospitalaria
- Tiempo de baja laboral
- Satisfacción global de los pacientes

Evaluación:

- Revisión de intervención en régimen ambulatorio
- Encuesta telefónica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Comprobación de estancias hospitalarias: 3, 6 y 12 meses

- Encuesta telefónica a los 6 meses de la intervención
- Marzo 2012: elaboración de informe

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Sonda ecográfica Toshiba PLM-703AT	7.776 €
Total	7.776 €

11. OBSERVACIONES. Gracias a la colaboración del Servicio de Radiodiagnóstico de nuestro hospital estamos adquiriendo las habilidades necesarias para el marcaje preoperatorio con ecodoppler, utilizando de momento sus ecógrafos e instalaciones, por lo que han visto disminuidas sus horas disponibles para programar exploraciones ecográficas.

El Servicio de Urología accede a compartir el uso de su ecógrafo, con lo que el Servicio de Radiodiagnóstico podría retomar su actividad habitual. Dado que dicho ecógrafo no posee la sonda necesaria para la valoración de estructuras vasculares solicitamos su adquisición.

Bibliografía:

- 1) Juan-Samsó J, Escribano-Ferrer JM, Rodríguez Mori A, Bofia-Brossa R, Matas-Docampo M. Cirugía hemodinámica venosa en el tratamiento del síndrome varicoso. *Angiología* 2003;55 (5): 460-75.
- 2) Franceschi C. Théorie et pratique de la cure conservatrice de l'insuffisance veineuse en ambulatoire. Précy-sous-Thil: Editions de l'Armançon; 1988.
- 3) Juan J, Escribano JM, Criado E, Fontcuberta J. Haemodynamic surgery for varicose veins: surgical strategy. *Phlebology* 2005; 20: 2-13
- 4) Parés JO, Juan J, Tellez R, Mata A, Moreno C, Quer FX, Suarez D, Codony I, Roca J. Varicose Vein Surgery: Stripping Versus the CHIVA Method: A Randomized Controlled Trial. *Ann Surg.* 2010. Apr; 251 (4): 626-31
- 5) Carandina S, Mari C, De Palma M, Marcellino MG, Cisno C, Legnaro A, Liboni A, Zamboni P. Varicose Vein Stripping vs Haemodynamic Correction (CHIVA): a Long Term Randomised Trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2008 Feb;35(2): 230-7

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 429

1. TÍTULO

LA SISTEMÁTICA DEL TRABAJO ENFERMERO COMO HERRAMIENTA DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS EN HEMODIÁLISIS

2. RESPONSABLE AURORA PEREZ PEREZ

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. HEMODIÁLISIS
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GASCON FUERTES ESTHER. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. HEMODIÁLISIS
- LACASA SANCHEZ ALICIA. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. HEMODIÁLISIS
- SORIANO PUERTOLAS ISABEL. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. HEMODIÁLISIS
- VILAR BONACASA BEATRIZ. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. HEMODIÁLISIS
- ARANDA MUÑOZ MARIA DOLORES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. HEMODIÁLISIS
- PEREZ SORIANO PURIFICACION. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. HEMODIÁLISIS
- BERISA LOSANTOS FRANCISCA. MEDICO. JEFE DE SECCION DE NEFROLOGIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. NEFROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La aplicación del tratamiento de hemodiálisis es competencia de enfermería. Durante horas hay que mantener una circulación extracorpórea para conseguir depurar las sustancias tóxicas, mantener un equilibrio hidroelectrolítico adecuado y aplicar tratamientos. Es un proceso sustitutivo que utiliza alta tecnología.

En líneas muy generales, las actuaciones comienzan con la preparación del monitor de hemodiálisis y de los líquidos, continua con la manipulación y conexión del acceso vascular del paciente al circuito externo, la vigilancia de constantes vitales, la adecuación de la diálisis y de la ultrafiltración durante toda la sesión, la administración de fármacos y la recuperación del volumen sanguíneo y el cierre del acceso vascular.

En cada uno de los pasos de una sesión de hemodiálisis, hay una serie de riesgos que hay que minimizar. El tratamiento debe ser el más adecuado y eficaz, pero también el más seguro para los pacientes.

Los problemas mas frecuentes son las infecciones, sobre todo en los pacientes portadores de catéteres permanentes, el sangrado, la administración de fármacos en viales compartidos y los derivados del mantenimiento de los accesos vasculares.

En la Unidad de Hemodiálisis se mantiene una sistemática de actuaciones, pero nada que este recogido por escrito, ni que señale los puntos de riesgo, ni la vigilancia y prevención de los mismos. Tampoco un sistema de recogida de complicaciones ni de problemas centinela.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Tener protocolizadas todas y cada una de las intervenciones enfermeras en el tratamiento de hemodiálisis

2-Conocer los puntos de riesgo

3-Recoger sistemáticamente los problemas y complicaciones detectadas, plantear y definir estándares

4-Mejorar las complicaciones infecciosas y disminuir los problemas de los accesos vasculares

5-Poder valorar los cambios en el tiempo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 429

LA SISTEMÁTICA DEL TRABAJO ENFERMERO COMO HERRAMIENTA DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGOS EN HEMODIALISIS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Redactar los protocolos de cada intervención enfermera

-Aplicar a cada uno de ellos un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) como procedimiento de análisis de fallos potenciales, determinar la gravedad y priorizar las actuaciones

-Seleccionar las acciones a implementar

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Disponer de las intervenciones enfermeras recogidas por escrito con la detección de riesgos potenciales

2-Número de protocolos introducidos en los factores de riesgo detectados

3-Recogida sistemática de problemas y complicaciones

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración de protocolos: Seis meses
Aplicación AMFE y protocolos de minimización de riesgo: Seis meses
Implementación de programa: Seis meses
Total: año y medio

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador sobremesa	800 €
· Jornadas de Calidad en Salud. Zaragoza. Para cuatro componentes del proyecto	300 €
Total	1.100 €

11. OBSERVACIONES. Total presupuesto 1.100 Euros

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 573

1. TÍTULO

REVISION DEL GRADO DE CUMPLIMENTACION DE LOS PROTOCOLOS EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO RADIOLOGICO DE LA PANCREATITIS AGUDA

2. RESPONSABLE CRISTINA ROIG SALGADO

- Profesión MIR
- Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VILAR BONACASA EVA. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
- TORRES NUEZ JULIO. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO RADIODIAGNOSTICO
- FERNANDEZ BEDOYA IVAN ULISES. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO RADIODIAGNOSTICO
- YAGO ESCUSA DOLORES. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO RADIODIAGNOSTICO
- FATAHI BANDPEY LUIZA. MIR. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO RADIODIAGNOSTICO
- OLIMPIU FLORIN. MIR. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el año 2007 nuestro hospital cuenta con una guía clínica propia para el manejo de la pancreatitis aguda. En ella queda reflejada la participación activa de numerosas especialidades, por lo que la coordinación y el seguimiento de unas pautas establecidas resultan esenciales en el manejo de este tipo de patología.

La radiología, realiza su aportación en el diagnostico y seguimiento. Para obtener el máximo rendimiento a las pruebas de imagen, es de suma importancia seleccionar sus indicaciones y realizarla en el momento evolutivo adecuado. Esto permitirá una correcta adecuación de los recursos, así como una colaboración interdisciplinar ágil y eficaz que pretende mejorar la calidad asistencial.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con este proyecto se pretende mejorar el cumplimiento del protocolo asistencial, y asegurar una actuación rápida y eficaz desde el punto de vista radiológico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisar de forma prospectiva los pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda durante 4,5 meses, comprobar su correcta clasificación radiológica, así como la adecuación temporal en la realización de la prueba según fecha de solicitud.

Se elaborará una base de datos en la que se recogerán todos los pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda durante el tiempo establecido. Posteriormente se elaborará una ficha radiológica en la que conste la prueba solicitada, momento de solicitud, fecha de realización y clasificación radiológica

De forma prospectiva se analizarán los resultados obtenidos y se cotejarán con las directrices existentes en la guía clínica.

Al inicio del proceso se realizará una sesión en el servicio para pautar la recogida de datos y los principales criterios radiológicos a seguir.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores serán:

- porcentaje de informes con una adecuada clasificación radiológica. Estándar: 100%
- De los pacientes a los que se les solicita ecografía abdominal, porcentaje que se realiza en las primeras 24 hrs. Estándar 100%
- De los pacientes con pancreatitis graves y complicadas a los que se les solicita TAC abdominal , porcentaje que se realiza en las primeras 48-72 horas. Estándar: 100%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2011: reunión con los adjuntos del servicio.

Mayo-Junio 2011: inicio recogida de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda con elaboración de la ficha radiológica.

Noviembre: Análisis de resultados

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 573

REVISION DEL GRADO DE CUMPLIMENTACION DE LOS PROTOCOLOS EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO RADIOLOGICO DE LA PANCREATITIS AGUDA

Diciembre: Informe

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· Escáner de documentos	200 €
· Dispositivo de almacenamiento de datos extraíbles de 2 gigas	60 €
· Tablon de corcho	20 €
Total	280 €
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR	

1. TÍTULO

RADIOPROTECCION DEL PACIENTE EN TOMOGRAFIA COMPUTERIZADA CRANEAL MEDIANTE PROTECTORES OCULARES DE BISMUTO

2. RESPONSABLE PEDRO JOSE SANCHEZ SANTOS
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
 - Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
 - Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LENGHEL FLORIN. MIR. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
 - ROIG SALGADO CRISTINA. MIR. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
 - OQUENDO PEREZ JOAQUIN. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
 - ARNAU GARCIA JOAQUIN. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
 - SOLE PUIG EVA MARIA. TER. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
 - GUTIERREZ URBANETA ROSALIA. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
 - MARTIN MIRAVET MARIA DOLORES. ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las radiaciones ionizantes para uso médico, son la fuente de radiación no natural más importante para el hombre. La tomografía computadorizada (TC) produce de entre el 41% al 70% de las dosis de radiación de los países desarrollados. El desarrollo tecnológico y la mayor accesibilidad de las técnicas de imagen, especialmente la TC, han llevado a un aumento muy importante del número de exploraciones con un crecimiento anual de hasta el 10%. En nuestro servicio la evolución del número total de TC realizados ha evolucionado de forma similar a estos datos de la literatura pasando de realizar en 2001 4.278 estudios a 7.273 en 2009. De estos alrededor de un 25-30% son craneales. La dosis equivalente de una TC craneal (número de radiografías de tórax equivalentes) es de 115. Dentro de las diversas estrategias de reducción de dosis, desde hace pocos años han aparecido en el mercado protectores de látex revestidos de bismuto que se utilizan para proteger órganos superficiales como el cristalino, describiéndose tasas de reducción de dosis para este órgano del 40 al 50%. Con la utilización del protector se consigue reducir la radiación superficial sin afectar a la formación de la imagen.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

- García-Castaño B. Radiación y Tomografía Computerizada. Bol. SEGECA 2005; N° 1 mayo.
- Kenneth D. Hopper et al. Radioprotection to the Eye During CT Scanning. Am J Neuroradiol 2001. 22:1194-1198.
- Matthias Hofer. Manual Práctico de TC. Ed Médica Panamericana 2007; 174-177

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- Crear un protocolo de actuación (cuando y como) para la aplicación de los protectores de bismuto para el cristalino en la TC craneal atendiendo a las variables: edad, número de TC craneales realizados previamente, patología ocular previa y calidad diagnóstica de la imagen.
- 2-Conseguir que todo el personal técnico actúe de la misma forma y trabaje de manera homogénea.
- 3-Comprobar que la calidad diagnóstica para las imágenes es la misma que si no empleamos protectores.
- 4-Realizar un control de calidad mediante muestreo para supervisar su correcto empleo una vez instaurado.
- 5- Evaluar el grado de satisfacción de nuestros clientes externos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-Reuniones del grupo de trabajo y diseño de un protocolo provisional.(todo el grupo)
- 2-Implantación del protocolo provisional en casos seleccionados. (DUES y TER)
- 3-Diseño de una ficha de evaluación prospectiva de los casos seleccionados para evaluar la calidad de las imágenes, problemas de implementación y grado de satisfacción del usuario. (Drs. Sánchez, Lenghel y Roig)
- 4-Reuniones del grupo y redefinición del protocolo en base a los datos obtenidos.(todo el grupo)
- 5-Aplicación del protocolo definitivo. (DUES y TER)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

114

RADIOPROTECCION DEL PACIENTE EN TOMOGRAFIA COMPUTERIZADA CRANEAL MEDIANTE PROTECTORES OCULARES DE BISMUTO

6- Evaluación estimada de los costes para su aplicación. (Dr.Sánchez)

7-Control de calidad mediante muestreo, comprobando la correcta colocación y utilización según los criterios de inclusión del protocolo. (Drs.Lenghel y Roig)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Indicador radiológico de calidad percibida. En la ficha técnica del protocolo provisional prospectivo se incluirá una pregunta sobre el grado de satisfacción.

2- Número de quejas y reclamaciones.

3- Grado del cumplimiento del protocolo. Mediante el muestreo efectuado en el protocolo definitivo. Esperamos sea mayor al 90%.

4- Número de estudios en los que la calidad de la imagen no ha sido suficiente para el diagnóstico.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Mayo-junio 2011: Reuniones, diseño e implantación del protocolo provisional.

-Octubre 2011: Reuniones, diseño e implantación del protocolo definitivo.

-Diciembre 2011-enero 2012. Evaluación, normalización e informe.

-Durante el año 2012: reevaluación.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Folios, carpetas, archivadores y material de papelería.	100 €
· Cursos de formación en radioprotección.	1.000 €
· Libros y revistas	400 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

185

CREACION UNIDAD DE HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA

2. RESPONSABLE VICENTE SPINOSO CRUZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SCHUMACHER ANSUATEGUI ELENA. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- PARRILLA VIRGOS PILAR. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- BARAHONA RONDON SOFIA. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
- ESTEBAN LOLA. AUXILIAR CLINICA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- SANCHIS YAGO BEATRIZ. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. MEDICINA FAMILIA
- CABEZA PEDRO. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La histeroscopia es una prueba diagnóstica invasiva que en los últimos años ha ido tomando mucha importancia dentro de nuestra actividad asistencial diaria, constituyendo hoy una prueba esencial en la consulta ginecológica. Permite diagnosticar patología muy frecuente como pólipos, miomas, neoplasias, permitiendo al mismo tiempo la toma de biopsias y realizar determinados tratamientos. Hoy en día la histeroscopia diagnóstica o mínimamente invasiva puede realizarse de manera ambulatoria y en algunos casos sin requerir anestesia. En nuestro hospital realizamos las histeroscopias diagnósticas en quirófano. Con este proyecto queremos crear una unidad de histeroscopia ambulatoria, que nos permita realizar la prueba de manera ambulatoria, ágil y efectiva.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Agilidad en la citación de la paciente, no entra en lista de espera de quirófano

Agilidad en el diagnóstico

Mayor rentabilidad del quirófano , realizándose las histeroscopias diagnósticas en la unidad sin interferir en la programación quirúrgica

Aumentar el grado de satisfacción de la paciente: diagnóstico rápido sin necesidad de ingreso hospitalario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La Unidad de Histeroscopia Ambulatoria constará de un día de actividad asistencial cada dos semanas. Se programarán las pacientes desde las consultas de ginecología, ecografías y urgencias ginecológicas del hospital. Se dividirá la actividad en dos partes, una primera donde se realizarán las histeroscopias y la segunda en la cual se realizarán primeras visitas y resultados. Con esta organización se pretende crear un flujo cerrado de pacientes generándose tantos resultados como histeroscopias y las pacientes serán dadas de alta de la unidad una vez terminado el proceso.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° histeroscopias indicadas/ N° histeroscopias realizadas en la Unidad x 100

Tiempo desde que se indica las histeroscopia hasta su realización menor de 1 mes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011: presentación del proyecto

Mayo2011: Redistribución de los recursos (material de histeroscopia) para la puesta en marcha de la Unidad. Elaboración de un protocolo de indicación de histeroscopia

Septiembre 2011: inicio del proyecto

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

185

CREACION UNIDAD DE HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 058

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO ANTIBIOTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION VALDOVINOS MAHAVE
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
 - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 - Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MONTON DITO JOSE MARIA. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
- SANTED ANDRES MARIA JESUS. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
- MONFORTE SORIANO ENCARNA. ENFERMERA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
- PEREZ LAHUERTA MARIA LUISA. ENFERMERA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
- GIMENEZ MORA ROSA. ENFERMERA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
- SANCHEZ SANCHEZ MARIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

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

-El gasto antibiótico supone hasta un 50% del gasto farmacéutico de la UCI. Aproximadamente un 45% de los pacientes ingresados en UCI reciben antibióticos.
-Los principios generales que rigen la administración de antibióticos en las UCI recomiendan empezar precozmente por una pauta empírica de amplio espectro ante el riesgo de no cubrir adecuadamente todos los gérmenes. Sin embargo, esta terapia inicial con frecuencia no es revisada contribuyendo a un uso inapropiado de los antibióticos y a un aumento de resistencias microbianas.
-Las infecciones nosocomiales afectan hasta un 30% de los pacientes en UCI, con un riesgo entre 5 a 10 veces más alto comparado con pacientes no ingresados en UCI. Hasta un 70% de las infecciones nosocomiales son causadas por gérmenes resistentes al menos a un antibiótico. Este tipo de pacientes precisan estancias hospitalarias más largas y tratamientos más agresivos, con una mayor morbilidad y un aumento de costes.
-La implantación de un Programa de optimización de uso antibiótico tiene como objetivos: estandarizar el manejo de los pacientes siguiendo protocolos basados en la evidencia, establecer unos criterios de selección, dosificación, vía de administración y duración del tratamiento antibiótico. Todo ello sirve para mejorar los resultados clínicos, minimizar los eventos adversos, disminuir el uso antibiótico, la selección de gérmenes, la resistencia antibiótica y el consumo de recursos sanitarios.
Se trata de un programa que incrementa la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

Métodos de detección y priorización empleados:

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

- (A) Implantación de un Programa de optimización de uso antibiótico
- (B) Protocolo de limitación del esfuerzo terapéutico
- (C) Plan de detección de altas de UCI precoces o inadecuadas
- (D) Estudio de mortalidad en UCI

Método de priorización empleado: Parrilla de análisis

	(A)	(B)	(C)	(D)
-Fácil medición	2	1	2	3

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

058

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO ANTIBIOTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

-Usuarios afectados	2	1	1	1
-Riesgo para paciente	3	0	3	0
-Coste programa mejora	3	3	3	3
-Necesidad influencia externa para la solución del problema	3	0	3	3
-Profesionales implicados en el programa	3	3	1	1
TOTAL	15	8	13	11

Situación de partida:

-Falta de estandarización de pautas de manejo antibiótico.

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.

-Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
-Estandarizar el manejo de los pacientes que precisan tratamiento antibiótico.
-Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos Guías de práctica clínica de tratamiento antibiótico de las infecciones, siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Españolas de Medicina Intensiva y de Enfermedades infecciosas y de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas.
-Sistematizar la información y facilitar los registros de las actividades encaminadas a la optimización del uso antibiótico (Recogida de cultivos precoz, administración temprana de antibióticos siguiendo Guías clínicas, posterior ajuste en función de cultivos y CMI, ajuste dosificación en función de farmacocinética, monitorización de duración de tratamiento, paso a vía oral si hay indicación).
-Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial.
-Reducir la aparición eventos adversos: toxicidad por tratamiento antibiótico, infecciones nosocomiales y gémenes multirresistentes.
-Ayuda a profesionales de nueva incorporación.
-Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas adoptadas para optimizar el uso antibiótico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas:

-Estandarizar los criterios diagnósticos de las infecciones tras la revisión de las Guías Clínicas.
-Elaborar protocolos de manejo de tratamiento antibiótico para las infecciones en nuestra UCI, adaptando las Guías Clínicas.
-Sistematizar y registrar las medidas de optimización del tratamiento antibiótico mediante la elaboración de una Hoja de registro.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 058

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO ANTIBIOTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

-Monitorizar la selección de gérmenes, la aparición de gérmenes multirresistentes y la infección nosocomial, utilizando la herramienta de registro del programa ENVIN (Estudio Nacional de Vigilancia de Infección nosocomial).
-Impartir 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 de las medidas de optimización (stándares de calidad):

-Nº pacientes que cumplen protocolo para recogida de muestras/ Nº total pacientes que ingresan con criterios de infección x 100
Stándar 100%

-Nº pacientes que siguen pauta tratamiento antibiótico según Guías Clínicas/ Nº total pacientes que ingresan con criterios de infección x 100
Stándar 100%

-Nº pacientes con ajuste antibiótico según cultivo y CMI/ Nº total pacientes con cultivo positivo x 100
Stándar 100%

-Nº pacientes con ajuste según función renal/ Nº total pacientes con tratamiento antibiótico x 100
Stándar 100%

-Nº pacientes con adecuada duración de tratamiento antibiótico/ Nº total pacientes con tratamiento antibiótico x 100
Stándar 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Fecha de inicio: Abril 2011

-Fecha de finalización: Abril 2012

-Elaboración del proyecto: Abril 2011.

-Difusión y Puesta en marcha del proyecto: Mayo- Junio 2011.

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

-Análisis final de resultados: Abril 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· i-PAD	500 €
· i-PAD	500 €
· i-PAD	500 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

432

INFORMATIZACION DE PROCESOS DE LA CADENA TERAPEUTICA EN ONCOHEMATOLOGIA

2. RESPONSABLE IRENE VALLE GINER

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. FARMACIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- YUBERO ESTEBAN ALFONSO. FEA ONCOLOGIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. UNIDAD ONCOLOGIA
- LARA LOPEZ-DORIGA RICARDO. FEA ONCOLOGIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. UNIDAD DE ONCOLOGIA
- RODILLA CALVELO FRANCISCO. FEA FARMACIA HOSPITALARIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE FARMACIA
- ESCUSA JULIAN MILAGROS. ENFERMERA SUPERVISORA DE FARMACIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE FARMACIA
- THOMSON LLISTERRI CONCHA. JEFE DE SECCION FEA DIGESTIVO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE DIGESTIVO
- ABELLA PEREZ LUIS ANGEL. INGENIRO INFORMATICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. SERVICIO DE INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 1. Importancia y utilidad del proyecto

La terapia antineoplásica es una de las terapéuticas más complejas y iatrogénicas que existen en la actualidad, por cuanto se manejan:

- Fármacos de estrecho índice terapéutico.
- Esquemas complejos: distintas combinaciones de fármacos antineoplásicos y fármacos de soporte.
- Dosis diferentes para el mismo fármaco, dependiendo de indicación, esquema, vía y sistema de administración.
- Individualización de dosis y ciclos para paciente en función de su situación (Dmáx/ciclo, acumuladas, etc...)
- Múltiples cálculos para la prescripción, preparación, etc.
- Utilización frecuente de acrónimos y abreviaturas.
- Distintos criterios de dosificación, generalmente por superficie corporal, pero también por Kg, fijo o área bajo la curva (AUC).
- Métodos y sistemas de administración complejos
- Terapéutica en actualización permanente y necesidad de evolucionar y adaptarse a nuevos esquemas y agentes antineoplásicos.

La morbilidad asociada a los problemas relacionados con la terapia antineoplásica, genera un elevado coste en términos económicos y de calidad de vida, tanto al paciente como al sistema sanitario. Las consecuencias de los Errores de Medicación (EM) se encarecen todavía más por el coste de oportunidad; es decir el tener que repetir pruebas diagnósticas o neutralizar los efectos adversos supone un gasto que no se dedica a otros menesteres. Adicionalmente también son costosos en términos de pérdida de confianza y satisfacción en el sistema por los pacientes y profesionales de la salud.

De los diferentes estudios , publicados de morbilidad farmacoterapéutica (MFT) se deduce que un porcentaje importante de esa MFT es evitable o prevenible aproximadamente en el 50% de las situaciones al tener su origen en un EM.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

432

INFORMATIZACION DE PROCESOS DE LA CADENA TERAPEUTICA EN ONCOHEMATOLOGIA

Las tecnologías de la información y comunicación (TIC's) como ONCOFARM® son la mejor herramienta para facilitar, simplificar y automatizar los distintos subprocesos de la prescripción, confirmación, validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración y seguimiento en el paciente, permitiendo incrementar la seguridad y eficiencia de los tratamientos oncológicos, reduciendo los errores y por lo tanto la morbilidad y mortalidad en el paciente , , .

La prescripción automatizada e informatizada, además de aportar información farmacoterapéutica y farmacoeconómica de los procesos atendidos, facilita la realización de estudios de imputación de costes por paciente, perfiles de utilización de fármacos quimioterápicos, adecuación de tratamientos a protocolos específicos, etc.

2. Métodos de detección y priorización empleados

- Las directrices del ISMP-España
- La reciente constitución de la Comisión de Seguridad del Paciente en el hospital Obispo Polanco de Teruel (uno de los objetivos prioritarios es el medicamento y en particular lo denominados de "altos riesgo")

El ISMP- España (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos) es la delegación española del Institute for Safe Medication Practices. El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) define a los errores de medicación como: "cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización". El proceso de utilización de los medicamentos en oncología es muy complejo y en él intervienen diferentes colectivos. Los errores de medicación pueden ocurrir en cualquiera de las etapas de dicho proceso y en su mayoría se producen por múltiples fallos o deficiencias en el mismo. Existen, por tanto, múltiples posibilidades de prevenirlos y se necesita la participación y el esfuerzo de todos los implicados para lograr evitarlos.

Se denominan "medicamentos de alto riesgo" aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan una gran probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes (1). Los medicamentos citostáticos están clasificados según el ISMP-España como medicamentos de alto riesgo (2). El hecho de estar en esta relación no supone que los errores con estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de producirse errores, las consecuencias pueden ser más graves para los pacientes. Por ello, todas las organizaciones insisten en la necesidad de establecer procedimientos explícitos para mejorar la seguridad en el manejo de los estos medicamentos. Así, es recomendable (1, 3) entre otras medidas de seguridad establecer dosis máximas y alertas automatizadas; y estandarizar su prescripción, almacenamiento, preparación y administración e implantar prácticas de doble chequeo en la preparación y administración de estos medicamentos. Estas medidas de seguridad se pueden garantizar mediante informatización de todos estos procesos.

- Cohen MR, Smetzer JL, Tuohy NR, Kilo CM. High-alert medications: safeguarding against errors. En: Cohen MR, editor. Medication Errors. 2nd ed. Washington (DC): American Pharmaceutical Association; 2007. p. 317- 411.
- Institute for Safe Medication Practices. ISMP's list of high-alert medications. Huntingdon Valley (PA): ISMP; 2007. Disponible en: <http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>
- Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del

3. Situación de partida

Actualmente en el centro se carece de un sistema de prescripción electrónico y se gestionan los diferentes procesos de forma manual siguiendo la secuencia que se relata a continuación:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

432

INFORMATIZACION DE PROCESOS DE LA CADENA TERAPEUTICA EN ONCOHEMATOLOGIA

1. Prescripción Médica Manual en hojas multicopia de libre escritura
2. Confirmación verbal o documental del tratamiento del paciente
3. Transcripción de la orden médica por el equipo de Farmacia para su Preparación
4. Cálculos manuales relativos a los volúmenes a adicionar en los diferentes fluidos para la preparación por el personal de enfermería
5. Identificación manual de las preparaciones.
6. Dispensación en bloque, no identificación unívoca de tratamientos individuales dispensados.
7. Administración sin verificación automática y asistida respecto a identidad del paciente, orden de administración, etc...
8. Dificultad en la comunicación interdepartamental de Servicios y/o Unidades.

Todos los factores anteriormente expuestos aconsejan implementar un sistema que proporcione argumentos de seguridad en el entorno de una farmacoterapia tan compleja.

El programa de prescripción electrónica del que se dispone en la actualidad no permite la prescripción de este tipo de terapia a los oncólogos y por tanto no permite gestionar el hospital de día tanto en sus aspectos clínicos como de consumo de recursos por paciente

4. Posibles causas

El proceso de utilización de los medicamentos es muy complejo y en él intervienen diferentes colectivos. Los errores de medicación pueden ocurrir en cualquiera de las etapas de dicho proceso y en su mayoría se producen por múltiples fallos o deficiencias en el mismo. Existen, por tanto, múltiples posibilidades de prevenirlos y se necesita la participación y el esfuerzo de todos los implicados para lograr evitarlos.

En el caso concreto la terapia antineoplásica (medicamentos citostáticos) es una de las terapéuticas más complejas e iatrogénicas que existen en la actualidad

5. Fuentes de información

KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS.
To Err is Human. Building a Safer Health System.
Committee on Quality of Health Care in America. Washignton DC. Institute of Medicine, Academy Press, 1999

2 LACASA C, HUMET C, COT R.
Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento. Barcelona, Easo 2000

3 SERRANO-FABIÁ A, ALBERT-MARI A, ALMENAR-CUBELLS D, JIMENEZ-TORRES NV
Multidisciplinary system for detecting medication errors in antineoplastic chemotherapy
J Oncol Pharm Practice (2009) 0: 1-8

4 MUÑOZ J, ALBERT A, LOPEZ A, ALMENAR-CUBELLS D, ET AL
Evaluation Of Medication Errors In Physicians Order Vs Non Physicians Order Entry Systems
ASCO 38th Annual Meeting•Orlando, FL• May 18-21, 2002

5 ALMENAR-CUBELLS D, ALBERT-MARI A, SERRANO-FABIA A, JIMENEZ-TORRES NV
Multidisciplinary System for detecting medication errors in Antineoplastic Chemotherapy

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

432

INFORMATIZACION DE PROCESOS DE LA CADENA TERAPEUTICA EN ONCOHEMATOLOGIA

ASCO 42 th Annual Meeting ATLANTA, • GEORGIA June 2-6, 2006 .

6 Institute for Safe Medication Practices, Philadelphia, PA.
Vol. 27 No. 10 • October 2002 • P&T® 481

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Una mejor gestión tanto en todas sus vertientes:

- Clínica (minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias)
- Eficiencia: Optimización de los recursos humanos y otros recursos (gestión de compras y de stocks)
- Explotación de datos farmacoterapéuticos y farmacoeconómicos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Las medidas previstas

Prescripción Informatizada y Asistida por parte de los facultativos del Área de Oncología atendiendo a protocolos antineoplásicos estandarizados y consensuados por el equipo interdisciplinar, atendiendo al diagnóstico, indicación, etc.

Programación eficiente los ciclos correspondientes al plan terapéutico así como las cargas de trabajo del Hospital de Día.

Confirmación online de la prescripción, tras verificación de la situación del paciente por consulta de la analítica del paciente

Validación Farmacéutica automatizada atendiendo a unos criterios predefinidos que alerten al farmacéutico y faciliten las actuaciones de dicho profesional.

Preparación Centralizada de Terapia IV, obtención de documentos que faciliten la preparación de la terapia antineoplásica por efectuar los cálculos de volúmenes a adicionar y faciliten la identificación de los preparados obtenidos.

Sistema de Reutilización de Viales Multidosis y Mezclas, para facilitar la eficiencia en la preparación por recuperación de restos de los viales multidosis, así como la gestión de las mezclas devueltas y no administradas para la posterior reutilización o desecho. Adicionalmente se pueden gestionar los consumos efectuados.

Dispensación con identificación, incorporación de un sistema CB que facilite la identificación y dispensación de forma inequívoca de los preparados elaborados.

Administración segura y que satisfaza las llamadas "Five Rights" , paciente correcto, medicación correcta, tiempo correcto, dosis correcta y vía correcta.

Seguimiento al Paciente

Relativos a diferente información de Episodios, diagnósticos, datos antropométricos, biométricos, alteraciones analíticas, alergias, etc., así como profesionales y comentarios relativos al paciente.

2. Procedimiento que se va a utilizar para conseguir los objetivos deseados

Adquisición del programa informático ONCOFARM® para la gestión integral del proceso farmacoterapéutico, adicionalmente se incorporaran conexiones con otros sistemas de información del centro como son HIS del Hospital y laboratorio, para la obtención de datos de carácter administrativo y analítico correspondientemente.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

432

INFORMATIZACION DE PROCESOS DE LA CADENA TERAPEUTICA EN ONCOHEMATOLOGIA

Responsables de las distintas tareas

- Prescripción, Programación y Confirmación; Dres. Alfonso Yubero Estebán y Ricardo Lara López Doriga
- Validación, Preparación y Dispensación farmacéutica; Dres. Irene Valle Giner y Francisco Rodilla Calvelo
- Asesoramiento y control de calidad: Dra. Concha Thomson Llisterri
- Apoyo informático: D. Luis Ángel Abellá Pérez
- Seguimiento al Paciente: Todos los profesionales

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Programa:

- Porcentaje de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados con quimioterapia oncológica en el Hospital desde el comienzo del proyecto.

2. Evaluación de Resultados:

- Perfil de utilización de los quimioterápicos al final de año, realizada por el servicio de farmacia y revisada por el especialista en oncología, para valorar su adecuación.
- N° de tratamiento desechados/N° tratamientos planificados
- N° roturas de stock

En ambos casos los indicadores se obtienen directamente del módulo de estadísticas de ONCOFARM®.

- 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Instalación y Formación 4º trimestre 2011
- 2.- Revisión y Adecuación de BBDD facilitada 4º trimestre 2011
- 3.- Arranque en Pruebas 4º trimestre 2011
- 4.- Puesta en producción circuito Oncofarm 1º trimestre 2012
- 5.- Puesta en producción Agenda Clínica 1º trimestre 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Aplicativo Framis-Oncofarm. Modulo de administración asistida por CB	1.200 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

213

PROGRAMA DE DETECCIÓN DE DETERIORO COGNITIVO EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA, TERUEL

2. RESPONSABLE GERMAN GOMEZ BERNAL

- Profesión MEDICO/A
- Centro CRP SAN JUAN DE DIOS DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERNANDEZ DIAZ ROGELIO. MEDICO. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
- GARISA ROCHA GEMA. MEDICO. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
- REBORDA AMOEDO ALEJANDRA. PSICOLOGO CLINICO. CRP SAN JUAN DE DIOS DE TERUEL. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- ESTEBAN RODRIGUEZ EUGENIA. MEDICO PSIQUIATRA. CRP SAN JUAN DE DIOS DE TERUEL. UME
- PEREYRA GRUSTAN LORENA. MEDICO PSIQUIATRA. HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. UCE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El deterioro cognitivo es una de las patologías con mayor crecimiento durante los últimos años, cuyo aumento esta en clara relación con el aumento de la esperanza de vida. Cerca del 15 % de los mayores de 65 años sufre una demencia leve y el 5% una forma grave de la misma. La cuarta parte de los pacientes con demencia sufre una enfermedad tratable, siendo el 15 % de los procesos reversibles si se tratan de forma oportunamente precoz. Por todo ello, nos parece de vital importancia que se realicen pruebas neuropsicológicas de cribado general, desde los centros de atención primaria a la población diana susceptible de sufrir deterioro cognitivo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera detectar de la forma más precoz posible aquellas personas con deterioro cognitivo. De esta forma se espera una mejor evolución de dicha patología en éstas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En una primera actuación, los médicos de atención primaria ofrecerán a los usuarios del centro del centro de salud de Cella que lo deseen, que cumplimente una prueba de evaluación del nivel cognoscitivo general (Mimental de Lobo). Aquellos que no pasen el punto de corte y lo deseen, serán evaluados mediante una exploración neuropsicológica (Realizada por un psiquiatra o un psicólogo). Los pacientes sospechosos de sufrir un proceso de deterioro cognitivo progresivo, serán reevaluados a los seis meses, para decidir si es preciso su derivación al servicio de geriatría, neurología o psiquiatría en función de la patología que se sospeche.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de usuarios evaluados con minimental .

Porcentaje de usuarios que no pasan el punto de corte en primera evaluación.

Porcentaje de usuarios que desean recibir una evaluación neuropsicológica completa.

Porcentaje de usuarios en los que se confirma deterioro cognitivo tras una segunda evaluación neuropsicológica realizada por psiquiatra/psicólogo y son derivados a dispositivo especializado.

Porcentaje de derivaciones a especializada por deterioro cognitivo, en relación con el mismo periodo del año pasado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De abril de 2011 a agosto de 2011 se realizará Minimental por parte de primaria a aquellos usuarios del centro de salud mayores de 60 años que lo deseen.

Durante septiembre de 2011 se realizará primera evaluación neuropsicológica exhaustiva por parte de psiquiatra/psicólogo a los usuarios que no pasaron el punto de corte en Minimental.

Durante marzo de 2012 se reevaluarán aquellos usuarios sospechosos en septiembre para confirmar que sufren deterioro cognitivo, y se les derivará al servicio especializado pertinente.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 213

PROGRAMA DE DETECCION DE DETERIORO COGNITIVO EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA, TERUEL

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· WMS-III, ESCALA DE MEMORIA DE WECHSLER	519 €
Total	519 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 616

1. TÍTULO

ADQUISICION DE EQUIPO DE VIDEOCONFERENCIA PARA LA REALIZACION DE REUNIONES CON LA SUBCOMISION DE INGRESOS DEL SECTOR ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE VICTORIA HERRANDO VICENTE

- Profesión TRABAJADOR SOCIAL
- Centro CRP SAN JUAN DE DIOS DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una vez al mes, la Subcomisión de Ingresos del Sector Teruel se debe reunir con la Subcomisión de Alcañiz, con el fin de determinar la aceptación o no de los casos propuestos para unidades de rehabilitación psicosocial o para comunidades terapéuticas de desintoxicación. Además, en dichas reuniones, se realiza seguimiento de los pacientes ingresados.

El trayecto Teruel - Alcañiz supone 1 hora y media en coche, lo que se traduce en 3 horas en desplazamiento más el tiempo que se alargue la reunión.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Evitar viaje Teruel - Alcañiz (3 horas ida y vuelta) una vez al mes de Dirección, facultativo y trabajadora social.
- Posibilidad de mantener reuniones extraordinarias con el sector de Alcañiz.
 - Mayor coordinación con la Unidad de Salud Mental de Alcañiz, derivante de pacientes.
 - Optimización del tiempo.
 - Eficacia en la realización de reuniones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Solicitamos un equipo para la realización de dichas reuniones por Videoconferencia, siendo Victoria Herrando Vicente, trabajadora social de la Unidad de Media Estancia del CRP San Juan de Dios y Secretaria de la Subcomisión de Ingresos del Sector Teruel, la responsable del proyecto, al igual que de planificar y organizar dichas reuniones.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Actas de las reuniones mantenidas.

- N° de reuniones mantenidas.
- N° de horas empleadas en las videoconferencias vs. n° de horas utilizadas si las reuniones fueran de carácter presencial.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1 año. Las reuniones se efectúan de manera periódica los segundos viernes de cada mes

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. *Ordenador portatil multimedia 15´4, toshiba; Código de homologados: 3-13-51112-0

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

307

PROYECTO MULTICENTRICO: MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SALUD. DISEÑO Y EVALUACION DE PROGRAMAS DE TERAPIA OCUPACIONAL: AUTONOMIA PERSONAL (CRP SAN JUAN DE DIOS, TERUEL).

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. UME
 - MARTINEZ SOTO ALMUDENA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. ULE Y PSICOGERIATRIA
 - SARASA FRECHIN EVA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP SAN JUAN DE DIOS. ULE Y PSICOGERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante los años anteriores el grupo de trabajo de los terapeutas ocupacionales que trabajan para la red de salud mental del Salud Aragón, a través de proyectos de mejora incluidos en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud del 2009 y 2010, ha elaborado un protocolo de evaluación de terapia ocupacional homogeneizado en función de la unidad o recursos asistencial. El siguiente paso en la mejora de los procesos de terapia ocupacional es dotarnos de una metodología para el diseño de programas de terapia ocupacional en salud mental de acuerdo a los estándares de calidad recomendables por las asociaciones internacionales de terapia ocupacional. Es fundamental que dicha metodología este unificada en todos los centros donde desarrollan sus tareas los terapeutas ocupacionales, por esta razón se plantea un proyecto multicéntrico. El desarrollo de los programas de terapia ocupacional nos supone a los terapeutas ocupacionales más de la mitad del tiempo de trabajo. Es imprescindible que dichos programas estén diseñados de acuerdo a unos estándares de calidad que guíen de forma efectiva la práctica de la terapia ocupacional.

Las necesidades que cubrirá dicho proyecto de calidad son:

1. Establecer una metodología unificada de detección de necesidades ocupacionales de los usuarios.
2. Establecer una metodología unificada de diseño de objetivos de intervención de terapia ocupacional.
3. Establecer una metodología unificada para la programación e implementación de los objetivos diseñados.
4. Consensuar por unidades un cuadro de indicadores (estructura, proceso y de resultado) que nos permitan evaluar el grado de cumplimiento de los programas de terapia ocupacional en salud mental.

Para trabajar desde una metodología práctica y operativa se propone desde el grupo de trabajo desarrollar el programa de autonomía personal. La intervención de la terapia ocupacional en el área ocupacional de autonomía personal, históricamente forma parte esencial del ámbito de intervención de la terapia ocupacional, reconocido en los planes de estudios del grado de terapia ocupacional y en la ley de ordenación de profesiones sanitarias del 2003.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. A lo largo del año 2009 y 2010 se ha trabajado por grupos y de manera individual en el intervalo entre reuniones, con comunicación vía mail y telefónica entre los distintos grupos. Gracias a ello se logró confeccionar un modelo de valoración y de historia de terapia ocupacional que se empezó a poner en práctica.

Resultados de los Indicadores:

- Número de reuniones: 3 por año.
- Creación del documento unificado de la Historia Ocupacional del paciente, para incluirla en la Historia Clínica en las diferentes unidades de Salud Mental.
- Implantación del citado documento en las unidades de Salud Mental: UME Y ELE.

En el sector de Teruel, en el C.R.P. "San Juan de Dios", este proyecto y los resultados obtenidos se indicaron en la memoria del proyecto del año 2.010.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 307

PROYECTO MULTICENTRICO: MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SALUD. DISEÑO Y EVALUACION DE PROGRAMAS DE TERAPIA OCUPACIONAL: AUTONOMIA PERSONAL (CRP SAN JUAN DE DIOS, TERUEL).

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Lograr, de acuerdo a las recomendaciones de las asociaciones internacionales de terapia ocupacional, una homogeneidad en el diseño y evaluación de los programas de terapia ocupacional en salud mental.

2. Facilitar la evaluación del grado de efectividad de los programas de terapia ocupacional en salud mental.

3. Facilitar al equipo interdisciplinar la comprensión de los fines y resultados de los programas de terapia ocupacional en salud mental.

4. Fortalecer el trabajo en red de los terapeutas ocupacionales de la red de recursos de salud mental del Salud Aragón.

5. Establecer los criterios de implementación de programas de terapia ocupacional en salud mental.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Reuniones periódicas entre los terapeutas ocupacionales de los recursos de salud mental de los distintos sectores sanitarios. Dichas reuniones se convocaran y se organizarán de forma rotatoria. Donde se establecen las tareas y reparto de las mismas.

2. Reuniones grupales y trabajo en entornos virtuales de los terapeutas ocupacionales del mismo sector sanitario para coordinar el trabajo repartido y acudir a la reunión general con tareas desarrolladas facilitando la agilidad y los resultados de las reuniones generales

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de reuniones suprasectoriales

2. Número de reuniones sectoriales

3. Existencia del documento final del programa de Autonomía Personal.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Se establecerá una periodicidad para las reuniones intersectoriales:

? Mayo: Teruel. Se establecerán los objetivos del proyecto, las tareas a realizar, la temporalización y el procedimiento de evaluación. Durante el primer periodo es fundamental realizar una búsqueda bibliográfica actualizada en las bases de datos de la terapia ocupacional sobre el diseño y evaluación de programas que nos permita establecer el marco teórico donde apoyarnos a la hora de diseñar el documento.

? Septiembre: Zaragoza. Se centrara en la confección de las distintas partes que componen el documento. Se realizara la evaluación del estado del proyecto para poder realizar los cambios pertinentes.

? Diciembre: Zaragoza. Se presentara el programa finalizado y se realizará la memoria del proyecto para presentarlo en el órgano pertinente.

• Reuniones preparatorias, previas a cada reunión general entre los terapeutas ocupacionales del sector.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Bibliografía	150 €
Total	150 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

433

ELABORACION DE UN PLAN INDIVIDUALIZADO DE CONTINUACION DE CUIDADOS (PICC) PARA PACIENTES AFECTADOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN EL SECTOR TERUEL

2. RESPONSABLE SANDRA REBOREDA AMOEDO

- Profesión PSICOLOGO/A
- Centro CRP SAN JUAN DE DIOS DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEREYRA GRUSTAN LORENA. PSIQUIATRA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. UNIDAD CORTA ESTANCIA PSIQUIATRIA
- ESTEBAN RODRIGUEZ EUGENIA. PSIQUIATRA. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS. PSIQUIATRA. CENTRO DE SALUD MENTAL DE TERUEL. UNIDAD SALUD MENTAL ADULTOS TERUEL
- GOMEZ BERNAL GERMAN. PSIQUIATRA. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- SAA SENDRA DAVID. RESIDENTE PSIQUIATRIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO.
- GOMEZ CHAGOYEN BLANCA. RESIDENTE PSIQUIATRIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO.
- LAFUENTE CASANOVA OSCAR. RESIDENTE PSIQUIATRIA. HOSPITAL OBISPO POLANCO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el Sector Teruel, los profesionales de Salud Mental hemos percibido la necesidad de mejorar la atención a pacientes afectados de Trastorno Mental Grave(TM) en los siguientes aspectos:

- La coordinación entre los diferentes dispositivos de Salud Mental que trabajan con pacientes afectados de TMG
- La continuidad en la atención al paciente afectado de TMG.

Definimos como TMG al grupo de personas que sufren trastornos psiquiátricos graves, que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas en diversos recursos socio-sanitarios de la red de atención psiquiátrica y social.

Ámbito del Proyecto: Unidad de Salud Mental, Unidad de Corta Estancia, Unidad de Media Estancia, Centro de día.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Actuar sobre las oportunidades de mejora detectadas en el Sector Teruel, manteniendo una adecuada coordinación entre los distintos servicios.

- Asegurar continuidad en los cuidados de los pacientes con T.M.G.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un plan de cuidados, individualizado por paciente, mediante un registro único y común para los distintos dispositivos de Salud Mental del Sector Teruel.

Proponemos un sistema de registro estandarizado que mejore la comunicación entre los diferentes dispositivos con el objetivo de facilitar la continuidad de cuidados en este tipo de pacientes.

El registro debe ser cumplimentado por el profesional responsable y derivante.

Para conseguir los objetivos terapéuticos, dividiremos la tarea en distintas áreas de trabajo:

- Individual (autogobierno)
- Psicopatológica
- Familiar
- Social

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

433

ELABORACION DE UN PLAN INDIVIDUALIZADO DE CONTINUACION DE CUIDADOS (PICC) PARA PACIENTES AFECTADOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN EL SECTOR TERUEL

-Ocupacional

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - >80% de PICC cumplimentados sobre el total de pacientes con TMG al ser derivados desde los diferentes dispositivos (Unidad de Salud Mental, Unidad de Corta Estancia y dispositivos de Rehabilitación Psicosocial)
- >50% de pacientes afectados de TMG atendidos en el Sector Teruel a partir de Abril de 2011, que tengan en su historia clínica un PICC en cada uno de los dispositivos.

- >60% de objetivos planteados en el PICC que se han continuado trabajando en el dispositivo al que han sido derivados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cronograma general:

Inicio en Abril de 2011 y finalización en Abril de 2012. Se plantean reuniones de trabajo trimestrales con reunión en Marzo de 2012 para elaboración de informe de resultados y conclusiones.

Cronograma pormenorizado:

- Inicio en Abril del 2011: se plantea a los adjuntos de los diferentes dispositivos la idea del proyecto.
- A partir de Mayo: se comienza a incorporar en las derivaciones entre dispositivos el uso del PICC.
- A partir de Junio: comienza a trabajarse desde todos los dispositivos con modelo PICC para planificación de objetivos.
- Septiembre 2011: primera reunión para evaluar y reforzar seguimiento de la propuesta. Recuento de casos.
- Diciembre 2011: segunda evaluación y recuento de casos.
- Marzo 2012: Evaluación final del seguimiento del Proyecto.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

001

CUIDARSE PARA SEGUIR CUIDANDO

2. RESPONSABLE MILAGROS DIAZ GARCIA
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CSS SAN JOSE DE TERUEL
 - Servicio/Unidad .. DIRECCION DE ENFERMERIA
 - Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ALMAZAN CALVE MARIA JESUS. TRABAJADORA SOCIAL. CSS SAN JOSE DE TERUEL. TRABAJO SOCIAL
 - MONTERO CERCOS PURIFICACION. ENFERMERA. CSS SAN JOSE DE TERUEL. HOSPITALIZACION
 - GARCIA SANZ MONSERRAT. PSICOLOGA. AECC. PALIATIVOS
 - VIDAL SANZ ANA MARIA. ENFERMERA. CSS SAN JOSE DE TERUEL. PALIATIVOS
 - VICENTE ROMERO MARIA JESUS. ENFERMERA. CSS SAN JOSE DE TERUEL. UVSS HOSPITAL DE DIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Cuidar de otra persona implica una serie de exigencias que pueden perjudicar notablemente al cuidador, tanto física como psicológicamente. A veces, en la tarea de cuidar se descuidan aquellas actividades que permiten recuperarse del cansancio y de las tensiones de cada día. Los cuidadores que mejor se sienten, son los que mantienen unos hábitos de vida saludables que les llevan a estar en las mejores condiciones físicas y psicológicas para cuidar de sí mismos y de su familiar.

Muchos cuidadores, como consecuencia de un exceso de trabajo, se distancian de sus amigos y familiares cuando la persona a la que cuidan, requiere una dedicación intensa. Esto puede llevar a una situación de aislamiento que aumenta en el cuidador la sensación de "sobrecarga" y estrés y que le pueden ocasionar problemas físicos y principalmente psicológicos.

Para evitar que esto ocurra, una buena solución es que el cuidador disponga de algún tiempo libre para hacer actividades que le gustan, mantener alguna afición, estar con otras personas (relaciones sociales), así como la ayuda que le pueda prestar, determinados profesionales en técnicas para mejorar su autoestima, asertividad y bienestar psicológico en general.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. GENERALES:

- Abrir canales de comunicación.
- Ayudar a aliviar los síntomas biológicos, psicológicos y sociales molestos.
- Favorecer la autoestima.
- Mejorar el clima hospitalario consiguiendo una mejor calidad asistencial.

ESPECIFICOS:

- ? Aliviar los temores y las ansiedades.
- ? Fortalecer la autoestima.
- ? Reconocer y comprender el importante papel de las emociones propias y el correcto manejo de las mismas para lograr el bienestar.
- ? Conocer y practicar técnicas de control del estrés que permitan enfrentarse a las tensiones del día a día.
- ? Aprender a conocerse mejor y desarrollar aquellas habilidades sociales que permitan mejorar las interacciones personales.
- ? Integrar ciertas pautas de actuación que permitan mejorar el bienestar físico y mental.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ELABORACION DE CRONOGRAMA DE TALLERES TEORICOS-PRACTICOS:

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 001

CUIDARSE PARA SEGUIR CUIDANDO

Abril: Relación con uno mismo, autoconocimiento y autoestima.
Mayo: Consejos para mejorar nuestro bienestar físico y mental
Junio: El control de las emociones.
Octubre: Guía de autocuidado.
Noviembre: Relación con los demás y empatía.
Diciembre: La risoterapia

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de cuidadores que acuden a los talleres
- % de cuidadores que valoran positivamente este tipo de terapia.
(MEDIDA A TRAVES DE ENCUESTA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Se iniciará una vez se cuente con la dotación económica para pagar al docente

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Taller teórico practico de 1 hora de duración 100 euros cada uno 600 €
Total 600 €

11. OBSERVACIONES. Total los seis talleres: 600 euros.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

567

MEJORA EN LAS DERIVACIONES AL SERVICIO DE SALUD MENTAL

2. RESPONSABLE CARLOS IGLESIAS ECHEGOYEN

- Profesión MEDICO/A
- Centro USM TERUEL
- Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LATORRE MARIN JOSE IGNACIO. PSICOLOGO CLINICO. CENTRO DE SALUD MENTAL TERUEL "ENSANCHE". SALUD MENTAL
- GONZALEZ URIARTE ANA. PSIQUIATRA. CENTRO DE SALUD MENTAL TERUEL "ENSANCHE". SALUD MENTAL
- CONEJO GARCIA ANA. PSIQUIATRA. CENTRO DE SALUD MENTAL TERUEL "ENSANCHE". SALUD MENTAL
- GARCIA RUBIO MARIA JOSE. PSICOLOGA CLINICA. CENTRO DE SALUD MENTAL TERUEL "ENSANCHE". SALUD MENTAL
- RUEDA GARCIA ISABEL. EIR. CENTRO DE SALUD MENTAL TERUEL "ENSANCHE". SALUD MENTAL
- SANCHEZ PEREZ TRINIDAD. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD MENTAL TERUEL "ENSANCHE". SALUD MENTAL
- LAFUENTE CASANOVA OSCAR. MIR. CENTRO DE SALUD MENTAL TERUEL "ENSANCHE". SALUD MENTAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con frecuencia acuden a nuestra Unidad pacientes derivados de forma genérica a "Salud Mental", sin especificar si el paciente ha de ser atendido por un psiquiatra o por un psicólogo clínico. El hecho de que algunos de estos pacientes sean atendidos por uno de los dos servicios para posteriormente ser derivado al otro, por ser más apropiado, genera un retraso innecesario en el tiempo que finalmente supone para el paciente el ser atendido por el servicio adecuado. Por otro lado, genera un aumento en la lista de espera del primer servicio que atiende como si se tratara de un paciente nuevo a alguien que tendría que haber sido derivado al otro servicio.

Una serie de pautas sencillas pueden ser suficientes para que los Médicos de Atención Primaria, así como otros facultativos, puedan decidir cuál de los dos servicios (psiquiatría o psicología clínica) resulta más adecuado para cada caso.

Algunos de estos pacientes tampoco cumplen unos requisitos básicos para que la derivación sea adecuada (p.ej. la voluntariedad del tratamiento) dando lugar a situaciones en las que el paciente acude a la consulta del psiquiatra "porque me lo ha dicho el médico" pero no quiere tomar la medicación psiquiátrica. Estas situaciones dan lugar a un aumento nuevamente innecesario de la lista de espera que deben afrontar los pacientes que sí desean ser tratados.

Del mismo modo que en el caso anterior, unas pautas sencillas para hacer una derivación adecuada a nuestro servicio podría reducir significativamente la lista de espera del mismo, en beneficio del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos conseguir varios objetivos:

- Reducir el número de pacientes que son incorrectamente derivados a los servicios de psiquiatría y psicología clínica.
- Reducir el número de pacientes que son derivados de forma genérica a "Salud Mental", generando con ello retrasos innecesarios en la atención a los mismos.
- Reducir la lista de espera de ambos servicios (psiquiatría y psicología clínica).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Informar a los Médicos de Atención Primaria del sector de Teruel, así como al resto de facultativos que puedan requerir de nuestros servicios, de cuáles son los requisitos mínimos adecuados para derivar a un paciente a la consulta del psiquiatra o del psicólogo clínico. Para ello utilizaríamos un folleto con pautas claras y sencillas, que podría ser presentado en una o varias sesiones clínicas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes derivados de forma genérica a "Salud Mental" sin especificar "psiquiatra" o "psicólogo clínico". Número de pacientes incorrectamente derivados porque no cumplen las características mínimas necesarias para obtener algún beneficio de nuestra atención.

Número de días de lista de espera para ser atendido por el servicio de psiquiatría.

Número de días de lista de espera para ser atendido por el servicio de psicología clínica.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

567

MEJORA EN LAS DERIVACIONES AL SERVICIO DE SALUD MENTAL

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Edición e impresión del folleto: 30 de julio
Divulgación de su contenido: 30 de septiembre
Recogida y análisis de datos: 15 de diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Impresión del folleto	850 €
Total	850 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 517

MEJORA EN LA ATENCION PSICOLOGICA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO LATORRE MARIN
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro USM TERUEL
· Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GONZALEZ URIARTE ANA. PSIQUIATRA. CENTRO DE SALUD MENTAL TERUEL "ENSANCHE". SALUD MENTAL
· CONEJO GARCIA ANA. PSIQUIATRA. CENTRO DE SALUD MENTAL TERUEL "ENSANCHE". SALUD MENTAL
· GARCIA RUBIO MARIA JOSE. PSICOLOGA CLINICA. CENTRO DE SALUD MENTAL TERUEL "ENSANCHE". SALUD MENTAL
· RUEDA GARCIA ISABEL. EIR. CENTRO DE SALUD MENTAL TERUEL "ENSANCHE". SALUD MENTAL
· SANCHEZ PEREZ TRINIDAD. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD MENTAL TERUEL "ENSANCHE". SALUD MENTAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los trastornos de ansiedad conforman un grupo heterogéneo de alteraciones que requieren con frecuencia de atención especializada. De hecho, estos desórdenes alcanzan las tasas de prevalencia más altas de entre todos los trastornos atendidos en un Centro de Salud Mental Ambulatorio. De todas las técnicas de abordaje psicológico para los trastornos de ansiedad, la relajación es la que ha recibido una mayor atención y difusión por su utilidad para el afrontamiento de la ansiedad y por la relativa facilidad de su aprendizaje. La relajación ha sido calificada como "la aspirina del psicólogo". Es fácil de administrar, no tiene efectos secundarios y es útil para múltiples y muy diversos problemas. Con nuestro proyecto pretendemos dotar a la mayor cantidad posible de pacientes de las habilidades necesarias para conseguir estados de relajación incompatibles con la ansiedad, tanto de forma individual como grupal, siendo este último abordaje el preferido por su relación coste/beneficio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con la difusión de estas técnicas a la mayor cantidad de pacientes posible, pretendemos dotar a los mismo de las habilidades necesarias para reducir el número y la intensidad de los síntomas de ansiedad por los que consultan. Igualmente, perseguimos educar en el uso de una herramienta útil para el tratamiento de problemas como fobias, ataques de pánico, trastornos obsesivo-compulsivos, etc., que requieren del manejo de los síntomas de ansiedad para su abordaje terapéutico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En primer lugar, se editará una guía con instrucciones para servir de apoyo en el aprendizaje de la técnica. Editada la misma, se procederá a aplicar el método de forma individual y/o grupal, en función de la disponibilidad de pacientes y recursos (responsables: psicólogos, enfermera y EIR).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Cantidad e intensidad de los síntomas de ansiedad antes y después de la práctica continuada de la técnica, medidos utilizando el Cuestionario de ansiedad de Hamilton. Consumo de fármacos antes y después de la práctica continuada de la técnica.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Edición e impresión de la guía: 30 de julio
Comienzo de los grupos de relajación: 30 de septiembre
Recogida y análisis de datos: 15 de diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Una camilla 300 €
· Impresión de la guía 850 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 517

MEJORA EN LA ATENCION PSICOLOGICA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Total 1.150 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 002

1. TÍTULO

CUIDAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR

2. RESPONSABLE MARIA JESUS ALMAZAN CALVE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DIAZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERIA. CSS SAN JOSE DE TERUEL. DIRECCION DE ENFERMERIA
- PONZ FLOR INMACULADA. ENFERMERIA. CSS SAN JOSE DE TERUEL. PALIATIVOS
- GARCIA SANZ MONSERRAT. PSICOLOGO/A. AECC. PALIATIVOS
- VIDAL SANZ ANA MARIA. ENFERMERIA. CSS SAN JOSE DE TERUEL. PALIATIVOS
- VICENTE ROMERO MARIA JESUS. ENFERMERIA. CSS SAN JOSE DE TERUEL. UVSS HOSPITAL DE DIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Equipo asistencial se esfuerza en preservar la unidad de la familia como son cuidadores y asistentes primarios del paciente: ellos son a su vez recipientes y co-proveedores del cuidado.

A la familia se le enseña y estimula en asistir y proporcionar el cuidado rutinario junto los profesionales, y se desestimula la conspiración del silencio, siempre y cuando las condiciones y circunstancias del enfermo exijan una comunicación clara de su situación real y/o las consecuencias de esta conspiración sean mayores que sus beneficios, particularmente cuando genera mayor angustia y dolor en el enfermo y en la propia familia.

Se reconoce además la necesidad del familiar de descansar de una responsabilidad de 24 horas/día y se le ofrece un soporte de respiro. Es fundamental el crear un ambiente óptimo adaptado a las necesidades del cuidador que le resulte lo más agradable posible y disponga de los pequeños recursos materiales que pueda necesitar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. GENERALES:

- Ayudar a aliviar los síntomas biológicos, psicológicos y sociales molestos.
- Favorecer la autoestima.
- Mejorar el clima hospitalario consiguiendo una mejor calidad asistencial.

ESPECIFICOS:

- Fortalecer la autoestima.
- Integrar ciertas pautas de actuación que permitan mejorar el bienestar físico y mental.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Metodología:

- Activa y participativa, de implicación en el proceso y que favorezca la relación y responda a los intereses planteados.
- Flexible, adaptada a los ritmos de cada persona y que responda a sus intereses personales fomentando el respeto y la dignidad humana.
- Programada, para que se lleve a cabo dentro de un horario previsto.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de cuidadores que valoran positivamente los recursos.
(MEDIDA A TRAVES DE ENCUESTA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Se iniciará una vez se cuente con la dotación económica para comprar la dotación material.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

011

DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO PARA EL AJUSTE DE DOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA UTILIZANDO COMO SOPORTE EL APLICATIVO DE PRESCRIPCION ELECTRONICA

2. RESPONSABLE MARTA CORREA BALLESTER

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERNANDEZ MARTIN JULIA. FARMACEUTICO/A. CSS SAN JOSE DE TERUEL. FARMACIA
- HERNANDO VICENTE MARIA CRUZ. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CSS SAN JOSE DE TERUEL. FARMACIA
- PAZ MALAGON VICTORIANO. MEDICO/A. CSS SAN JOSE DE TERUEL. MEDICINA INTERNA
- PONZ FLOR INMACULADA. ENFERMERIA. CSS SAN JOSE DE TERUEL. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad renal crónica (ERC) representa, al igual que otras enfermedades crónicas, un importante problema de salud pública, tanto por su elevada incidencia y prevalencia, como por su importante morbimortalidad y coste socioeconómico. La dosificación inapropiada de fármacos en pacientes con ERC puede causar toxicidad o ineffectividad del tratamiento. Por ello, es necesario prestar atención cuando se consideren medicamentos con metabolitos activos o tóxicos que puedan acumularse y contribuir a potenciar efectos farmacológicos o reacciones adversas en pacientes con ERC. Uno de los cambios asociados al proceso de envejecimiento más documentados y predecibles es la disminución de la función renal. Así, la Sociedad Española de Nefrología, recomienda detectar la presencia de ERC en todas las personas mayores de 60 años o con hipertensión arterial, o con diabetes, o con enfermedad cardiovascular. Los sistemas de soporte para la toma de decisiones integrados en los programas de prescripción electrónica, se presentan como una herramienta con enorme potencial para aumentar la seguridad de los pacientes ingresados, así como la eficiencia del proceso farmacoterapéutico. Facilitan la prevención de errores de medicación y al integrar la información clínica de los pacientes, mediante un sistema de recomendaciones o de alertas interactivas, avisan al médico y/o al farmacéutico en el momento de la prescripción sobre alergias, dosis máximas, interacciones, duplicidades, ajustes posológicos, intercambios terapéuticos etc. Por todo ello, es interesante sistematizar la práctica del ajuste posológico de los medicamentos según la función renal del paciente, de tal forma que se realice de forma habitual y exhaustiva. Actualmente en nuestro hospital la prescripción se realiza de forma electrónica mediante un aplicativo informático que podría recomendar dosificaciones de fármacos en pacientes con enfermedad renal crónica facilitando la prescripción al médico. Para ello, sería necesario cumplimentar en la base de datos del programa, aquellos fármacos que requieren ajuste de dosis, introducir las recomendaciones oportunas en función del aclaramiento de creatinina, y mantener actualizados los pesos y la creatinina sérica de los pacientes, desarrollando un procedimiento normalizado de trabajo diario.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Desarrollar e implantar un procedimiento normalizado de trabajo para el ajuste posológico de los medicamentos con eliminación renal en pacientes con ERC, utilizando como soporte el programa de prescripción electrónica del hospital.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Consensuar en la Comisión de Farmacia y Terapéutica o Comisión de Calidad (Grupo de Seguridad) la/s fuente/s bibliográfica/s utilizadas para la cumplimentación de los datos de ajuste posológico de los medicamentos.

- Introducir en la base de datos del aplicativo de prescripción electrónica aquellos medicamentos que requieren ajuste de dosis en caso de ERC por parte del Servicio de Farmacia.

- Introducir en la base de datos las recomendaciones posológicas en caso de ERC por parte del Servicio de Farmacia.

- Establecer en la Comisión de Farmacia y Terapéutica o Comisión de Calidad (Grupo de Seguridad) un procedimiento normalizado de trabajo que indique los responsables de introducir en el programa los pesos y las creatininas de los pacientes.

- Dar a conocer el PNT al personal facultativo y de enfermería del hospital por parte de los miembros del proyecto de calidad.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 011

DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO PARA EL AJUSTE DE DOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA UTILIZANDO COMO SOPORTE EL APLICATIVO DE PRESCRIPCION ELECTRONICA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. En los casos que en el ajuste no venga realizado directamente por el prescriptor, el farmacéutico encargado de la validación de tratamientos emitirá un mensaje al médico recomendando la dosificación apropiada. Así, mensualmente se podrán evaluar, número de recomendaciones emitidas, número de recomendaciones aceptadas, y fármacos implicados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Consensuar en la Comisión de Farmacia y Terapéutica o Comisión de Calidad (Grupo de Seguridad) la/s fuente/s bibliográfica/s: 1 semana.

- Introducir en la base de datos del aplicativo de prescripción electrónica aquellos medicamentos que requieren ajuste de dosis: 2 meses.
- Introducir en la base de datos las recomendaciones posológicas en caso de ERC: 4 meses.
- Establecer en la Comisión de Farmacia y Terapéutica o Comisión de Calidad (Grupo de Seguridad) el procedimiento normalizado de trabajo: 1 mes.
- Dar a conocer el PNT al personal facultativo y de enfermería del hospital: 1 mes.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ORDENADOR DE SOBREMESA	750 €
Total	750 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

377

REHABILITACION VIRTUAL DEL CONTROL POSTURAL EN PACIENTES CON ACV

2. RESPONSABLE MERCEDES FORCANO GARCIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARCO SANCHEZ PILARA. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. REHABILITACION
- QUILEZ SALAS NURIA. MEDICO. HOSPITAL SAN JOSE. GERIATRIA
- FELEZ BONO ANGELES. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JOSE. GERIATRIA
- TORTAJADA AGUILAR JOSE ANTONIO. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JOSE. GERIATRIA
- MURCIANO FOURLAND SANDRA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JOSE. GERIATRIA
- ASENSIO GIMENEZ ALFREDO. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JOSE. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes que han sufrido un acv, presentan dificultades para realizar un buen control postural, lo cual conlleva gran repercusión sobre la independencia en las actividades de la vida diaria.

Se conoce hoy día la posibilidad, con la plasticidad neuronal, de mejoras continuadas en recuperación tras un acv, y estas técnicas permiten afinar y desarrollar de forma más intensa y precisa el tratamiento rehabilitador

La rehabilitación virtual motora, constituye uno de los campos emergentes en rehabilitación médica del acv. Tiene como finalidad la prevención, el diagnóstico, y el tratamiento de alteraciones motrices, y suele basarse en la repetición de una serie de ejercicios especialmente diseñados para la zona afectada, mediante técnicas de Realidad Aumentada. La rehabilitación virtual motora permite crear un contexto motivador para el paciente, aumentando su implicación y facilitar a los fisioterapeutas la atención de un mayor nº de pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Facilitar y afinar en coordinación motora de Extremidad superior e inferior, mejorando la capacidad de realización de las actividades de la vida diaria en aquellos pacientes que han presentado un acv.

- Control postural y del equilibrio, mediante técnicas de realidad virtual
- Reentrenamiento avanzado de la marcha, a través de tecnología Kinect
- Aumentar el grado de participación del paciente dependiente, en las actividades programadas de fisioterapia
- Mejorar la satisfacción e implicación del paciente, a través de ejercicios de rehabilitación virtual

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se pretende reentrenar mediante técnicas de rehabilitación virtual: control de tronco y cabeza, paso a bipedestación, equilibrio y deambulación, coordinación motora de extremidades, actividades manipulativas y de prensión, agilidad motora fina, fuerza y tono muscular. Para ello se utilizarán 2 monitores "Sensor Kinect XB 360", además de la Wii Balance Board, con aplicación de gafas de privación visual, pelotas de Bobath y tablas de equilibrio.

Valoración al inicio y final del programa mediante escalas: Barthel, alcance funcional, Berg y Timed Up and Go. Valoración de satisfacción con las técnicas empleadas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de pacientes incluidos en programa de rehabilitación virtual en acv

- Nº de pacientes que abandonan el programa
- Ganancia funcional de pacientes mediante escala Barthel, Berg, y test Timed Up and Go.
- Grado de satisfacción de los usuarios.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 300

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA ATENCION AL ANCIANO INGRESADO EN CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGICA: LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA COMO MODELO DE UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINAR

2. RESPONSABLE PALOMA GONZALEZ GARCIA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CSS SAN JOSE DE TERUEL
• Servicio/Unidad .. GERIATRIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
• MARTIN HERNANDEZ CARLOS. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. TRAUMATOLOGIA
• VICENTE ROMERO MARIA JESUS. ENFERMERA. CSS SAN JOSE DE TERUEL. UNIDAD DE VALORACION SOCIO SANITARIA
• MUÑOZ HERNANDEZ MAYTE. FISIOTERAPEUTA. CSS SAN JOSE DE TERUEL. REHABILITACION GERIATRICA
• VIAL ESCOLANO RAQUEL. MEDICO. CSS SAN JOSE DE TERUEL. GERIATRIA
• ESTEBAN SILVESTRE CONCEPCION. ENFERMERA. HOSPITAL OBISPO POLANCO. TRAUMATOLOGIA
• CASTRO SAURAS ANGEL. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. TRAUMATOLOGIA
• GUILLEN SORIANO MELCHOR. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Introducción:

Desde octubre de 2008, a raíz del inicio de la colaboración entre los Servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatológica y Geriátrica, en el Sector de Teruel se ha mejorado de forma progresiva la atención al anciano con problemática osteoarticular que motiva ingreso hospitalario. Del mismo modo, se ha optimizado la utilización de los recursos sanitarios disponibles, implicando a profesionales y estructuras de varios niveles asistenciales.

La colaboración entre ambos servicios se plasma en la Unidad de Ortogeriátrica, UNIDAD FUNCIONAL cuyo objetivo principal es asegurar una asistencia de calidad al anciano que ingresa en Traumatología, mediante:

- Disminución de complicaciones intrahospitalarias.
- Mejoría en los resultados funcionales de la cirugía.
- Aumento de las altas al domicilio previo.
- Disminución de la demanda de interconsultas a otros Servicios.
- Disminución de la estancia hospitalaria.
- Disminución en los costes.
- Perspectiva integral e integradora del enfoque del paciente.
- Colaboración en la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre.
- Mejora cualitativa del informe de alta del hospital de agudos.

Forman parte de la Unidad Funcional un geriatra, una enfermera de Geriátrica y un traumatólogo, y se cuenta además con la colaboración del resto de profesionales de los Servicios de Traumatología y Rehabilitación (ubicados en el Hospital General Obispo Polanco) y de Geriátrica (ubicado en el Hospital de Convalecencia San José), así como de las trabajadoras sociales de ambos centros sanitarios. El geriatra y la enfermera realizan la valoración geriátrica integral de los ancianos mayores de 74 años que ingresan en Traumatología en el Hospital Obispo Polanco, así como el seguimiento clínico diario de cualquier problemática médica que pueda presentar el paciente. Por su parte, el traumatólogo garantiza un seguimiento estrecho del paciente durante su estancia en la Unidad de Convalecencia y Rehabilitación del Hospital San José, desplazándose con periodicidad semanal. El método de trabajo sería:

- Valoración geriátrica integral por Geriátrica al ingreso.
- Pase de visita diario por Geriátrica durante el ingreso en Traumatología.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

300

OPTIMIZACION DE LA ATENCION AL ANCIANO INGRESADO EN CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGICA: LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA COMO MODELO DE UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINAR

- Pase de visita semanal conjunto de los Servicios de Traumatología, Geriátría y Rehabilitación en el Hospital Obispo Polanco.
- Control postoperatorio por Traumatología en el Hospital San José, con pase de visita semanal por parte de Traumatología.
- Implicación de servicios médicos, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional y trabajo social (trabajo multidisciplinario).
- Continuidad a lo largo del proceso asistencial.

Podemos decir que esta unidad constituye un ejemplo de aplicación práctica de los nuevos modelos de gestión clínica mediante unidades funcionales, cambiando de forma real el paradigma de asistencia vertical por un modelo transversal.

Problema u oportunidad de mejora:

El trabajo del geriatra y la enfermera de Geriátría es dificultoso a nivel administrativo, al tratarse de profesionales adscritos a un Hospital que se trasladan diariamente al otro, y que deben regresar al propio al final de la jornada laboral para realizar el registro de datos y proporcionar la información sobre la programación de traslados a los compañeros del Hospital de Convalecencia que van a recibirlos.

Existe duplicidad del registro de datos en formato papel en la habitación del paciente y posteriormente en formato electrónico en el Hospital Obispo Polanco y en el Hospital San José por separado, al tratarse de centros diferentes con bases de datos no comunes.

El planteamiento de los componentes de la Unidad de Ortogeriátría es que la recogida de datos a pie de cama en formato electrónico simplificaría el trabajo del geriatra y la enfermera, al ahorrarles al menos uno de los pasos. El hecho de poder vertir la información a las bases de datos de ambos hospitales supondría la optimización definitiva del recurso.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Los resultados obtenidos en el año 2009 (último año en que se solicitó inclusión en los proyectos de mejora) son los siguientes:

- Pase de visita diario del geriatra y la enfermera especializada en Geriátría en la planta de Traumatología del HOP, visitando 426 pacientes > 74 años nuevos, realizando 1828 visitas (4'29 visitas/paciente).
- N° de pacientes >74 años incluidos en programa/ n° total de pacientes >74 años ingresados x COT en 2009 = 90%.
- Reducción estimada de interconsultas a Medicina Interna > 50%.
- Reducción de la estancia media en Traumatología: 11'1%.
- Reducción de la mortalidad en Traumatología: 1'15%.
- Pase de visita semanal del traumatólogo por las unidades de hospitalización y hospital de día del HSJ, realizando 364 visitas en planta y 196 visitas en Hospital de Día Geriátrico.
- Ganancia funcional de 30 puntos en el índice de Barthel tras la rehabilitación en el Hospital San José.
- Mejora cualitativa del informe de alta de Traumatología en el 35% de los pacientes incluidos en programa.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

- Rentabilización del tiempo de trabajo de los componentes de la unidad.
- Mayor fidelidad de los datos recogidos, al hacerlo a pie de cama y evitar repeticiones.
- Eficiencia en el análisis de los datos y mejoría subsiguiente de la calidad de la asistencia prestada.
- Mejoría cualitativa del informe de alta de Traumatología en el 100% de los usuarios valorados.
- Mejoría de la comunicación entre los niveles asistenciales (hospital de agudos - hospital de convalecencia - atención primaria).
- Mejoría global del proceso asistencial.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 300

OPTIMIZACION DE LA ATENCION AL ANCIANO INGRESADO EN CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGICA: LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA COMO MODELO DE UNIDAD FUNCIONAL INTERDISCIPLINAR

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

- Elaboración de base de datos de la Unidad de Orto geriatria para tablet-PC: Dr. Martín y Dra. González.
- Recogida de los datos a pie de cama: M^a Jesús Vicente, Dra. González, Dra. Vial.
- Asistencia clínica directa: todos los componentes del equipo.
- Análisis de los datos: Dra. González y Dr. Martín.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

1. Mejora cualitativa del informe de alta de Traumatología: >90% de los usuarios incluidos en programa.
2. Informe de actividad de la Unidad de Orto geriatria a los Jefes de Servicio y Direcciones hospitalarias: mensual.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración de la base de datos: abril de 2011

Pruebas de funcionalidad de la base de datos: mayo-junio de 2011

Comienzo de la utilización de la base de datos: octubre de 2011

Análisis de los datos: mensual a partir de octubre de 2011

Presentación de resultados: Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud y/o Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial 2012

Presentación de resultados en Jornada Anual de Orto geriatria 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Tablet-PC	1.200 €
• *Hotel para asistencia de varios miembros del equipo de mejora	900 €
• **Viaje y dietas de varios componentes del equipo	600 €
Total	2.700 €

11. OBSERVACIONES. *Hotel para asistencia de varios miembros del equipo de mejora ... -enfermera, traumatólogo, geriatra- a la Jornada Anual de Orto geriatria organizada por Hospital de La Paz (Madrid, inscripción gratuita

**Viaje y dietas de varios componentes del equipo ... de mejora para la Jornada Anual de Orto geriatria (Madrid

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 012

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE NOTIFICACION DE ERRORES DE MEDICACION EN UN HOSPITAL SOCIOSANTARIO

2. RESPONSABLE JULIA HERNANDEZ MARTIN
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro CSS SAN JOSE DE TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORREA BALLESTER MARTA. FARMACEUTICO/A. CSS SAN JOSE DE TERUEL. FARMACIA
· GOMEZ ESTEBAN ROSA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CSS SAN JOSE DE TERUEL. FARMACIA
· BORAO AGUIRRE PERLA. MEDICO/A. CSS SAN JOSE DE TERUEL. DIRECCION MEDICA
· MONTERO CERCOS PURIFICACION. ENFERMERIA. CSS SAN JOSE DE TERUEL. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde la aparición en los últimos años de informes en los países anglosajones sobre la magnitud y las causas de los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria, ha habido un mayor reconocimiento de la importancia del problema, incorporando objetivos de seguridad a los planes estratégicos de mejora de las organizaciones sanitarias y potenciando la investigación sobre esta materia. Los problemas de seguridad se producen como consecuencia de múltiples causas. Por ello, debe evitarse una lectura simplista en la que únicamente el fallo humano es la principal explicación y recordar que la aparición de los mismos depende, en gran medida, de múltiples factores contribuyentes relacionados con el sistema. Es frecuente encontrar después del análisis en profundidad de un problema de seguridad causas relacionadas por ejemplo con la comunicación, la ergonomía, la fatiga, la dotación de personal, la supervisión o la formación inadecuadas. El informe del Institute of Medicine (IOM) estableció que los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia mediante el rediseño de procesos. Se estima, sin embargo, que aproximadamente el 95% de todos los eventos adversos no se documentan. Dentro de los eventos adversos se encuentran los relacionados con el tratamiento farmacológico de los pacientes, ya que el proceso de utilización de medicamentos es complejo, interviniendo diversos agentes en sus diferentes fases (prescripción, validación, dispensación, administración y seguimiento farmacoterapéutico). En el año 1998, el National Coordinating for Medication Error Reporting and Prevention de los EE.UU definió el error de medicación como cualquier incidente prevenible, que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada del medicamento, cuando está bajo control del personal sanitario o del paciente mismo. Numerosos estudios han demostrado la importancia de los errores de medicación por sus posibles consecuencias clínicas graves para el paciente y por los costes elevados que pueden generar. Al igual que en el resto de eventos adversos, la notificación de errores de medicación es de suma importancia, pues su valoración posibilita el "aprender" e identificar los agujeros por los que se han "colado" los fallos del sistema. Actualmente en nuestro hospital no se notifican de forma sistemática los errores de medicación producidos, por lo que no se tiene constancia de su magnitud, ni se puede proceder a una valoración objetiva que conlleve cambios en el sistema con el fin de mejorar la seguridad del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Desarrollar un programa de notificación de errores de medicamentos en el hospital e implantarlo como práctica habitual, con el fin de llevar a cabo cambios en el sistema que aumenten la seguridad del paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaborar un impreso de notificación de errores de medicación validado por el grupo de seguridad perteneciente a la comisión de calidad del hospital.
- Establecer un procedimiento de notificación de errores aprobado por la comisión de calidad.
- Dar a conocer el procedimiento de notificación a todo el personal del hospital por parte de los miembros del grupo de seguridad.
- Recoger los errores notificados e introducirlos en una base de datos por parte del equipo del proyecto de mejora.
- Analizar los errores comunicados por parte de la comisión de calidad para realizar los cambios en el sistema necesarios.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Mensualmente se evaluarán los errores recogidos, obteniendo el número total, número de errores por paciente, número

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 012

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE NOTIFICACION DE ERRORES DE MEDICACION EN UN HOSPITAL SOCIOSANTARIO

de errores por tipo, por fase del proceso farmacoterapéutico, por causa que lo produjo, así como las acciones llevadas a cabo en el sistema.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaborar el impreso de notificación de errores de medicación: 1 mes.
- Establecer el procedimiento de notificación de errores y darlo a conocer al personal del hospital: 2 meses.
A partir de entonces, se comenzará a recoger los errores notificados, introducirlos en la base de datos y a analizarlos por parte del grupo de seguridad.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil	850 €
Total	850 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

393

RELAJACION Y CONTROL CORPORAL PARA MEJORAR EL ESTADO FISICO Y PSICOLOGICO DEL PACIENTE (CONTINUACION)

2. RESPONSABLE PILAR MANZANO HERNANDEZ

- Profesión FISIOTERAPEUTA
- Centro CSS SAN JOSE DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AULA VALERO MARIA CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JOSE. GERIATRIA
- HERNANDEZ DE ANDRES MARIA LUISA F. TERAPEUTA OCUPACIONAL. HOSPITAL SAN JOSE. GERIATRIA
- ANDRES CIVERA FERMIN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JOSE. GERIATRIA
- HERNANDO VICENTE MARIA CRUZ. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. HOSPITAL SAN JOSE. GERIATRIA
- FELEZ BONO ANGELES. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JOSE. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las técnicas de relajación, visualización y control corporal influyen positivamente en el estado de salud y el sentimiento de bienestar.

Consideramos que la aplicación de estas técnicas podría mejorar globalmente la situación física y mental de los pacientes integrados en una Unidad de Conval

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha realizado taller de relajación consistente en: ejercicios de control respiratorio, mediante respiración abdominal, torácica, toraco-abdominal; técnicas de visualización aplicadas a la enfermedad; concienciación corporal y grupo de psicomotricidad; aplicación de escala de ansiedad y calidad de vida al inicio programa.

-Porcentaje de pacientes del Hospital de Día incluidos en el programa: 15%

-Porcentaje de pacientes con mejoría en su calidad de vida tras el programa: 70%

Queda pendiente: aumentar el % de pacientes del Hospital de Día integrados en el programa; aparato de biofeedback para la toma de concienciación y trabajo muscular (no dotación de recursos en el proyecto previo)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Integrar la estimulación y percepción de patologías y limitaciones funcionales, mediante la utilización de aparato de biofeedback, con objetivo de trabajar y potenciar la neuroplasticidad neuronal, en pacientes con lesiones tras acv.

Aplicación de talleres de relajación específicos y concretos para distintas patologías.

Ampliar la práctica de taller de relajación y control mediante visualización, a cuidadores de pacientes, con objeto de facilitar el aprendizaje y seguimiento de los propios pacientes, y de mejoría de estados de agotamiento en los propios cuidadores.

Elaboración de material impreso adecuado a pacientes, con indicaciones básicas sobre técnicas de relajación, así como material audiovisual con el que poder trabajar y mantener las sesiones en el domicilio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Desarrollo de programa de relajación y control corporal para familiares de pacientes, en el Hospital de Día. Consistirá en sesión mensual de aprendizaje y consulta específica de seguimiento en cuidadores para facilitar su aplicación.

Valoración mediante escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria de HAD, al inicio y final de programa, así como encuesta de satisfacción, tanto en pacientes como en cuidadores, para valoración de mejoría psíquica.

Aplicación de técnicas de biofeedback para trabajo de concienciación y desarrollo del esquema corporal en pacientes.

Equipamiento de biblioteca de relajación en el Hospital, para utilización por sanitarios, pacientes y cuidadores.

Grabación de material audiovisual para pacienets y cuidadores en sus domicilios

Realización de díptico informativo para pacientes sobre técnicas de relajación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de cuidadores integrados en programa

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

367

REHABILITACION VIRTUAL MEDIANTE LA "WII BALANCE BOARD" PARA EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO EN PACIENTES MAYORES

2. RESPONSABLE MARIA TERESA MUÑOZ TOMAS

- Profesión FISIOTERAPEUTA
- Centro CSS SAN JOSE DE TERUEL
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FORCANO GARCIA MERCEDES. MEDICO. HOSPITAL SAN JOSE. GERIATRIA
- PILAR MANZANO MARIA. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL SAN JOSE. GERIATRIA
- MARCO SANCHEZ PILARA. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. REHABILITACION
- QUILEZ SALAS NURIA. MEDICO. HOSPITAL SAN JOSE. GERIATRIA
- AULA VALERO MARIA CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JOSE. GERIATRIA
- ZURILLA MARTINEZ ANGELINES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JOSE. GERIATRIA
- MONJE TOMAS MANUELA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JOSE. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las alteraciones del equilibrio son uno de los factores de riesgo más importante de caídas en el anciano. La rehabilitación del equilibrio es una de las técnicas terapéuticas más importantes en los pacientes que sufren inestabilidad en la marcha. Está orientada a restaurar el equilibrio, intentando que el paciente emule, lo más exactamente posible, todos aquellos movimientos que estaba acostumbrado a realizar en la vida diaria. La realidad virtual es un método empleado cada vez más en rehabilitación física, permitiendo individualizar tratamientos, facilitar la motivación con el aprendizaje y convirtiendo los ejercicios en tareas agradables y divertidas para los pacientes. La utilización de la Nintendo Wii balance board, permite mediante sistemas de biofeedback visuales de bajo coste, aplicar programas dirigidos a la mejora del equilibrio. Los juegos existentes resultan de excesiva complejidad para pacientes y en especial, ancianos. El desarrollo de nuevos programas diseñados de forma específica para pacientes con trastornos del equilibrio, permite ampliar las posibilidades de rehabilitación y de trabajo en esta área.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar patrones de la marcha, tono muscular, equilibrio, flexibilidad y estabilidad en sedestación y bipedestación, compensando posibles alteraciones vestibulares o de otras funciones que afectan frecuentemente la estabilidad en pacientes mayores.
- Disminuir el riesgo de caídas y fracturas en la población anciana, mediante reentrenamiento del equilibrio.
 - Facilitar el aprendizaje de técnicas de rehabilitación virtual, de fácil utilización domiciliaria y que el paciente puede mantener una vez finalizada la fase aguda y subaguda.
 - Posibilitar la individualización de tratamientos con dificultad creciente, ajustados a la situación concreta de cada paciente.
 - Motivar al paciente y lograr una rehabilitación más amena, con una mayor implicación y satisfacción, con la mejoría de la adhesión al tratamiento. l
 - Abrir el campo de la rehabilitación virtual, mediante un estudio pionero en pacientes mayores con elevado riesgo de caídas y analizar la posibilidad de uso y beneficios obtenidos con estas técnicas (ya estudiados por varios autores de Israel y EEUU: Heidi Sugarman 2009, Tony Pigford 2010...)
 - Analizar la aplicabilidad y resultados de un nuevo programa informático específico diseñado para rehabilitación de alteraciones del equilibrio
 - Comparar los resultados obtenidos mediante la rehabilitación virtual con las técnicas tradicionales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se pretende complementar la rehabilitación tradicional con el uso de Entornos Virtuales en conjunción con dispositivos de bajo coste, como es la Wii Balance Board. Requerirá inicialmente, formación y adiestramiento básico del personal de fisioterapia en técnicas de rehabilitación virtual, mediante un taller de aprendizaje.

Selección de pacientes para incluir en el programa y criterios de exclusión. Se realizará una valoración del equilibrio y la marcha al inicio y final del

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

427

ALIVIO DE SINTOMAS FISICOS Y/O SUFRIMIENTO REFRACTARIO DE LOS PACIENTES CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS. ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE SEDACION EN EL SECTOR DE TERUEL, UNA AYUDA PARA TODOS

2. RESPONSABLE RAQUEL VIAL ESCOLANO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GUILLEN LEREU MARIA ANGELES. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JOSE. UNIDAD CUIDADOS PALIATIVOS
- TOMAS RUEDA FERNANDO. MEDICO. HOSPITAL SAN JOSE. CONVALECENCIA CON REHABILITACION
- AGUDO RODRIGO MARTA. MEDICO. ESAD. ESAD
- ALEGRE MARTIN ROSA. ENFERMERA. ESAD. ESAD
- VIDAL SANZ ANA MARIA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JOSE. UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
- ESTEBAN IBAÑEZ ANTONIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JOSE. UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
- GONZALEZ GARCIA PALOMA. MEDICO. HOSPITAL SAN JOSE. UNIDAD DE VALORACION SOCIO SANITARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Introducción:

El Hospital San José constituye actualmente el centro de referencia para la atención al enfermo con necesidad de cuidados paliativos en el Sector de Teruel: en él se ubica la Unidad de Hospitalización de Cuidados Paliativos y tiene su sede el Equipo de Soporte y Atención Domiciliaria (ESAD), cuyos miembros están completamente integrados en el centro. Se atienden anualmente alrededor de xxx pacientes en régimen de ingreso, y el ESAD realiza el seguimiento de xxx usuarios, prestando apoyo especializado a Atención Primaria.

Entre el personal de ambas unidades hay 4 médicos y 1 enfermera master en cuidados paliativos, y están realizando el Master Universitario del Instituto Catalán de Oncología por la Universidad Autónoma de Barcelona un 5º facultativo y una 2ª enfermera. El ESAD organiza con periodicidad anual un curso de actualización en Cuidados Paliativos, con el que colaboran los profesionales de la Unidad de Hospitalización de Cuidados Paliativos.
Problema u oportunidad de mejora:

A lo largo del seguimiento de los pacientes con necesidad de cuidados paliativos no es infrecuente que deba procederse a una sedación terminal en casos seleccionados. Definiríamos este tipo de sedación como una maniobra no curativa, deliberada, sopesada y compartida, cuyo objeto es disminuir el nivel de consciencia del paciente de forma proporcionada ante una situación de sufrimiento no tratable, irreversible y de mal pronóstico a corto plazo. Hablamos de sedación paliativa cuando el paciente que presenta la sintomatología refractaria sufre una enfermedad avanzada o terminal, y de sedación en la agonía cuando el fallecimiento se prevé muy próximo.

Los conceptos de sedación y eutanasia no son equivalentes, puesto que se diferencian en intención, procedimiento, dosis, resultados, reversibilidad y legalidad.

Contrariamente a lo que pudiera imaginarse, ni todos los médicos conocen el procedimiento de sedación (ni siquiera en el Hospital San José), ni todo el personal sanitario tiene formación en este sentido. La experiencia de otras Unidades de Cuidados Paliativos nos habla de una mejor utilización de la sedación tras la implantación de un protocolo, con mejoría en la calidad de la atención plasmada en:

- aumento de la supervivencia de los pacientes,
- control adecuado de síntomas con mantenimiento del nivel de conciencia en el 50% de los casos,
- mayor satisfacción de los pacientes y de sus familiares con la atención recibida,

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

427

ALIVIO DE SINTOMAS FISICOS Y/O SUFRIMIENTO REFRACTARIO DE LOS PACIENTES CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS. ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE SEDACION EN EL SECTOR DE TERUEL, UNA AYUDA PARA TODOS

- menor incidencia de duelo patológico entre los familiares.

Nuestro objetivo sería, pues, elaborar y utilizar un protocolo de sedación que atienda a las guías de práctica clínica publicadas y se adapte a nuestro medio, con la intención de mejorar la calidad de la atención prestada al usuario con necesidad de cuidados paliativos y a sus familiares/cuidadores, facilitar la toma de decisiones de personal facultativo, familiares y, si es posible, de los propios pacientes, y la práctica clínica del personal sanitario en general que atiende a este tipo de pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

- Proteger a los pacientes del sufrimiento que no se pueda aliviar de otra forma que no sea disminuyendo el nivel de conciencia.
- Proporcionar información útil para facilitar la toma de decisiones al final de la vida, tanto para el paciente como para su familia y los profesionales sanitarios.
- Mejorar la comunicación entre profesionales sanitarios a todos los niveles.
- Mejorar la comunicación entre profesionales sanitarios y el binomio paciente/familia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

- Elaboración de un protocolo de sedación consensuado entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales que se ocupan de la atención al paciente con necesidad de cuidados paliativos y de los pacientes terminales. Responsables: todos los miembros del equipo de trabajo.
- Divulgación y utilización del protocolo en las unidades de hospitalización de CP y ESAD. Responsables: Dra. Vial, Dra. Agudo.
- Valoración de la efectividad del protocolo. Facultativos del equipo de trabajo.
- Mejora del protocolo si procede. Todos los miembros del equipo de trabajo.
- Divulgación del protocolo de sedación en el Hospital de Agudos y resto de niveles asistenciales. Dra. González, Dra. Vial, Dra. Agudo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

1. Especificación en historia clínica del síntoma o sufrimiento físico y/o psíquico refractarios: >90%
2. Explicitación en historia clínica del consentimiento (quién lo presta, de qué forma -explícita/implícita-): >90%
3. Explicitación en historia clínica de la información proporcionada (cómo, por quién y a quién) >90%.
4. Tiempo de supervivencia del paciente tras el inicio de la sedación.
5. Nº de veces que la familia solicita información.
6. Reclamaciones / quejas relacionadas con la aplicación de sedación.
7. Incidencia de duelo patológico.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- Elaboración del protocolo de sedación: abril y mayo de 2011.
- Divulgación y utilización del protocolo en las unidades de hospitalización de CP y ESAD: junio a octubre de 2011.
- Valoración de la efectividad del protocolo: noviembre de 2011.
- Mejora del protocolo si procede: noviembre de 2011
- Divulgación del protocolo de sedación en el Hospital de Agudos y resto de niveles asistenciales: diciembre-febrero 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- *Ayuda económica para matrícula de 2º año del Master en .. 1.800 €
- Ayuda económica para desplazamientos y dietas 2.700 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

427

ALIVIO DE SINTOMAS FISICOS Y/O SUFRIMIENTO REFRACTARIO DE LOS PACIENTES CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS. ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE SEDACION EN EL SECTOR DE TERUEL, UNA AYUDA PARA TODOS

Total 4.500 €

11. OBSERVACIONES. *Ayuda económica para matrícula de 2º año del Master en Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología que realizan Dª Raquel Vial y Dª Mª Angeles Guillén

OBSERVACIONES del SECTOR