

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013

Número de proyectos: 37 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
TE	AP	CS ALBARRACIN	CASTILLON ALFAYE IGNACIO	474	ORDENACION Y REGISTRO DE LA BIBLIOTECA Y DOCUMENTACION EXTERNA DEL CS DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALBARRACIN	RODRIGUEZ MANZANILLA JOSEFA	468	FORMACIÓN Y MEJORA EN EL REGISTRO OMI DE INDICADORES SANITARIOS DE LOS OBJETIVOS DE MEJORA EN CALIDAD
TE	AP	CS ALBARRACIN	TIRADO AZNAR MARTA	160	ESPIROMETRIA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL COMO INSTRUMENTO MOTIVACIONAL PARA QUE EL PACIENTE INTENTE DEJAR DE FUMAR
TE	AP	CS ALFAMBRA	ESTEBAN PEREZ NURIA	299	RECICLAJE DE MEDICAMENTOS CADUCADOS: UN PUNTO SIGRE EN CADA CONSULTORIO
TE	AP	CS ALFAMBRA	SANCHEZ MOLINA EVA	278	MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES
TE	AP	CS ALFAMBRA	VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN	317	CAPACITACION EN RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL
TE	AP	CS CELLA	HERNANDEZ DIAZ ROGELIO	307	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE CARGOS A TERCEROS EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	CAROD BENEDICO ETEL	193	MEJORA DE LA PRESCRIPCION Y MANEJO DE LOS ANALGESICOS OPIOIDES EN UN CENTRO DE SALUD RURAL
TE	AT AMB	USM TERUEL	LATORRE MARIN JOSE IGNACIO	101	MEJORA EN LA FALTA DE ASISTENCIA A LAS CITAS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS	SANCHEZ GARGALLO MARIA PILAR	66	PROGRAMA DE ENFERMERIA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES PSIQUIATRICOS INSTITUCIONALIZADOS QUE HAN SIDO DERIVADOS A OTRAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	DIAZ GARCIA MILAGROS	17	DESARROLLO DEL PLAN DE MEJORA DE LA INTIMIDAD DEL PACIENTE
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	FORCANO GARCIA MERCEDES	302	MEJORA DEL CONTROL FISICO Y EMOCIONAL EN UNA UNIDAD DE PALIATIVOS Y CONVALECENCIA MEDIANTE TECNICAS DE RELAJACION VIRTUAL
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	GUILLEN LEREU MARIA ANGELES	309	MEJORANDO LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA EN EL ENFERMO ONCOLOGICO TERMINAL
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	MANZANO HERNANDEZ PILAR	308	RECUPERAR EL SENTIDO Y VALOR EN EL FINAL DE LA VIDA: DESDE LOS PROFESIONALES A LOS PACIENTES EN SITUACION DE ENFERMEDAD TERMINAL
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA	305	REHABILITACION VIRTUAL MEDIANTE LA "WII BALANCE BOARD" Y "KINECT" PARA EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO EN PACIENTES MAYORES (CONTINUACION Y AMPLIACION)
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	SOLSONA FERNANDEZ SOFIA	311	VALORACION DE LA DISFAGIA Y PREVENCION DE COMPLICACIONES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	VIAL ESCOLANO RAQUEL	206	DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO PARA PREVENIR LA NEFROPATIA POR CONTRASTE YODADO EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL SOCIO-SANITARIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	ALPUENTE ZORRAQUINO ISABEL	79	ARTE TERAPEUTICO EN LA PLANTA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE	20	PREVENCION DE LA NEUMONIA POR BRONCOASPIRACION MEDIANTE EL DESPISTAJE DE LA DISFAGIA DESDE URGENCIAS EN PACIENTE QUE INGRESA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA	37	ABORDAJE SOBRE LA BUENA INDICACION DE LAS COLONOSCOPIAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	CABALLERO PEREZ VICTORIA	440	MANEJO DEL RECIEN NACIDO DURANTE EL PERIODO POSNATAL INMEDIATO. CUIDADOS GENERALES DEL RECIEN NACIDO SANO Y ACTUACION ANTE UN RECIEN NACIDO DE RIESGO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	CABELLO PEREZ ROSARIO MARIA	375	REDUCCION DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA TRAS CESAREA MEDIANTE LA APLICACION DE LA TECNICA "TAP BLOCK" COMO ANALGESIA POSTOPERATORIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	DOMINGO BARRADO ISABEL	166	MANEJO CONSERVADOR DE LA GESTANTE A TERMINO CON BOLSA AMNIOTICA ROTA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	ESTABEN BOLDOVA VICTORIA	45	MEJORA EN LA DETECCION DE POTENCIALES DONANTES DE ORGANOS EN EL AREA DE URGENCIAS. OPTIMIZACION DEL PROCESO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA	172	REVISION Y MEJORA DE LA APLICACION DEL PROTOCOLO EN LA REALIZACION DE LA ECOGRAFIA CON CONTRASTE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	GARCES VALENZUELA MARTA	303	CIRCUITOS DE ACCESO RAPIDO Y MULTIDISCIPLINAR A LOS RECURSOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DEL CANCER GINECOLOGICO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	GARCIA AGUILERA DAVID	188	IMPLANTACION DE LOS RECUPERADORES HEMATICOS POSTOPERATORIOS EN ARTROPLASTIA PRIMARIA DE RODILLA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	GARCIA RUBIO MARIA JOSE	58	EL GRUPO COMO FORMA DE TERAPIA EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	ORELLANA GARCIA RAQUEL	444	GESTION MEDICA DE LAS CITAS DE PACIENTES PREFERENTES EN EL SERVICIO DE

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013

Número de proyectos: 37 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
					MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	PECES GONZALEZ NATALIA	424	CONSULTA DE PROCEDIMIENTOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	ROIG SALGADO CRISTINA	71	ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RESONANCIA MAGNETICA DESDE ATENCION PRIMARIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	SANTA EULALIA MAINEGRA ERICK	294	EVALUACION DEL PROTOCOLO CODIGO ICTUS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE RADIODIAGNOSTICO TRAS UN AÑO DE SU IMPLANTACION EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR	102	PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE VENTILACION NO INVASIVA PEDIATRICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	TORRES NUEZ JULIO	165	DESARROLLO DE UN BLOG DOCENTE EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION	29	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE OPTIMIZACION DE MONITORIZACION HEMODINAMICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	VILLAMON NEVOT MARIA JOSE	80	EFICACIA DE UN PROGRAMA DE EDUCACION SANITARIA PARA EL PACIENTE HOSPITALIZADO CON EPOC EXACERBADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	YUBERO ESTEBAN ALFONSO	203	ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE EN SITUACION TERMINAL EN EL SECTOR TERUEL

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

474

ORDENACION Y REGISTRO DE LA BIBLIOTECA Y DOCUMENTACION EXTERNA DEL CS DE ALBARRACIN

2. RESPONSABLE IGNACIO CASTILLON ALFAYE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JARABA BECERRIL CARLOS. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION CONTINUADA EN AP
- RODRIGUEZ MANZANILLA JOSEFA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION CONTINUADA EN AP
- NAVARRO MAS VICTORIA. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION CONTINUADA EN AP
- ESTEBAN CAMPOS ESTHER. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Ordenación y registro informático de la Biblioteca y documentación externa del CS de Albarracín que facilite la búsqueda y utilización de los recursos bibliográficos disponibles.

Compatibilización de la biblioteca virtual creada en el año 2012 con la biblioteca física disponible

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta el momento ha habido una ordenación y clasificación física de esta documentación, pero sin que haya un registro de la misma. La documentación organizada cuando es utilizada no tiene garantía de regresar a su lugar correcto con lo que la biblioteca se va desorganizando a medida que se va usando.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Una biblioteca ordenada y accesible para su consulta y utilización. Un registro bibliográfico actualizable que facilite la búsqueda y consulta de los recursos disponibles.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Taller de ordenación, clasificación y registro bibliográfico. Taller de programas y utilidades informáticas de ordenación y registro bibliográfico. Se impartiría por personal de registros e informáticos de la Gerencia de Teruel.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Registro bibliográfico. Registro de utilización y devolución del material bibliográfico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Un año.

Talleres formativos: primavera de 2013

Registro informático, clasificación y ordenación de los recursos existentes: verano y otoño de 2013

A finales de 2013 o principios de 2014 debería estar finalizado la ordenación, clasificación y registro bibliográfico del CS de Albarracín

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Biblioteca

OTRA PALABRA CLAVE 2. Registros

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

468

FORMACIÓN Y MEJORA EN EL REGISTRO OMI DE INDICADORES SANITARIOS DE LOS OBJETIVOS DE MEJORA EN CALIDAD

2. RESPONSABLE JOSEFA RODRIGUEZ MANZANILLA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASTILLON ALFAYE IGNACIO. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION CONTINUADA EN AP
- JARABA BECERRIL CARLOS. MEDICO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La creación de episodios, fechado correcto de los mismos y cierre de los que haya pertinencia para ello.

Iniciar la recogida de alergias medicamentosas y antecedentes a toda la población

Correcto registro OMI de los procesos de calidad que contabilizan como indicadores en los objetivos de mejora de la cartera de servicios

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se constata la mejoría que podría suponer el actualizar las historias OMI adecuadamente, ante la falta, preocupante en algunas zonas, de la información de hechos relevantes en la historia clínica del paciente y que no aparecen.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la calificación final de los objetivos en calidad dependientes del registro incorrecto en OMI.

Completar los datos mínimos necesarios en toda historia clínica de OMI, valorando sobre todo las RAM y antecedentes personales y familiares

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Talleres formativos sobre funcionamiento, registro adecuado y actualizaciones en OMI. Se realizarán durante la primavera y el otoño de 2013 por personal informático y/o de la Dirección de la Gerencia en Teruel.

Se iniciarán con una prueba del registro de los indicadores que mide la cartera de servicios, entradas en la Historia clínica y datos mínimos a tener registrados en todo paciente.

En una segunda fase se evaluará la eficacia de la formación mediante la comprobación de errores de registro y mediante el incremento en la valoración final de los indicadores medidos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. En los registros OMI:

- Vacunación antigripal: población < 65 años perteneciente a determinados grupos de riesgo
- Porcentaje de niños con primovacunación (población de 7 a 13 meses que ha recibido las dosis de las vacunas correspondientes a los seis primeros meses de vida)
- Porcentaje de pacientes en los que el INR se mantiene dentro de los límites de referencia en anticoagulación oral
- Porcentaje de pacientes en tratamiento anticoagulante atendidos en Atención Primaria.
- Porcentaje de pacientes en quienes consta que se ha valorado y estratificado el riesgo cardiovascular: Hombres entre 45 y 74 años
- Porcentaje de pacientes en quienes consta que se ha valorado y estratificado el riesgo cardiovascular: Mujeres entre 55 y 74 años
- Porcentaje de pacientes en quienes consta que se ha valorado y estratificado el riesgo cardiovascular: Personas sin enfermedad cardiovascular con algún factor de riesgo
- Porcentaje de pacientes incluidos en el "Servicio de Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes" a quienes se ha determinado HbA1c en el último año
- Porcentaje de pacientes incluidos en el "Servicio de Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes" menores de 80 años con HbA1c = 7 en la última determinación
- Porcentaje de pacientes diabéticos mayores de 15 años a los que se les ha realizado al menos una exploración de fondo de ojo en los últimos tres años
- Pacientes en seguimiento por EPOC: intervención sobre hábito tabáquico
- Pacientes en seguimiento por EPOC: realización de espirometría con resultado registrado
- Seguimiento a pacientes con obesidad: consejo sobre dieta y ejercicio físico
- Cobertura del Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes (PAECD): % pacientes incluidos PAECD sobre población diana
- Porcentaje de pacientes incluidos en el censo de pacientes del PAECD con Barthel < 60 a los que se les ha realizado al menos una valoración enfermera en el periodo de evaluación (último año) que incluya la situación sociofamiliar y la identificación del cuidador principal
- Porcentaje de pacientes incluidos en el censo de pacientes del PAECD con Barthel < 60 a los que se les ha realizado al menos una valoración enfermera en el periodo de evaluación (último año) que incluya: alimentación, eliminación, movilidad, higiene e integridad de piel y nivel de conciencia
- Porcentaje de pacientes incluidos en el Servicio del Paciente Inmovilizado, con una puntuación en la escala Norton de 5 a 14, a los que se les ha activado el Plan de Cuidados Estandarizado de "Riesgo de deterioro de la integridad cutánea"
- Porcentaje de pacientes ancianos, polimedicados (> 5 fármacos), con valoración de la adherencia al tratamiento como "Mala adherencia", a los que se les ha activado el Plan de Cuidados Estandarizado de "Gestión ineficaz de la salud"
- Porcentaje de episodios abiertos de tipo agudo con fecha de último apunte superior a seis meses respecto a la

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

468

1. TÍTULO

FORMACIÓN Y MEJORA EN EL REGISTRO OMI DE INDICADORES SANITARIOS DE LOS OBJETIVOS DE MEJORA EN CALIDAD

actual.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Un año de duración:

- Primavera 2013: inicio de los talleres formativos
- Verano 2013: fase de corrección de los registros OMI incompletos o erróneos
- Otoño 2013: fase de evaluación de los talleres mediante la medición de los indicadores y los registros que anteriormente eran incorrectos o incompletos

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. OMI

OTRA PALABRA CLAVE 2. registros

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

160

ESPIROMETRIA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL COMO INSTRUMENTO MOTIVACIONAL PARA QUE EL PACIENTE INTENTE DEJAR DE FUMAR

2. RESPONSABLE MARTA TIRADO AZNAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN CLEMENTE MANUELA. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA
· LAORDEN ESTEBAN MERCEDES. ENFERMERO/A. CS ALBARRACIN. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia de la detección precoz de EPOC leve-moderado dentro de la clasificación GOLD (1 y 2), con el fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes, evitar exacerbaciones y motivar al paciente en el abandono del tabaco como principal causa de EPOC. Consideramos además oportunidad de mejora en dos Servicios de Cartera como son Tabaco y EPOC, dados los resultados obtenidos en la evaluación 2012.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejora de resultados de Cartera de Servicios Tabaco y EPOC
-Adiestramiento en técnica de Espirometría
-Trabajo en Equipo medicina-enfermería
-Disponer de una primera Espirometría en pacientes de más de 40 años
-Captación de pacientes EPOC GOLD 1 y GOLD2
-Motivar al paciente en el autocuidado y abandono del tabaco

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Captación por parte de profesional Médico y de Enfermería. Cumplimentación de Historia Clínica de OMI, hábitos tóxicos, por parte de Medicina y Enfermería. Realización de Espirometría por parte de Enfermería. Valoración de la prueba e información al paciente oral y escrita. Cumplimentación posterior del Test de Ritchmond.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de pacientes con/sin espirometría previa captados. N° de Espirometrías realizadas. % de abandono de tabaco al año. Mejora en la evaluación anual de Cartera de Servicios por parte de la Dirección comparando con 2012.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración Año natural, coincidiendo con la Evaluación.

11. OBSERVACIONES. Se realizará curso o reciclaje en Técnica de Espirometrías.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

299

RECICLAJE DE MEDICAMENTOS CADUCADOS: UN PUNTO SIGRE EN CADA CONSULTORIO**2. RESPONSABLE** NURIA ESTEBAN PEREZ

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS ALFAMBRA
- Localidad ALFAMBRA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARMENGOD VALERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- MARCO MARTINEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- CASTRO LOPEZ CARLOS. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- DIAZ BRULL FRANCISCO. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- RAPP MAZON ANA MARIA. FARMACEUTICO/A. FARMACIA DE VISIEDO. FARMACOLOGIA CLINICA
- LABAY MATIAS MIGUEL. PEDIATRA. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- CASES CULLA ENCARNA. FARMACEUTICO/A. FARMACIA DE PERALES DE ALFAMBRA. FARMACOLOGIA CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente, con el uso del nuevo protocolo de revisión de fármacos en ancianos en OMI, observamos que muchos de ellos, y gran parte de los jóvenes también, acumulamos en nuestras casas gran cantidad de medicamentos caducados.

Para cuidar de nuestra salud y de la del medio ambiente, es imprescindible utilizar los medicamentos de forma responsable y eliminarlos a través del Punto SIGRE cuando ya no sean necesarios.

Pensamos que nosotros, como equipo, podemos promover actitudes más sostenibles y respetuosas con el medio ambiente colocando cajas de reciclaje en cada consultorio local, (para facilitar la recogida en aquellos lugares en los que las comunicaciones son más complicadas), y ofreciendo la información necesaria a través de folletos. Así se facilitará y promoverá la eliminación adecuada de los residuos, y de este modo, se garantiza que éstos reciben un correcto tratamiento medioambiental.

Los materiales reciclables de los envases son separados para su entrega a entidades recicladoras especializadas, mientras que los restos de medicamentos y los envases que no pueden ser reciclados, son enviados a gestores autorizados para su eliminación controlada o valorización energética, en función de su catalogación como residuos peligrosos o no peligrosos, respectivamente, en la Lista Europea de Residuos.

Algunos beneficios de nuestra propuesta.

A nivel profesional:

- Nos facilita la revisión de los tratamientos crónicos, para corroborar que no hay ningún tratamiento que no esté pautado y controlado por el médico.
- La revisión de la medicación que se elimina más frecuentemente por parte de los pacientes, puede ayudar para futuras pautas de tratamiento, ajustando mejor las dosis para que no sobre o vigilando la frecuencia con la que se hacen ciertas recetas.

A nivel medioambiental:

- Se ahorra energía y se evita la contaminación causada por la extracción y procesamiento de materiales vírgenes
- Disminuye las emisiones de gases de efecto invernadero que contribuyen al cambio climático. En 2008, SIGRE ha contribuido a reducir las emisiones de CO2 en cerca de 3.700 toneladas
- Contribuye notoriamente a la consecución del desarrollo sostenible.
- Disminuye el volumen de los residuos municipales
- Genera empleo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Con este proyecto de mejora esperamos:

- Mayor control en el seguimiento de tratamientos crónicos
- Disminuir errores en el manejo de medicación por parte de los pacientes (ya que muchos de ellos acumulan cajas diferentes de genéricos con el mismo principio activo).
- Mayor implicación de los pacientes en la protección medioambiental.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Se colocarán cajas con bolsas adecuadas para la recogida en el punto SIGRE en cada consultorio local, junto con trípticos informativos.

-Aprovechando la revisión estructurada de los tratamientos crónicos, se animará a los pacientes a que revisen caducidades de sus botiquines y traigan toda medicación que tengan caducada, o duden de su uso.

-Cada responsable se encargará de recoger y revisar la medicación que ha sido eliminada en sus consultorios locales de forma trimestral.

-La coordinadora se encargará de llevar las bolsas a la farmacia colaboradora con el equipo y registrar cualquier tipo de incidencias, así como si hay un incremento en la eliminación de algún medicamento en concreto.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Indicador 1: N° de pacientes que traen medicación caducada a la revisión / Total de pacientes sometidos a evaluación de medicación crónica

-Indicador 2: N° de pacientes que aportan medicamentos no registrados en la historia clínica / Total de pacientes sometidos a evaluación de medicación crónica

-Indicador 3: Registro de la medicación, que en la recogida trimestral, aparezcan más de 3 cajas.

-Indicador 4: Peso de la medicación recogida / N° de habitantes

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

299

RECICLAJE DE MEDICAMENTOS CADUCADOS: UN PUNTO SIGRE EN CADA CONSULTORIO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Las cajas estarán colocadas, junto con los folletos informativos, en cada consultorio local el día 1 de Mayo.
-Con periodicidad trimestral, se revisarán las bolsas de los consultorios y se llevarán a la farmacia. Si procede, se hará registro de las incidencias.
-El proyecto se mantendrá activo hasta la próxima revisión anual, en la que se evaluarán los resultados.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

278

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES**2. RESPONSABLE** EVA SANCHEZ MOLINA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VELAZQUEZ TRIANA ANA BELEN. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- MARCO CATALAN PILAR. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- ABADIA BERNUES CARMELO. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- BRUN IZQUIERDO ANA. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- ARMENGOD VALERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- MARCO MARTINEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ MARTI JOSE MARIA. MAESTRO/A. CENTRO RURAL AGRUPADO-TERUEL UNO. EDUCACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los Primeros Auxilios son una demanda implícita en nuestra sociedad, que enlaza con no sólo la atención a la enfermedad sino la promoción de la salud y la prevención de la misma.

En el medio rural, la dispersión de la población hace que sea aún más útil y deseable una concienciación en el protagonismo y autocuidado de los usuarios con su salud.

En nuestro medio en la actualidad no se imparte esta materia como enseñanza reglada, y el acercamiento a conceptos sencillos de forma pedagógica y adaptada, puede mejorar las actitudes y aptitudes de los escolares en la mejora de su salud y en el autocuidado.

Al mismo tiempo esta actividad puede estrechar vínculos entre el ámbito escolar y el centro de salud, en su faceta de Atención a la Comunidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Iniciar un conjunto de talleres prácticos en escolares de educación primaria con la temática del autocuidado y primeros auxilios, conceptos básicos sobre actuación ante patologías más frecuentes como heridas, quemaduras, traumatismos leves, cuándo pedir ayuda, iniciación básica a la RCP.

-Iniciar una colaboración activa entre la comunidad escolar y el centro de salud.

-Fomentar la participación y la colaboración entre los escolares con la dinámica grupal y el trabajo en equipo, adaptando los contenidos a los diferentes niveles educativos de los niños.

-Revisión de material de botiquín básico en el colegio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un material sencillo tipo tríptico para distribuir entre el alumnado y profesores. (Coordinadora y primer miembro del equipo)
Impartición de un taller de una hora de duración por aula o grupo de alumnos a coordinar con profesorado del centro, que impartirán los diferentes miembros del equipo de mejora.
Utilización de material básico como gasas, suero, antiséptico, vendas.
Utilización de torsos de reanimación RCP., adulto e infantiles.
Test para evaluar conocimientos.
Encuesta de satisfacción alumnado y profesorado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de niños participantes en el taller/ n° total de niños en el CRA
- N° de respuestas del test acertadas/ n° de preguntas totales
-Encuesta de satisfacción alumnado y profesorado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cronograma:

La actividad se realizará durante el curso escolar 2012-2013 y 2013-2014.

Durante el mes de mayo del 2013:

- Se realizará la elaboración del tríptico y difusión entre el profesorado.
- Se realizará un primer taller en la escuela de Pancrudo.

En septiembre se elaborará un calendario en coordinación con el equipo directivo y profesorado del centro.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud**POBLACIÓN DIANA**

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

278

MEJORANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA RURAL: TALLER PRACTICO PARA ESCOLARES

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

317

CAPACITACION EN RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

2. RESPONSABLE ANA BELEN VELAZQUEZ TRIANA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ MOLINA EVA. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- ESTEBAN PEREZ NURIA. ENFERMERO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- DIAZ BRULL FRANCISCO. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- CASTRO LOPEZ CARLOS. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- LABAY MATIAS MIGUEL. PEDIATRA. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- SEBASTIAN CHECA SONIA. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El funcionamiento de la "cadena de socorro o de supervivencia" es fundamental para lograr mejorar las tasas de supervivencia tras un evento dramático como es la Paraca Cardio-Respiratoria (PCR).

La cadena se activa cuando alguien reconoce la situación de PCR. Para ello es esencial la educación del ciudadano para que pueda ser el primer eslabón de la "cadena de la vida", conociendo tanto los síntomas y signos de la PCR, como la mecánica para activar inmediatamente al SIE (Sistema Integral de Emergencias. La RCP básica precoz debe comenzarse lo antes posible tras la parada cardíaca, mientras se consigue acceder a la desfibrilación y al soporte vital avanzado. Todos estos elementos hacen que en un medio donde hay dispersión como es el ámbito rural donde trabajamos, sea especialmente interesante contar con "colaboradores" que actúen en un primer momento cuando el factor tiempo es fundamental. En nuestro medio no existe un conocimiento amplio por parte de la población de estas maniobras. Parte de estas premisas la necesidad de este proyecto.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Iniciar un proceso de concienciación y formación y participación de la población general sobre la importancia de la correcta detección y realización de la RCP precoz.
-Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del centro y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR.
-Motivación de los profesionales participantes en la tarea de formar y formarse en esta materia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se plantea realizar la formación con talleres dirigidos por 2-3 miembros del equipo de mejora y grupos de entre 8-10 participantes.
Los grupos estarán preferiblemente formados por participantes con edades comprendidas entre 18 y 65 años.
Se llevará a cabo la difusión de los talleres en el Consejo de Salud del CS Alfambra y posteriormente la difusión en las diferentes poblaciones mediante carteles informativos.
En los talleres se utilizarán medios audiovisuales y posteriormente práctica con torsos de reanimación de adultos y niños.

Se elaborarán carteles informativos con la cadena de supervivencia para colocar en sitios sensibles: ayuntamiento, piscinas, centros deportivos, escuela, así como a los participantes tríptico con la información.
-Realización de test de evaluación de conocimientos así como encuesta de satisfacción de discentes y docentes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.

nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.

Nº de aprobados en el test/nº test realizados.

Encuesta de satisfacción de usuarios.

Encuesta satisfacción de profesionales.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante los meses de mayo y junio 2013, difusión de la actividad en Consejo de Salud, elaboración de carteles de difusión.

Septiembre y octubre organización del taller, información y plazos para inscripción de participantes.

Noviembre y diciembre del 2013 inicio de los talleres. Según el nivel de interés suscitado se prolongaría durante un trimestre más. (Enero-Marzo del 2014).

Marzo del 2014 evaluación del proyecto.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- 1. Mejorar resultados de la atención. 3 Bastante
- 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 3 Bastante
- 3. Mejorar utilización de recursos. 3 Bastante

1. TÍTULO PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 317

CAPACITACION EN RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

- 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
- 5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

307

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE CARGOS A TERCEROS EN UN CENTRO DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA**2. RESPONSABLE** ROGELIO HERNANDEZ DIAZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARMANEU ROSELLO CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP TERUEL. ATENCION PRIMARIA
- RUBIO SERRANO LIBIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP TERUEL. CONTABILIDAD CARGOS Y FACTURACION
- HERRERO VILLALBA ANA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CELLA. ATENCION PRIMARIA
- GOMEZ BERNAL GERMAN JORGE. MEDICO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestro centro de Salud, podrían facturarse mas en concepto de cargos a terceros durante el período de Atención Continuada y Atención Primaria por la asistencia realizada. Se trata de proceso asistencial-administrativo en el que participan varios profesionales y su mejora puede redundar en un incremento de recursos para nuestra organización.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Mejora en la cumplimentación de los partes de cargos a terceros durante el año 2012.

Protocolo elaborado en mayo de 2012, ha mejorado la recaudación durante el año 2012 en El concepto de cargos a terceros obligados al pago..

El incremento relativo en recaudación ha sido cercano al 80% de lo ingresado en 2011.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Consolidar la mejora obtenida el año anterior. Obtener experiencia y elaborar material si es necesario su implementación otros centros.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-Elaboración del protocolo: Coordinador del proyecto. mayo 2012

2-Estudio de causas de fracaso en el protocolo y la facturación participación de todo el grupo de trabajo. mayo 2013.

3- Implementación del protocolo tal como se hace hasta finales de año 2013

4-Evaluación de resultados marzo 2014.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Recaudación anual en el Centro de Salud de Cella en concepto de cargos a terceros.

-Número de asistencias facturadas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Del 1 de junio de 2013 al 31 de diciembre de 2013 aplicación del protocolo y reunión para estudio de fallos y soluciones. (elaboración de diagrama de Ishikawa).

A partir del 1 de marzo de 2014 trabajo para la elaboración de los resultados de indicadores

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

POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Asistencias susceptibles de facturación a un tercero obligado al pago decreto 1033/2006 anexo Ix

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. facturacion a terceros

OTRA PALABRA CLAVE 2. Atención Primaria

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

193

MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN Y MANEJO DE LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CATALAN ADIVINACION GLORIA. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. MEDICO DE FAMILIA, ATENCION PRIMARIA
· ASCOZ HERRANDO CARLOS. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· PALOMAR MARZO PEDRO. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· SANCHEZ HERNANDEZ ISMAEL. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· ZAFRA CORELLA FRANCISCA. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. ATENCION PRIMARIA
· PEÑA CLEMENTE FELIX. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. MEDICO FAMILIA, ATENCION PRIMARIA
· MONTESINOS MORLANES JULIO. MEDICO/A. CS MONREAL DEL CAMPO. MEDICO FAMILIA, ATENCION PRIMARIA

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

La provincia de Teruel se caracteriza por el empobrecimiento demográfico, una población envejecida, amplio territorio y gran dispersión geográfica. Cuenta con una población total que no supera los 150.000 habitantes. La superficie geográfica es de 14809 km², la densidad de población baja y 268 municipios con una altitud que supera los mil metros en 122 de ellos.

La población turolense, en especial en el medio rural, se caracteriza por presentar pluripatología, polifarmacia y ser dependiente en mas del 50% de los casos.

La población susceptible de ser atendida por un servicio especializado en cuidados paliativos sería la estimada según la tasa de mortalidad por cáncer y los criterios de la Cartera de Servicios de SALUD (2 por mil sobre población de Tarjeta Sanitaria), es decir la población diana turolense sería de unos 250 habitantes (1,2). Pero teniendo en cuenta reflexiones de grupos de trabajo avanzados (3-6) e intentando ofertar cuidados paliativos a pacientes que se encuentren en situación de terminalidad por enfermedad no oncológica (demencias avanzadas, insuficiencias respiratorias y/o cardíacas severas refractarias, patología reumatológica grave, enfermedades neurodegenerativas, etc.) nos vemos en la necesidad de estimar en al menos un 3 por 1000 el número de pacientes terminales; en nuestro caso correspondería a cerca de 400 habitantes respecto al total de la población turolense. La base de este proyecto tiene su origen en el nuevo servicio de nuestra cartera de Atención Primaria para 2013 de Atención al Polimedcado y en el trabajo de fin de master en cuidados paliativos realizado durante 2004-2005 por la Dra. Carod en Teruel: "Valoración de la formación en cuidados paliativos y la utilización de opioides mayores en Atención Primaria de Teruel durante 2004".

2.- PROBLEMAS DETECTADOS:

- Población envejecida, con pluripatología y polifarmacia.
- Recursos disponibles escasos.
- Accesibilidad no adecuada a los recursos disponibles.
- Posibilidad de que sean los propios equipos de Atención Primaria los que den una atención de calidad a los pacientes que necesitan un soporte analgésico continuo, de 2º y 3er escalón.
- Formación previa insuficiente en cuidados paliativos y manejo de opioides de 3er escalón.

3.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD:

Los recursos disponibles resultan escasos y no cubren en su totalidad la población necesitada de tratamiento opioide, por lo que ante la posibilidad de que sean los propios equipos de Atención Primaria los que den un soporte suficiente a estos pacientes se desarrolló éste trabajo.

El hecho cada vez más frecuente de la polifarmacia y las consecuencias que de ello se derivan, hace relevante cualquier tipo de estudio que profundice en el modo de prescribir fármacos y/o que evalúe su correcto manejo. En especial aquellos tan frecuentemente utilizados como los analgésicos, opioides y no opioides.

4.- POBLACIÓN DIANA:

Médicos de familia titulares del centro de salud de Monreal del Campo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Ampliar conocimientos en el manejo de la escalera analgésica de la OMS y, en particular, de los opioides en Atención Primaria y cuidados paliativos.

- Minimizar los efectos 2º de los opioides en su manejo ambulatorio y domiciliario.
- Minimizar las interacciones de opioides con los fármacos más frecuentemente utilizados en A. Primaria.
- Mejorar la satisfacción y la atención sanitaria de nuestros pacientes y entorno basándonos en dichos conocimientos.
- Mejorar la satisfacción entre profesionales del centro.
- Facilitar el conocimiento y utilización de los recursos disponibles en el sector de Teruel relacionados con el uso adecuado de opioides, pautas analgésicas alternativas y los cuidados paliativos: Unidad Dolor H.O. Polanco, Hospital San José (geriatria y unidad de hospitalización de paliativos), Equipo de Soporte de Atención

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

193

1. TÍTULO

MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN Y MANEJO DE LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Domiciliaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El proyecto tendrá lugar en el CS de Monreal del Campo que cuenta con 11 médicos (8 médicos de familia titulares, 1 pediatra y 2 médicos de atención continuada, uno de estos últimos compartido con otro Centro de Salud), 1 fisioterapeuta, 1 matrona, 1 trabajador social, 6 DUEs titulares y 2 de atención continuada y 2 auxiliares administrativos.

Se trata de realizar un diagnóstico de la situación sanitaria entre los 8 médicos de familia titulares del Centro de Salud comenzando con un estudio descriptivo de los conocimientos existentes en nuestros profesionales sobre paliativos y opioides.

Posteriormente evaluaremos el tipo de opioide utilizado, frecuencia de utilización, vía de administración, asociación, efectos 2º, interacciones farmacológicas, motivo de prescripción, origen de la prescripción, alternativas terapéuticas en A.Primaria, etc.

Otras actividades:

- Reuniones interdisciplinarias trimestrales entre miembros del CS
- Sesiones científicas docentes a los profesionales.
- Registro de actividades.
- Análisis de los datos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Valoración de los conocimientos en paliativos y manejo de analgésicos opioides a los profesionales médicos del centro de salud.

- Hoja de recogida de datos que incluya frecuencia con la que se utilizan los opioides en la consulta de atención primaria, tipo de opioide que se maneja, dosis, vía de administración, motivo de prescripción, origen de prescripción, efectos 2º objetivados, interacciones farmacológicas y características del paciente (edad, sexo, patología de base, tratamientos crónicos, coadyuvantes, etc).
- Valoración de la utilización de recursos especializados: hospital de agudos, hospital de media-larga estancia, ESAD.

Indicadores:

1. Variables socio-demográficas (sector sanitario y centro de salud, categoría profesional, características del paciente);
2. Formación recibida sobre paliativos/opioides (nº horas);
3. Utilización de opioides potentes (nada, poco, mucho),
4. Tipo de opioide (morfina, fentanilo, metadona, pentazocina, buprenorfina, meperidina, oxicodona, hidromorfona, tapentadol, tramadol)
5. Vía de administración (oral, subcutánea, intramuscular, intravenosa y transdérmica);
6. Manejo de adyuvantes (antidepresivos, neurolépticos, anticonvulsivantes, benzodiacepinas, corticoides) u otras alternativas terapéuticas.
7. Manejo de los efectos 2º.
8. Manejo de la rotación de opioides.
9. Registro de los tratamientos crónicos simultáneos e interacciones detectadas.
10. Registro de los efectos 2º atribuibles directamente a los opioides.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario 2013:

Enero, febrero, marzo:

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

Valoración de la formación recibida en paliativos y manejo de opioides para conocer situación de partida (conocimientos del equipo sobre paliativos y opioides). 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.

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

Julio-Septiembre:

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

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

Octubre-Diciembre:

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

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

Evaluación de la satisfacción de los profesionales.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

193

MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN Y MANEJO DE LOS ANALGESICOS OPIOIDES EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

101

1. TÍTULO

MEJORA EN LA FALTA DE ASISTENCIA A LAS CITAS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO LATORRE MARIN

- Profesión PSICOLOGO/A
- Centro USM TERUEL
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA RUBIO MARIA JOSE. PSICOLOGO/A CLINICO. USM TERUEL. PSICOLOGIA CLINICA
- IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS. PSIQUIATRA. USM TERUEL. PSIQUIATRIA
- JIMENEZ MOTILLA SANDRA. MIR. USM TERUEL. PSIQUIATRIA
- LAFUENTE CASANOVA OSCAR. MIR 3º. USM TERUEL. PSIQUIATRIA
- SANCHEZ PEREZ TRINIDAD. ENFERMERO/A. USM TERUEL. PSIQUIATRIA
- CONEJO GARCIA ANA. PSIQUIATRA. USM TERUEL. PSIQUIATRIA
- SAA SENDRA JOSE DAVID. PSIQUIATRA. USM TERUEL. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La falta de asistencia de los pacientes citados con el servicio de Salud Mental supone un problema importante para los propios pacientes, que no se benefician de la atención especializada, para los especialistas, que desaprovechan su tiempo, para el resto de usuarios, que encuentran un aumento innecesario de la lista de espera, y constituye un gasto económico inútil para la institución.

Con frecuencia estos pacientes solicitan una nueva cita poco tiempo después, alargando innecesariamente la lista de espera de nuestro servicio. La bibliografía consultada señala, paradójicamente, el tamaño de la lista de espera como uno de los factores que más influyen en la inasistencia a las consultas.

Diversos autores han empleado diferentes tipos de medidas sencillas encaminadas a reducir las altas tasas de inasistencia a sus respectivos servicios de Salud Mental. Entre estas medidas, podemos citar la utilización de recordatorios de la cita por medio de cartas, llamadas telefónicas, mensajes cortos de texto en el teléfono móvil o correos electrónicos. La pequeña inversión que puedan suponer estas medidas compensa con creces el gasto innecesario que supone la inasistencia de un elevado porcentaje de pacientes a las consultas de Salud Mental.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos reducir el número de pacientes que no asisten a su primera cita con el servicio de Salud Mental o a sus correspondientes revisiones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Durante un período de seis meses (mayo-octubre), los pacientes de uno de los psicólogos clínicos y dos de los psiquiatras del Centro de Salud Mental recibirán una llamada telefónica pocos días antes de su cita, recordándoles el día y la hora de la misma. Los porcentajes de inasistencia serán comparados con los observados en las consultas del resto de facultativos (otro psicólogo clínico y otros dos psiquiatras).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de inasistencia a primeras consultas con el servicio de Psicología Clínica

- Porcentaje de inasistencia a primeras consultas con el servicio de Psiquiatría
- Porcentaje de inasistencia a las revisiones con el servicio de Psicología Clínica
- Porcentaje de inasistencia a las revisiones con el servicio de Psiquiatría

Las cuatro variables serán observadas tanto en las consultas de los tres facultativos (un psicólogo clínico y dos psiquiatras) a cuyos pacientes se recordará la cita, como en las consultas de los otros tres (otro psicólogo clínico y otros dos psiquiatras).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Entre mayo y octubre de 2013 se mantendrán las llamadas de aviso.

En noviembre se recogerán todos los datos de asistencia de las Hojas de actividad que rellena cada facultativo mensualmente.

Entre noviembre y diciembre se llevarán a cabo los análisis estadísticos oportunos para evaluar la significatividad de las posibles diferencias observadas.

En diciembre se redactará la memoria con los resultados obtenidos.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes derivados al Servicio de Salud Mental en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

066

PROGRAMA DE ENFERMERIA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES PSIQUIATRICOS INSTITUCIONALIZADOS QUE HAN SIDO DERIVADOS A OTRAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION

2. RESPONSABLE MARIA PILAR SANCHEZ GARGALLO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CRP SAN JUAN DE DIOS
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. PSICOGERIATRIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOMEZ LOPEZ MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSICOGERIATRIA/ULE
- MARCO ROYUELA PALOMA. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSICOGERIATRIA/ULE
- ROMERO MORALES JOSE FERNADO. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. ULE
- BLASCO TOMAS MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSICOGERIATRIA/ULE
- SANCHO SANCHO AGUSTINA. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSICOGERIATRIA
- HERNANDEZ ABRIL MARTA. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSICOGERIATRIA/ULE
- MORRO GARCIA VICENTA. ENFERMERO/A. CRP SAN JUAN DE DIOS. PSICOGERIATRIA/ULE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. -El paciente psiquiátrico institucionalizado puede requerir, como cualquier usuario de la sanidad, hospitalizaciones en otros centros, programadas o urgentes, para el tratamiento de patologías agudas o crónicas, intervenciones quirúrgicas, o para someterse a técnicas o pruebas diagnósticas que puedan requerir ingreso.

-Debido a la idiosincrasia del paciente psiquiátrico institucionalizado, se torna fundamental, el conocimiento por parte del personal de enfermería del hospital receptor, de las características propias de cada paciente, para proporcionar unos cuidados individualizados y de la máxima calidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Establecer canales de información satisfactorios entre el personal de enfermería del hospital emisor del paciente y el hospital receptor.

-Individualizar los cuidados de enfermería del paciente en el hospital receptor.

-Evitar generalizaciones y estigmatizaciones sobre el paciente psiquiátrico, que conllevan, en ocasiones, la aplicación de técnicas innecesarias (uso de contención mecánica, pañal,...), que disminuyen el confort del paciente.

-Reducir los periodos de hospitalización, al evitar posibles complicaciones (retenciones urinarias, estreñimiento, retrasos en la realización de pruebas diagnósticas por falta de colaboración del paciente, etc.).

-Mejorar la administración del tratamiento médico prescrito.

-Servir de enlace con otros profesionales (médicos, trabajadores sociales, etc).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Diseñar un protocolo sencillo y de fácil cumplimentación, que recoja los aspectos fundamentales del paciente: alimentación, eliminación, sueño, higiene, deambulación, colaboración del paciente para la toma de fármacos o la realización de técnicas y pruebas diagnósticas.

-Cumplimentación del protocolo por parte de la enfermera responsable de cada paciente, si el ingreso es programado, o por la enfermera de turno si tuviera carácter de urgencia.

-Visita del paciente al tercer día de hospitalización, si ésta se va a prolongar durante más de cinco días, para valorar la evolución del paciente y para intercambiar impresiones sobre los cuidados de enfermería. Esta visita se repetirá con una cadencia de cinco días, en caso de hospitalizaciones prolongadas.

-La visita la realizará la enfermera de turno de mañana, si la organización del trabajo lo permite, y podrá requerir el acompañamiento de otro profesional (auxiliar de enfermería, trabajadora social), si la situación lo requiere.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Número de pacientes que portan el protocolo cuando el ingreso es programado.

-Número de pacientes a los que se les aporta el protocolo, como máximo, al tercer día de ingreso, cuando éste ha sido de carácter urgente.

-Valorar la utilidad del programa, mediante una encuesta de satisfacción a los profesionales de enfermería de la unidad de hospitalización receptora del paciente.

-Estadística comparativa de los días de hospitalización.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -La encuesta de satisfacción y la estadística comparativa se aplicarán

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

066

PROGRAMA DE ENFERMERIA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES PSIQUIATRICOS INSTITUCIONALIZADOS QUE HAN SIDO DERIVADOS A OTRAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION

durante el primer año de aplicación del programa. Desde el 1-10-2013 hasta el 1-10-2014

-El programa de seguimiento tendría carácter de indefinido, si resulta satisfactoria su aplicación.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos/Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Institucionalizados psiquiatría

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

017

DESARROLLO DEL PLAN DE MEJORA DE LA INTIMIDAD DEL PACIENTE

2. RESPONSABLE MILAGROS DIAZ GARCIA

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CSS SAN JOSE
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ADMINISTRACION
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALMAZAN CALVE MARIA JESUS. TRABAJADOR/A SOCIAL. CSS SAN JOSE. TRABAJO SOCIAL ATENCION AL USUARIO
- MONTERO CERCOS PURIFICACION. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. HOSPITALIZACION 2DA. PLANTA
- PONZ FLOR INMACULADA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. HOSPITALIZACION 1RA. PLANTA
- VICENTE ROMERO MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. UVSS, RHB,H. DE DIA
- CASANOVA CASANOVA EVA MARIA. GRUPO DE GESTION FUNCION ADMINISTRATIVA. CSS SAN JOSE. ADMINISTRACION
- GARCIA SANZ MONSERRAT. PSICOLOGO/A. ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER (AECC). ESAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La relación de los profesiones sanitarios y no sanitarios con el paciente debe fundamentarse en el respeto hacia éste, a través de los aspectos relativos a su intimidad y privacidad durante su paso por el hospital.

El fomento de la protección de estos valores constituye un Plan de Mejora de la Intimidad, que cuenta con una serie de objetivos de actuación para su alcance que a continuación se describen y que en definitiva, responden a lo que se pretende conseguir con su aplicación.

- La adecuación de espacios y disponibilidad de recursos en el Centro para la mejor prestación de servicios directamente relacionados con la protección de la privacidad del usuario.

- La adecuación de la organización funcional de los servicios para garantizar el respeto al paciente y familia.

- La incorporación de pautas de comportamiento respecto al trato con pacientes y familia en cada proceso asistencial y de atención.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. GENERALES:

Los objetivos fijados en este proyecto constituyen factores fundamentales para la consecución de los objetivos generales del Plan de Mejora de la Intimidad del Paciente. Su logro garantizará en gran medida el éxito al facilitar a los profesionales los medios adecuados donde ejercer su actividad de acuerdo a los criterios que se fijarán en él.

ESPECIFICOS:

Desarrollar el Proyecto en cada una de las siguientes áreas:

- Espacios reservados para la información.
- Habitaciones de uso individual
- Habitaciones de uso compartido
- Hospital de Día, Rehabilitación, Consultas externas , Rayos x.
- Vestimenta de los pacientes hospitalizados
- Vestimenta de pacientes en asistencia ambulatoria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. * Metodología:

El Hospital, deberá aportar todas las medidas a su alcance, en materia de organización para preservar la intimidad de la persona, cuando el procedimiento asistencial implique riesgo de vulnerarla.

Para ello se establecerán diferentes normas y protocolo de actuación:

1. Normas sobre interrupciones durante el desarrollo de actividad asistencial.
2. Presencia de profesionales y alumnos
3. Información protocolizada
4. Información confidencial
5. Autorizaciones del paciente en relación con su información
6. Identificación del profesional que facilita la información
7. Exploraciones "sensibles"
8. Régimen de visitas
9. Custodia de la documentación clínica

La consecución de los objetivos del "Plan de mejora de la Intimidad del paciente", dependerá totalmente de la actitud positiva de los profesionales sanitarios y no sanitarios.

De nada servirá la remodelación de estructuras, normas e instrucciones de la Organización si no se cuenta con la predisposición de todos los profesionales a incorporar en sus hábitos de trabajo pautas de actuación que tengan presente los criterios de salvaguarda de la privacidad e intimidad del paciente.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

017

DESARROLLO DEL PLAN DE MEJORA DE LA INTIMIDAD DEL PACIENTE

En este sentido se tendrá que implicar la Dirección del hospital para conseguir resultados satisfactorios y esta labor pasará también por la necesidad de facilitar la formación a los trabajadores.

* Actividades para mejorar:

1. Mejorar Criterios básicos en actitudes

- Las actitudes de los profesionales se rigen por principios de respeto a la dignidad de la persona.
- Los profesionales garantizarán la intimidad de los pacientes durante todo el proceso asistencial con todas las medidas a su alcance.
- En la relación con pacientes se adoptarán conductas asertivas, en un ambiente relajado y privado, facilitando al paciente todas las herramientas e información para que pueda decidir de forma autónoma y sin presiones sobre el proceso de enfermedad.
- Los profesionales adoptarán actitudes de escucha activa, centrada en las inquietudes del paciente y familiares.
- Los profesionales adoptarán modos y posturas que transmiten a los pacientes y familiares el interés del que escucha con el que habla.
- Los profesionales utilizarán el lenguaje comprensivo y adaptado al entorno cultural del paciente y familiares, asegurando que la información ha sido asimilada en la medida adecuada.

2. Criterios básicos de formación

En el plan de formación para los profesionales al objeto de fomentar la modificación de actitudes y comportamientos que potencien la relación de confianza y respeto mutuo entre profesionales y pacientes, se programaran cursos o talleres especializados que deben versar sobre temas tales, como:

- derecho a la intimidad,
- confidencialidad
- manejo de información y documentación clínica
- el dolor, la muerte, el duelo...
- habilidades sociales,
- empatía, asertividad,

Estos actividades formativas se dirigirán a los profesionales que directamente estén relacionados con la asistencia, cuidado y atención de pacientes y familiares. En el caso del personal no sanitario, se dará preferencia a los profesionales que por su cometido, están directamente vinculados a las unidades asistenciales o de atención al usuario.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % (porcentaje) de pacientes /familiares satisfechos con las medidas llevadas a cabo .
- % (porcentaje) de profesionales satisfechos con las medidas adoptadas

(MEDIDA A TRAVES DE ENCUESTA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Desarrollo del documento " Plan de mejora de la intimidad del paciente " : abril- septiembre.

- Puesta en marcha octubre.
- Medición en diciembre

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Confidencialidad, intimidad

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. adulto, anciano
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

- | | |
|---|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

017

DESARROLLO DEL PLAN DE MEJORA DE LA INTIMIDAD DEL PACIENTE

- 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
- 5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

302

MEJORA DEL CONTROL FISICO Y EMOCIONAL EN UNA UNIDAD DE PALIATIVOS Y CONVALECENCIA MEDIANTE TECNICAS DE RELAJACION 'VIRTUAL**2. RESPONSABLE** MERCEDES FORCANO GARCIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALBIOL PEREZ SERGIO. INGENIERO/A. UNIVERSIDAD POLITECNICA DE ZARAGOZA. INFORMATICA
- GIL GOMEZ JOSE ANTONIO. INGENIERO/A. UNIVERSIDAD POLITECNICA DE ZARAGOZA. INFORMATICA
- LOZANO QUILLIS JOSE ANTONIO. INGENIERO/A. UNIVERSIDAD POLITECNICA DE VALENCIA. INFORMATICA
- MANZANO HERNANDEZ PILAR. FISIOTERAPEUTA. CSS SAN JOSE. REHABILITACION
- MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA. FISIOTERAPEUTA. CSS SAN JOSE. REHABILITACION
- GIL GOMEZ HERMENEGILDO. INGENIERO/A. UNIVERSIDAD POLITECNICA DE VALENCIA. INFORMATICA
- PONZ FLOR INMACULADA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los pacientes en situación de enfermedad avanzada, ya sea motivada por procesos crónicos o enfermedades oncológicas, su calidad de vida y bienestar global frecuentemente se ve mermado por situaciones de dependencia severa, inmovilidad, aislamiento, soledad e incapacidad de realizar las actividades previas de la vida diaria. Son frecuentes en estos momentos la falta de motivación, depresión reactiva a la situación de dependencia y enfermedad, pasividad, ansiedad y dificultad de adaptación a la nueva realidad. Además, las personas ancianas difícilmente cuentan con hobbies previos, distracciones o actividades placenteras que les ayuden a sobrellevar esta fase de la enfermedad acompañada de incapacidad funcional.

Es conocido que las técnicas de relajación y visualización, constituyen un instrumento de gran potencial para mejorar el bienestar físico y psíquico, ayudar en el control corporal y emocional, y mejorar la percepción de la enfermedad, el dolor y otros síntomas. No obstante, es difícil, dado el tiempo de trabajo individualizado que conllevan, poder enseñar y trabajar con los pacientes estas técnicas, ya que no disponemos de personal suficiente para llevarlas a cabo.

En el momento actual, surge, gracias a las nuevas técnicas y aplicaciones informáticas, la posibilidad de elaborar entornos virtuales diseñados y orientados a trabajar la relajación y visualización, fácilmente accesibles desde tablet u ordenadores.

Con este proyecto se pretende diseñar un entorno virtual adaptado a nuestros pacientes mayores, para realizar paseos virtuales aplicando técnicas de relajación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Diseñar una aplicación informática para tablet / ordenador, adaptada a ancianos, en la que se integren paseos virtuales en la naturaleza con la realización de técnicas de relajación mental y corporal.

2. El objetivo final sería mejorar el bienestar y la calidad de vida de estos pacientes, en la fase final de su vida, dándoles la posibilidad de acceder a estas nuevas aplicaciones virtuales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Diseño de la aplicación virtual. El diseño de la aplicación se llevará a cabo por un equipo multidisciplinar compuesto por personal técnico (informático principalmente) y personal clínico. El posterior desarrollo será llevado a cabo por el personal técnico, siendo asistido durante todo el proceso por el personal clínico de apoyo.

Teniendo en mente que la primera aplicación del sistema tendrá lugar con ancianos del sector de Teruel, para la elaboración de los paseos se utilizarían imágenes del entorno paisajístico conocido por nuestros mayores, tanto del ámbito rural, zonas de naturaleza de Teruel, (incluyendo elementos artísticos locales) como del área costera de Valencia.

En cualquier caso en el diseño de la aplicación se contemplará que el sistema sea abierto a la incorporación de nuevos paseos virtuales, para que en sucesivas fases pueda ser aplicado a pacientes de otros sectores.

2. Trabajar la realización de sesiones de relajación en audio para insertar en la aplicación. Se tratará de sencillas sesiones, adaptadas a la tipología del paciente anciano y dependiente.

3. Adquirir en el ámbito de la hospitalización del Hospital San José cinco dispositivos tablet para utilizar la aplicación, una vez desarrollada, para poder aplicar el sistema aun cuando los pacientes no dispongan del dispositivo en casa.

4. Entrenar y capacitar al personal de enfermería en técnicas de relajación y visualización, y posteriormente, en la utilización de la aplicación virtual. En cualquier caso el diseño de la aplicación virtual se realizará teniendo en mente que sus usuarios no son personal técnico, por lo que se integrarán además controles de usabilidad que aseguren la viabilidad del proyecto en este sentido.

5. Seleccionar a pacientes con capacidad cognitiva, sin déficits importantes visuales y auditivos para realizar el paseo virtual y la relajación. En sesión previa se trabajaría la técnica de relajación con la fisioterapeuta, para una vez entrenado, iniciar el trabajo con la aplicación virtual.

6. Además del control de usabilidad ya mencionado (a aplicar tras la primera sesión con el sistema, se realizará una encuesta de satisfacción al finalizar el programa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº de pacientes que realizan aprendizaje de técnicas de relajación habituales

-Nº de pacientes que realizan técnicas de relajación virtual

-Resultados de la encuesta de satisfacción y escala de usabilidad

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

302

MEJORA DEL CONTROL FISICO Y EMOCIONAL EN UNA UNIDAD DE PALIATIVOS Y CONVALECENCIA MEDIANTE TECNICAS DE RELAJACION 'VIRTUAL

-Nº de profesionales formados y capacitados en el entrenamiento de las técnicas de relajación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo-Ocubre: diseño de la aplicación informática (paseo virtual y audio de relajación). Aprendizaje y aplicación de técnicas habituales de relajación a pacientes hospitalizados. Noviembre-Abril: aplicación a pacientes hospitalizados en Unidad de Paliativos y Unidad de Convalecencia

11. OBSERVACIONES. La realización de este proyecto, en colaboración con la Universidad Politécnica de Valencia y Zaragoza, queda supeditada a la posibilidad de financiación para el diseño y elaboración de la aplicación informática y la adquisición de los tablets en el Hospital.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ENFERMO TERMINAL

OTRA PALABRA CLAVE 2. NUEVAS TECNICAS DE REHABILITACION

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

309

1. TÍTULO

MEJORANDO LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA EN EL ENFERMO ONCOLOGICO TERMINAL

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES GUILLEN LEREU

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FORCANO GARCIA MERCEDES. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. UNIDAD DE PALIATIVOS
- ALEGRE MARTIN ROSA. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. ESAD
- VIAL ESCOLANO RAQUEL. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- GONZALEZ GARCIA PALOMA. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- VICENTE VICENTE ANA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- YUBERO ESTEBAN ALFONSO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA
- LARA LOPEZ DORIGA RICARDO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las grandes oportunidades que se le deberían plantear al paciente oncológico en fase avanzada, son la toma de decisiones al final de su vida en temas referentes a su enfermedad, continuidad o renuncia de tratamientos, elaboración de voluntades anticipadas, elección del lugar de la muerte, posibilidad de cuidados paliativos...Para que todo este proceso pueda llevarse a cabo, es crucial que el paciente conozca su diagnóstico y también el pronóstico en cuanto a supervivencia (mientras no desee lo contrario) con objeto de planificar la asistencia, cuidados y manifestar sus preferencias y valores antes de la fase final. Es difícil para el profesional la evaluación del pronóstico, pero disponemos de algunos parámetros funcionales, clínicos y escalas multidimensionales, que nos permiten mejorar nuestra predicción. La comunicación estrecha con el paciente facilita y posibilita la elaboración de voluntades anticipadas y/o elección de un representante para tomar decisiones en caso de que él se vea incapacitado, permitiendo que se respeten sus decisiones y elecciones en el momento final. Así mismo, conocer sus valores y preferencias, y reflejarlo en la historia clínica, permite ir adaptando las diferentes situaciones clínicas a los deseos manifestados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Realizar una valoración pronóstica de todos los pacientes remitidos a la Unidad de Paliativos y al ESAD, y comunicarlo al paciente, o en su defecto (por imposibilidad o delegación del mismo) a la familia más cercana.

2. Facilitar la comunicación entre diferentes niveles asistenciales en lo relativo al conocimiento del paciente sobre el pronóstico y decisiones tomadas en el final de la vida.

3. Explicar a los pacientes la posibilidad de realizar voluntades anticipadas o elegir representante, facilitar el modelo del SALUD y colaborar con el paciente en caso de solicitud de ayuda.

4. Trabajar el proceso de toma de decisiones anticipadas en el paciente oncológico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Realizar una revisión de los parámetros clínicos, funcionales y escalas pronósticas disponibles en el momento actual para el paciente con cáncer avanzado, con objeto de elaborar un protocolo de valoración y comunicación del pronóstico, para utilizar de forma conjunta por los diferentes servicios implicados: Oncología, ESAD, Unidad de Cuidados Paliativos hospitalaria.

-Reflejar en el informe de alta, la valoración y comunicación del pronóstico al paciente.

-Plantear la posibilidad de realizar voluntades anticipadas y expresar sus deseos en el final de la vida, en todos los pacientes atendidos. Reflejarlo en la Historia Clínica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº de pacientes con valoración del pronóstico al ingreso de la Unidad de Paliativos y en ESAD.

-Nº pacientes a los que se informa de la posibilidad de voluntades anticipadas o manifestar sus preferencias en torno a la muerte.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Abril-Junio: valoración de los instrumentos y escalas pronósticas para seleccionar

-Julio-Diciembre: valoración pronóstica de los pacientes que ingresan en Unidad de Paliativos y ESAD.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Oncológico terminal

OTRA PALABRA CLAVE 2. Pronóstico

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

309

MEJORANDO LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA EN EL ENFERMO ONCOLOGICO TERMINAL

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

308

RECUPERAR EL SENTIDO Y VALOR EN EL FINAL DE LA VIDA: DESDE LOS PROFESIONALES A LOS PACIENTES EN SITUACION DE ENFERMEDAD TERMINAL

2. RESPONSABLE PILAR MANZANO HERNANDEZ
- Profesión FISIOTERAPEUTA
 - Centro CSS SAN JOSE
 - Localidad TERUEL
 - Servicio/Unidad .. REHABILITACION
 - Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ESCUDER ARNAU ISABEL. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. UNIDAD DE PALIATIVOS
 - VIDAL SANZ ANA MARIA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. UNIDAD DE PALIATIVOS
 - PARICIO HERNANDEZ CELIA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. UNIDAD DE PALIATIVOS
 - LIBEROS VILLARROYA MARISOL. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. UNIDAD DE PALIATIVOS
 - NAVARRO ROZALEN TERESA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. UNIDAD DE PALIATIVOS
 - OLOGARAY MARTINEZ JAVIER. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CSS SAN JOSE. UNIDAD DE PALIATIVOS
 - ALMAZAN CALVE MARIA JESUS. TRABAJADOR/A SOCIAL. CSS SAN JOSE. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Es una realidad la necesidad de trabajar y conocer desde el mundo profesional sanitario, técnicas de desarrollo personal y emocional, de búsqueda de sentido y trabajar actitudes y herramientas nuevas que permitan mejorar la calidad de vida y bienestar de los pacientes en situación de enfermedad terminal, ingresados en Unidades específicas de Cuidados Paliativos Hospitalarias.

En algunas de estas Unidades, se emplean terapias complementarias a los tratamientos tradicionales, que permiten mejorar el control de síntomas físicos, psíquicos y la vivencia de la enfermedad, con disminución del sufrimiento que conlleva. Entre ellas destacan: las técnicas de relajación y control corporal, Mindfulness o conciencia plena, técnicas de visualización y Reiki.

Además se precisa el conocimiento en sistemas de afrontamiento de la enfermedad y la muerte, recursos de apoyo psíquico y emocional y técnicas de comunicación en estas situaciones, que permiten aliviar el sufrimiento personal y de los pacientes o familiares.

Algunos sistemas de aproximación psicoterapéutica fomentan el apoyo en la búsqueda de sentido y finalidad personal, con objeto de mejorar la vivencia de esta fase de la vida.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la comunicación con el paciente en situación de enfermedad avanzada y con sus familiares. Adquirir las habilidades necesarias para abordar el sufrimiento, la cercanía de la muerte, el estrés y las pérdidas. Mejorar el control de síntomas, en especial el dolor y la disnea, complementando los tratamientos habituales con nuevas técnicas de apoyo. Capacitar a los profesionales en el abordaje de la búsqueda de sentido en los momentos finales de la vida, a la que se enfrentan los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realización de diversos talleres para adquisición de habilidades por los profesionales de la Unidad de Paliativos.

1. Taller de resiliencia y desarrollo personal
2. Técnicas de logoterapia en la atención al paciente y al duelo de los familiares
3. Mindfulness o conciencia plena en la reducción de síntomas físicos y psicológicos asociados al estrés
4. Técnicas de visualización en el enfermo oncológico
5. Tratamiento Reiki
6. Taller de musicoterapia en el enfermo terminal
7. Afrontamiento de la muerte y duelo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº de profesionales que asisten a los talleres

-Encuesta de satisfacción de los talleres

-Nº de pacientes de la Unidad de Paliativos con los que se trabajan nuevas técnicas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -De Junio a Febrero: realización de los talleres

-En Noviembre: iniciar terapias de apoyo a los pacientes, guiadas por un profesional experto

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

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

305

REHABILITACION VIRTUAL MEDIANTE LA "WII BALANCE BOARD" Y "KINECT" PARA EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO EN PACIENTES MAYORES (CONTINUACION Y AMPLIACION)**2. RESPONSABLE** MARIA TERESA MUÑOZ TOMAS

- Profesión FISIOTERAPEUTA
- Centro CSS SAN JOSE
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALBIOL PEREZ SERGIO. INGENIERO/A. UNIVERSIDAD POLITECNICA DE ZARAGOZA. INFORMATICA
- SOLSONA FERNANDEZ SOFIA. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- LOZANO QUILLIS JOSE ANTONIO. INGENIERO/A. UNIVERSIDAD POLITECNICA DE VALENCIA. INFORMATICA
- GIL GOMEZ JOSE ANTONIO. INGENIERO/A. UNIVERSIDAD POLITECNICA DE VALENCIA. INFORMATICA
- GIL GOMEZ HERMENEGILDO. INGENIERO/A. UNIVERSIDAD POLITECNICA DE VALENCIA. INFORMATICA
- AULA VALERO MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- TOMAS RUEDA FERNANDO. MEDICO/A. CSS 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 aplicada a 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 y facilitar la motivación con el aprendizaje, convirtiendo los ejercicios en tareas agradables y divertidas para los pacientes. La utilización de la Nintendo Wii balance board, y la Kinect, 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. Se plantea la utilización de la aplicación informática "ABAR", diseñada para rehabilitación de problemas de equilibrio con la Wii Balance Board. Este año se incluye otra aplicación "ACEPAR", diseñada para trabajar equilibrio dinámico con el sistema Kinect.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En la convocatoria anterior, aunque el proyecto es seleccionado no se adjudica partida económica, con lo que se retrasa la adquisición de material para el proyecto, buscando otras fuentes de financiación, hasta julio del 2012. Se utiliza la aplicación "ABAR" diseñada específicamente para pacientes con problemas de equilibrio, con la Wii Balance Board. Se realizan las siguientes fases del proyecto:
-Solicitud de financiación al Hospital San José para la adquisición del material para los proyectos (Enero del 2012). Aprobación de la compra de material directamente por el Hospital San José (Febrero 2012). -Reunión de todo el grupo de trabajo, integrado por profesionales de Teruel y Valencia en el Hospital San José (Marzo del 2012); trabajo en el diseño del estudio por ambas partes. -Junio del 2012: equipamiento definitivo del material para iniciar el proyecto (wii balance board, monitor, ordenador portátil, instalación de aplicación ABAR)
-Finalización del diseño del ensayo clínico aleatorizado (Mayo del 2012): estudio, hoja de información al paciente, hoja de consentimiento, protocolo de trabajo, tests utilizados, funcionamiento de la aplicación informática, escala de usabilidad. Se diseña para aplicar a 80 pacientes pertenecientes a 4 grupos: ACV, parkinsonismo, síndrome de descondicionamiento y alteraciones vestibulares. -Solicitud de aprobación del ensayo clínico por el CEICA (Comité de ética de la investigación clínica de Aragón) en Junio del 2012. Aprobación del ensayo clínico por el CEICA en Julio del 2012.

-Realización de Convenio entre SALUD-Universidad de Zaragoza-Universidad Politécnica de Valencia. -Inicio de pruebas con la Wii Balance Board en pacientes de forma aislada, desde Septiembre a Noviembre del 2012.

-Reunión del grupo completo en el Hospital San José, para establecer las validaciones correspondientes. Mejora de algunas funciones y elementos de la aplicación ABAR. Solución de problemas informáticos. -Noviembre del 2012: inicio del Ensayo Clínico Aleatorizado. Inclusión desde entonces de 15 pacientes en el proyecto, a los que se han realizado los test de equilibrio al inicio, final del programa y 1 mes después y en los que se trabaja la rehabilitación del equilibrio tradicional y la rehabilitación virtual mediante "ABAR" y Wii Balance Board.

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 domiciliar 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 mejora de la adhesión al tratamiento. 1
-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
-Analizar la aplicabilidad y resultados de la aplicación informática "ABAR" diseñada para rehabilitación de alteraciones del equilibrio.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

305

REHABILITACION VIRTUAL MEDIANTE LA "WII BALANCE BOARD" Y "KINECT" PARA EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO EN PACIENTES MAYORES (CONTINUACION Y AMPLIACION)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Utilización de la aplicación "ABAR" con Wii Balance Board para equilibrio en sedestación y estático y "ACEPAR" con Kinect para equilibrio dinámico. "ACEPAR" se instala y se incluye en el sistema en Enero del 2013.

-Aplicación de test del equilibrio al inicio, final del programa y al mes. Se amplian los test de equilibrio a los siguientes: Timed Up and GO, escala Berg, Tinetti, test de alcance funcional, estación unipodal, 30 mints sit to stand, 10 m-walking test. Registro de parámetros antropométricos, encuesta de calidad de vida (Filadelfia), valoración cognitiva (MEC-Lobo) y funcional (Barthel, Lawton). Aplicación de escala de usabilidad SFQ sobre la aplicación "ABAR" y "ACEPAR"

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº pacientes incluidos en programa de rehabilitación virtual
-Nº pacientes que abandonan el programa
-Mejoría en puntuación de las escalas de equilibrio al final del programa
-Puntuaciones en SFQ (escala de usabilidad) para ambas aplicaciones
-Grado de satisfacción de los pacientes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Enero 2013-Mayo del 2014: selección de pacientes y aplicación del programa de rehabilitación del equilibrio tradicional unido a la rehabilitación virtual (80 pacientes).
-Mayo: recogida y análisis de datos del ensayo clínico.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Rehabilitacion virtual

OTRA PALABRA CLAVE 2. Equilibrio

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

311

1. TÍTULO

VALORACION DE LA DISFAGIA Y PREVENCION DE COMPLICACIONES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

2. RESPONSABLE SOFIA SOLSONA FERNANDEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- QUILEZ SALAS NURIA. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- DIAZ GARCIA MILAGROS. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- MONTERO CERCOS PURIFICACION. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- HERNANDEZ MARTIN JULIA. FARMACEUTICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- VICENTE MIEDES PILAR. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- SALVADOR PEREZ PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- GOMEZ NAVARRO RAFAEL. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. DIRECCION MEDICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la población geriátrica existe una alta prevalencia de disfagia (en torno al 53-60% en ancianos institucionalizados), constituyendo una entidad infradiagnosticada y con elevada morbimortalidad. Las complicaciones de la disfagia en el paciente anciano pueden agruparse de la siguiente forma:

- a) Complicaciones derivadas de la presencia de material extraño en la vía aérea: infecciones respiratorias de repetición y neumonía aspirativa.
 - b) Malnutrición y deshidratación y sus consecuencias (entre ellas las úlceras por presión)
 - c) Dependencia, aislamiento social y mayor carga de cuidados, institucionalización.
 - d) Necesidad en algunos casos de utilización de medios de nutrición artificial (sonda nasogástrica, gastrostomía).
- La mayoría de los pacientes que ingresan en nuestro Hospital, no han tenido una valoración previa de disfagia y se desconoce si presentaban dificultades en la deglución. Existen métodos sencillos y rápidos de valoración clínica de la disfagia, como son el test EAT-10 y el Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V), que permitirían conocer si el paciente presenta disfagia, de qué tipo y la textura alimentaria que precisa, con el objetivo de prevenir complicaciones. Asimismo, algunas maniobras y posiciones de seguridad en la alimentación, permiten disminuir los riesgos de aspiración en determinadas patologías.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Disminuir la incidencia de complicaciones de la disfagia en el Hospital, en especial la broncoaspiración.

2. Trabajar el diagnóstico y valoración de la disfagia, elaborando protocolo para detección al ingreso de los pacientes.

3. Conocer la prevalencia de la disfagia en nuestro Hospital y de las complicaciones de la misma.

4. Formación básica de profesionales y cuidadores en medidas de actuación en disfagia: texturas de alimentos, medidas posturales, maniobra de deglución.

5. Iniciar técnicas de rehabilitación de la disfagia

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Formación de un equipo de trabajo multidisciplinar: médicos, enfermeras, auxiliares, dietista, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional y trabajo social.

-Elaborar algoritmo diagnóstico de la disfagia con test diagnósticos de screening: EAT-10 y MECV-V y aplicación a los pacientes que ingresan en hospitalización.

-Análisis y estudio de las diferentes medidas dietéticas y texturas de alimentos para el tratamiento de la disfagia. Adecuación del tratamiento farmacológico a pacientes con disfagia desde el Servicio de Farmacia del Hospital. Mejora en la elaboración de dietas específicas para disfagia. Elaboración de gelatinas en la cocina del Hospital.

Diferentes opciones para espesar alimentos y líquidos.

-Registro médico y de enfermería de la disfagia, al ingreso y alta de los pacientes.

-Realizar talleres de formación para trabajadores y cuidadores. Diseñar y editar folleto divulgativo sobre los cuidados en disfagia.

-Trabajar e iniciar protocolos de rehabilitación en pacientes con disfagia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Número de pacientes con valoración y diagnóstico de disfagia reflejado en el informe de alta

-Número de pacientes que presentan broncoaspiración durante el ingreso

-Número de profesionales que han asistido a los talleres de formación en disfagia

-Número de cuidadores que han recibido formación en cuidados de disfagia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Abril del 2012 a Abril del 2013

-Abril-Mayo-Junio: talleres para formación del personal; trabajar las texturas, dietas, espesantes, tipos de gelatinas...

-Julio: iniciar protocolo diagnóstico con los test de screening y su aplicación

-Marzo 2013: recogida de datos y análisis

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

311

VALORACION DE LA DISFAGIA Y PREVENCION DE COMPLICACIONES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PREVENCION DE COMPLICACIONES DE DISFAGIA

OTRA PALABRA CLAVE 2. ANCIANOS

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

206

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO PARA PREVENIR LA NEFROPATIA POR CONTRASTE YODADO EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO

2. RESPONSABLE RAQUEL VIAL ESCOLANO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERNANDEZ MARTIN JULIA. FARMACEUTICO/A. CSS SAN JOSE. SERVICIO DE FARMACIA
- CORREA BALLESTER MARTA. FARMACEUTICO/A. CSS SAN JOSE. SERVICIO DE FARMACIA
- GOMEZ NAVARRO RAFAEL. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. DIRECCION
- GONZALEZ GARCIA PALOMA. MEDICO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- MENDEZ CAÑETE SILVIA. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- SOGUERO PEREZ MARIA MAR. ENFERMERO/A. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- HERNANDO VICENTE MARIA CRUZ. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CSS SAN JOSE. SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La nefropatía inducida por contraste (NIC) definida como elevación de la creatinina plasmática -Cr- superior a 0.5 mg/dl o de al menos un 25% respecto al valor basal en las primeras 24-72 horas de la exposición a un medio de contraste siempre que se hayan descartado otras causas, constituye la tercera causa iatrogénica de insuficiencia renal aguda (IRA) intrahospitalaria tras la HTA/disminución de la perfusión renal y de los nefrotóxicos. En general, causa el 11% de los casos de IRA adquirida en el hospital. El riesgo global de NIC en población general con función renal normal varía entre 0,6-2,3%, pero si existe enfermedad renal preexistente se incrementa a 6.1-8.5%, por lo que se puede afirmar que su riesgo aumenta paralelamente con el grado de insuficiencia renal (IR). En pacientes hospitalizados, con comorbilidad y múltiples factores de riesgo, la incidencia puede llegar al 100% según las series. Se han asociado diferentes factores de riesgo con la nefropatía por contraste. Unos se relacionan con el paciente (enfermedad renal crónica previa, diabetes mellitus, edad avanzada, uso de fármacos nefrotóxicos, fracción de eyección deprimida o cualquier circunstancia que implique un bajo gasto cardíaco o hipovolemia efectiva, anemia, hipertensión, hipotensión periprocedimiento, hipertensión portal, hiperuricemia, trasplante renal, mieloma múltiple, hipoalbuminemia, uso de balón de contrapulsación intraaórtico, uso de metformina); mientras otros se relacionan con el contraste empleado (osmolaridad, viscosidad, volumen administrado, vía de administración). De acuerdo con lo anterior y especialmente teniendo en cuenta las características de los pacientes que ingresan en nuestro hospital (población principalmente geriátrica con factores de riesgo predisponentes para NIC) consideramos oportuno conocer la incidencia de NIC en nuestro centro y la elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) para su prevención.

Bibliografía:- Madrazo González Z et Arias Guillen M. Nefropatía por contraste yodado. Revisión y profilaxis. Rev Clin Esp 2008;208(10):517-9.- Fernández-Cimadevilla O et al. Nefropatía inducida por contraste. Med Clíin 2011;137(2):84-90. - Palanca Sánchez I. (Dir.), Conde Olasagasti J. (Coord. Cient.), Elola Somoza J. (Dir.), Bernal Sobrino JL. (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL. (Comit. Redac.), Grupo de expertos. Unidad de depuración extrarrenal: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.- Contrast-Induced Nephropathy: Can This Iatrogenic Complication of Iodinated Contrast be Prevented? Patient Safety Authority Commonwealth of Pennsylvania. Supplementary Advisory 2007;4(1):30. Consultado: <http://patientsafetyauthority.org/EducationalTools/PatientSafetyTools/cin/Pages/home.aspx>- Mehran R et Nikolsky E. Contrast-induced nephropathy: Definition, epidemiology, and patients at risk. Kidney International 2006;69:S11-S15. - Tepel M, Aspelin P et Lameire N. Contrast-induced nephropathy. A clinical and evidence-based approach. Circulation 2006;113:1799-1806.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Conocer la incidencia de nefropatía inducida por contraste en los pacientes ingresados en el hospital durante el año 2012.

-Desarrollar e implantar un procedimiento normalizado de trabajo para la prevención de nefropatía inducida por contraste.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realizar un estudio retrospectivo de la incidencia de nefropatía en pacientes sometidos a contraste durante un año, y de las medidas preventivas adoptadas. Responsables: Raquel Vial y Julia Hernández.

- Desarrollar un procedimiento normalizado de trabajo basado en la mejor evidencia científica disponible. Responsables: Raquel Vial y Julia Hernández.

- Definir unos indicadores que evalúen el grado de seguimiento del PNT por parte de los facultativos del hospital. Responsables: Miembros del grupo de seguridad, perteneciente a la comisión de calidad del hospital.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Estudio retrospectivo:

- Nº pacientes sometidos a contraste yodado en el año 2012.

- % pacientes que desarrollaron NIC en el año 2012

.- % pacientes en los que se tomó alguna medida preventiva en el año 2012.

A partir de la implantación del PNT:

- Nº pacientes sometidos a contraste/año.

- % pacientes en los que se cumple el PNT/año (el cumplimiento se evaluará mediante los indicadores definidos por los miembros del grupo de seguridad).

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

206

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO PARA PREVENIR LA NEFROPATIA POR CONTRASTE YODADO EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Estudio retrospectivo: 2 meses.
- Desarrollo del procedimiento normalizado de trabajo: 2 meses.
- Definición de los indicadores que evalúan el grado de seguimiento del PNT: 15 días.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Nefropatía

OTRA PALABRA CLAVE 2. Contraste

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

079

ARTE TERAPEUTICO EN LA PLANTA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

2. RESPONSABLE ISABEL ALPUENTE ZORRAQUINO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALIAGA MAZAS YOLANDA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- IZQUIERDO FORTEA IRENE. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- CATALAN TORRES ANA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- MARQUES ESTEBAN MARIA DEL CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El proyecto de "Arte terapéutico en Pediatría trata de hacer más agradable la estancia de los niños hospitalizados en el área de Pediatría del Hospital Obispo Polanco. Iniciativa puesta en marcha por el personal de la planta, a través de la realización de diversos murales con motivos infantiles (animales, personajes de cuento...) en los pasillos y sala de juegos. Dicha experiencia ya ha demostrado sus efectos positivos en diferentes centros donde se ha llevado a cabo (Hospital 12 de Octubre de Madrid, Hospital Miguel servet de Zaragoza, Hospital Santa Lucía de Cartagena...), obteniéndose un incremento de la humanización, minimizándose en la medida de lo posible el ambiente serio intrínseco de un hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Ofrecer una asistencia sanitaria de la máxima calidad.
- Provocar un impacto positivo en la estancia y en la recuperación de los niños ingresados.
- Reducir la ansiedad y amortiguar el miedo de los más pequeños a la institución médica.
- Minimizar secuelas negativas de la estancia de los menores en el hospital.
- Promover la creatividad, el arte y el juego de los niños ingresados.
- Favorecer y promover la mejora de las relaciones laborales del personal de la planta, mediante el trabajo en equipo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar un diseño infantil de los murales decorativos de la planta que sea asequible y resultante de la elección de las diferentes propuestas llevadas a cabo por el personal de la planta (médicos, enfermeras, y auxiliares).
De forma voluntaria y meramente altruista un grupo de personas implicadas en el trabajo de la planta, estaría dispuesta a la realización de dicha labor creativa, que sería la creación de diversos murales.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Encuesta de valoración al personal que trabaja en la planta.
- Encuesta de satisfacción a familiares y pacientes que hayan estado ingresados antes y después de la realización del proyecto.
- Encuesta de opinión sobre la nueva imagen del servicio a familiares y pacientes no ingresados en ocasiones anteriores.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto: 1 de Mayo de 2013
Fecha prevista de finalización: 1 de Octubre de 2013
Fecha de presentación y elección de proyectos, 1 mes a partir de la fecha de inicio.
Organización de trabajos y realización del proyecto en los meses restantes.

11. OBSERVACIONES. Se utilizará pintura al agua o látex en distintos acabados ya que aportan un acabado limpio y son lavables.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

020

PREVENCIÓN DE LA NEUMONIA POR BRONCOASPIRACIÓN MEDIANTE EL DESPISTAJE DE LA DISFAGIA DESDE URGENCIAS EN PACIENTE QUE INGRESA**2. RESPONSABLE** MARIA JOSE BORRUEL AGUILAR

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ OVIEDO ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
- ESTABEN BOLDOVA VICTORIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
- MIGUEL ORTEGA MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
- PEREZ MARTIN MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
- REMON VICENTE ESTER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. URGENCIAS
- VILLAMON NEVOT MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA

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

- Accidente vascular cerebral 43-60%
- Enfermedad de Parkinson 35-50%
- Enfermedad de Alzheimer 45-50%
- Neoplasias de cabeza y cuello 59%
- Población institucionalizada: 50-65%

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

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

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

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

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

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

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

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de pacientes ingresados a los que se les realiza EAT-10

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

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se pasarán los test de despistaje de disfagia a partir del mes de mayo hasta octubre.

Durante noviembre y diciembre se realizará recopilación de datos y estudio de los mismos.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

020

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

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

037

ABORDAJE SOBRE LA BUENA INDICACION DE LAS COLONOSCOPIAS

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BOTELLA ESTEBAN

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- THOMSON LLISTERRI CONCHA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
- ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
- GARZA TRASOBARES EMILIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
- MARTINEZ MORALES MARIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
- DOÑATE BORAO ANA BELEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
- CUERVO MENENDEZ CONCEPCION. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO
- PASTOR PEREZ MARIA JOSE. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H OBISPO POLANCO. DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos años venimos un observando un aumento progresivo en el número de solicitudes de colonoscopia que puede deberse a tres motivos: la posibilidad de ser solicitadas desde Atención Primaria, la implantación de planes de cribado del cáncer colorrectal (CCR) en sujetos con antecedentes familiares y el hecho de la falta de idoneidad de algunas de las solicitudes

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En nuestro Proyecto de Calidad de 2011 (" Valoración de criterios de calidad en la indicación y en la realización de la colonoscopia") pudimos observar que en nuestro medio ya el 29,5% de las colonoscopias son solicitadas desde Atención Primaria. Los motivos de solicitud más frecuentes son la evaluación de la hemorragia gastrointestinal (27%), el cribado del CCR (25,1%), el seguimiento postpolipectomía (12,7%), la anemia ferropénica (8,9%) y el seguimiento post-cirugía del CCR (8,2%). Ateniéndonos a l idoneidad, existen indicaciones con escaso porcentaje de adecuación: las colonoscopias que se realizan en el seguimiento del cribado CCR (idóneas el 54,3%), en el seguimiento postpolipectomía (idóneas el 50,8%) y en el seguimiento postresección del CCR (idóneas el 64,3%) En todos estos casos se realizan más exploraciones y más frecuentemente de lo indicado por las guías de práctica clínica.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejorar el grado de idoneidad de las indicaciones de las colonoscopias solicitadas a nuestra Unidad

- Priorizar las solicitudes de las colonoscopias
- Intensificar la relación con Atención Primaria de cara a adecuar las indicaciones de endoscopias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Nos proponemos valorar todas las colonoscopias que nos sean solicitadas desde fuera de nuestra Unidad y realizar abordaje sobre aquellas que no tengan una indicación adecuada con un estudio de resultados post intervención

Inicialmente se plantearán unas charlas informativas en las áreas solicitantes de estas exploraciones , tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario, haciendo hincapié en los criterios que se van a tener en cuenta para citar colonoscopias con carácter normal y preferente

Se adoptará un único modelo de solicitud de cita de colonoscopia en el que quedarán reflejados todos los motivos de solicitud que se acogen a un buen criterio de indicación. En caso de no pertenecer a uno de ellos o faltar información se le enviará una carta al paciente y otra al médico solicitante informándoles de la falta de idoneidad y, consecuentemente, la negativa a dar cita a dicha prueba

- Difusión del nuevo modelo de solicitud de colonoscopia (unificado en Aragón). Sesiones- Personal Médico
- Realización de una base de datos que incluyan los diferentes motivos de falta de idoneidad y envío de cartas de rechazo de la exploración - Personal Médico
- Valoración de las solicitudes de colonoscopia procedentes de Atención Primaria y Especializada- Personal Médico
- Incorporación de los datos - Unidad de Digestivo
- Análisis de los datos - Unidad de Digestivo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:

- Indicaciones inapropiadas < 20%. Colonoscopias solicitadas con indicación inapropiada/Total de colonoscopias solicitadas x 100
- Colonoscopias solicitadas por seguimiento de adenomas y CCR con intervalo correcto/Total de solicitudes de colonoscopias de seguimiento adenomas y CCR x 100 (< 15%)
- Número de colonoscopias sin indicación adecuada que no se han realizado.
- Número de cartas de rechazo enviadas.

Evaluación y seguimiento:

Revisión, evaluación y priorización de todas las colonoscopias solicitadas. Motivo de petición en colonoscopia diagnóstica con carácter normal o preferente y colonoscopia de seguimiento (adenoma o CCR). Registro en la base de datos y análisis posterior de los datos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Difusión del nuevo modelo de solicitud abril 2013

- Elaboración de la base de datos mayo 2013
- Incorporación de datos junio a octubre 2013
- Análisis de datos noviembre y diciembre 2013

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

037

ABORDAJE SOBRE LA BUENA INDICACION DE LAS COLONOSCOPIAS

ámbitos)

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

440

1. TÍTULO

MANEJO DEL RECIEN NACIDO DURANTE EL PERIODO POSNATAL INMEDIATO. CUIDADOS GENERALES DEL RECIEN NACIDO SANO Y ACTUACION ANTE UN RECIEN NACIDO DE RIESGO

2. RESPONSABLE VICTORIA CABALLERO PEREZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRACIA TORRALBA LORENA. PEDIATRA. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- MUÑOZ ALBILLOS MARIA SOL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- TREGON MARTIN PILAR. MATRONA. H OBISPO POLANCO. MATERNIDAD
- PEREZ GARGALLO MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MATERNIDAD
- COTE SAEZ BEGOÑA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- MARTIN MARTIN CONCEPCION. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- PINILLOS PISON RAQUEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. RECIÉN NACIDO SANO: Los recién nacidos a término, aunque sean sanos, requieren una serie de cuidados y procedimientos rutinarios, a parte de una valoración cuidadosa de su estado general. Si no se ha producido ninguna incidencia durante el periodo perinatal, en nuestro centro, el manejo inicial de recién nacido es llevado a cabo por matronas o enfermería dedicada a la pediatría. En los últimos años se han producido cambios en la asistencia al recién nacido sano. Actualmente, se considera que no es necesario separar al recién nacido de su madre nada más nacer para colocarlo debajo de la fuente radiante, ya que el contacto directo con la piel de la madre previene la hipotermia, mejora los niveles de glucemia y favorece el establecimiento de una lactancia materna adecuada. La profilaxis ocular y la administración de la vitamina K intramuscular puede realizarse sin separar al recién nacido de su madre. Las medidas antropométricas del recién nacido pueden llevarse a cabo más tarde, evitando la interrupción innecesaria del contacto madre-hijo en los primeros minutos tras el parto. Hemos observado una gran variabilidad en la asistencia al recién nacido sano en función de la persona que la lleva a cabo. La variabilidad en el manejo del recién nacido sano supone una disminución de la calidad asistencial.

RECIÉN NACIDO DE RIESGO: Un 10 % de todos los recién nacidos a término o próximos al término, necesitan maniobras de estabilización para iniciar el llanto o una respiración regular, mantener una frecuencia cardíaca mayor de 100 lat./min, y un color sonrosado así como buen tono muscular. Aproximadamente el 1 % van a necesitar ventilación y muy pocos masaje cardíaco o medicación. Sin embargo, la asfixia al nacimiento representa un problema importante a nivel mundial ya que puede producir en el recién nacido la muerte o secuelas graves.

Como hemos comentado, la asistencia inicial es llevada a cabo por personal sanitario (matronas o enfermeras), que deben, según las últimas recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría estar entrenadas en maniobras de reanimación básica. Siempre habrá una persona capaz de realizar maniobras de reanimación avanzada, fácilmente localizable.

Cada centro que atiende partos debe planificar todo lo relacionado con la reanimación cardiopulmonar del recién nacido, incluyendo programas de docencia basados en las recomendaciones nacionales e internacionales para el personal que se encarga de la atención del recién nacido y estrategias de asistencia según sus necesidades y recursos.

Fuentes de información: Búsqueda bibliográfica en Pubmed:

Burón Martínez, E; Aguayo Maldonado, J. Reanimación del recién nacido Española de Neonatología, Grupo de RCP Neonatal de la Sociedad. An Pediatr (Barc). 2006;65:470-7.
Irondo M, Szyld E, Vento M, Burón E, Salguero E, Aguayo J et al. Adaptación de las recomendaciones internacionales sobre reanimación neonatal 2010. An Pediatr (barc). 2011; 75(3):203.

American Heart Association and American Academy of Pediatrics: Textbook of Neonatal Resuscitation. Dallas: American Heart Association; 1994.

International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)-Advisory statement on Paediatric Life Support. Resuscitation. 1997;34:115-28.

European Resuscitation Council. Recommendations on resuscitation of babies at birth. Resuscitation. 1998;37:103-10.

Burón E, Paísán L y Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal. Recomendaciones de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal (III). Reanimación del recién nacido. An Esp Pediatr. 1999;51:717-22.

Recomendaciones en reanimación neonatal. Grupo de RCP Neonatal de la SEN. En: Vento M, Moro M, editores. De guardia en neonatología. Sociedad Española de Neonatología. Madrid: Ergón; 2003. p. 147-57.

Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Neonatal Resuscitation. Resuscitation. 2000;46:401-16.

Neonatal Resuscitation. International Liaison Committee on Resuscitation. Resuscitation. 2005;67:293-303.

European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Resuscitation of babies at birth. Resuscitation. 2005;67 Suppl 1:115-33.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducir la variabilidad en la práctica diaria en el manejo del recién nacido sano mediante la protocolización de la asistencia.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

440

MANEJO DEL RECIEN NACIDO DURANTE EL PERIODO POSNATAL INMEDIATO. CUIDADOS GENERALES DEL RECIEN NACIDO SANO Y ACTUACION ANTE UN RECIEN NACIDO DE RIESGO

Incrementar el conocimiento de los protocolos de reanimación cardiopulmonar en los miembros del equipo de estabilización neonatal, así como el rol de cada uno para mejorar la asistencia al recién nacido y disminuir en lo posible la morbi-mortalidad asociada.

Optimizar el uso y manejo de los recursos disponibles en el Hospital Obispo Polanco en la estabilización y reanimación del recién nacido.

Aumentar la cartera de Servicios del Hospital Obispo Polanco implantado la hipotermia en el recién nacido con riesgo de presentar encefalopatía hipoxico-isquémica previo al traslado y durante el mismo. Aplicación de los protocolos de la Unidad de referencia.

Detectar nuevas líneas de mejora.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Consideramos necesario la implantación de jornadas docentes teórico-prácticas de 5 horas de duración, semestrales, dirigidas a todo el personal (celadores, auxiliares, matronas, enfermeras y pediatras) que participe en la asistencia de partos de bajo y alto riesgo. Se realizarán en grupos reducidos de 20 personas para fomentar la participación y adquisición de conocimientos.

Para ello se anunciará la fecha y el horario previsto a las Supervisoras de Enfermería de las plantas de Maternidad y Pediatría que se encargarán de difundirlo al resto de la plantilla. (Sup. Pilar Vicente y Pilar Gode).
Se ha contactado con miembros de la Unidad de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales de Referencia (Hospital Infantil Miguel Servet) y miembros del grupo de la Asociación de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal que supervisarán las jornadas (Dra. Pinillos y Dra. Muñoz).

Inicialmente se evaluará a los asistentes con un test que abarcará todos los temas que vayan a tratarse, para valorar los conocimientos iniciales y en función del resultado reforzar los temas en los se muestre un mayor desconocimiento.

En las jornadas debe existir una parte teórica que repase:

- El material imprescindible para la reanimación neonatal en la sala de partos y en el quirófano y su adecuación a las características del recién nacido (peso, edad gestacional...) (Matrona Pilar Tregón).
- La adecuada conservación y movilización de las incubadoras de transporte de las que dispone nuestro centro cuando son necesarias para el transporte del niño a la Unidad de Pediatría (Enf. Carmen Pérez).
- La preparación y administración de medicación de emergencia (adrenalina, bicarbonato, midazolam...) (Enf. Concepción Martín).
- Los protocolos actuales de reanimación cardiopulmonar adaptados a las características del recién nacido (prematuridad, aspiración endotraqueal de meconio, etc) (Dra. Muñoz y Dra. Caballero).
- El manejo de la cuna térmica y el respirador de la misma (Dra. Gracia).
- Preparación del recién nacido para el traslado al Hospital de referencia (Dra. Pinillos).
- Indicaciones y aplicación de la Hipotermia Neonatal desde el centro terciario y durante el transporte, hasta el hospital de referencia. Implantación del protocolo del Hospital Infantil Miguel Servet (Dra. Pinillos).

Tras la parte teórica se realizará una parte práctica (dirigida por las personas que participan en el proyecto) en la que se dividirá al grupo en equipos formados por diferentes tipos de profesionales. Se intentarán simular situaciones reales y se fomentará el trabajo en equipo de forma que cada integrante conozca perfectamente sus funciones. Se trabajará con los recursos de los que se dispone en nuestro centro, tratando de optimizar el uso de los mismos.

Al terminar la Jornada volverá a realizarse el examen tipo test del inicio lo que nos permitirá monitorizar los conocimientos aprendidos y un test de evaluación de la jornada que nos permita detectar nuevas líneas de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores: nº de recién nacidos en los que se lleve a cabo maniobra piel con piel al nacimiento/ nº de recién nacidos totales en los 6 siguientes meses de la realización de las jornadas. La técnica piel con piel deberá constatare en la hoja de cuidados perinatales.

Evaluación de los asistentes tipo test antes y después de la realización del curso teórico-práctico.
Evaluación del curso por parte de los asistentes tras la realización del mismo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Consideramos necesario realizar actualizaciones en la asistencia al recién nacido sano y de riesgo cada 6 meses en jornadas docentes de unas 5 horas, dirigidas a profesionales que participen en la reanimación del recién nacido (auxiliares, enfermeras, matronas y pediatras).

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

375

1. TÍTULO

REDUCCION DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA TRAS CESAREA MEDIANTE LA APLICACION DE LA TECNICA "TAP BLOCK" COMO ANALGESIA POSTOPERATORIA

2. RESPONSABLE ROSARIO MARIA CABELLO PEREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GALLEGO ESTRADA FERNANDO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
- GARROTE MATA ANA ISABEL. MATRONA. H OBISPO POLANCO. GINECOLOGIA
- BARRIO ADIEGO CARMEN. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION
- CARNICERO GIMENO LAURA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La estancia hospitalaria tras la cesárea en nuestro centro se prolonga en ocasiones hasta tres o cuatro días. Esta situación ocasiona un aumento del gasto hospitalario y del disconfort de las pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aplicando un método de analgesia eficaz y seguro como es el TAP BLOC (bloqueo del plano transversal abdominal) se pretende mejorar la calidad analgésica en cesáreas, posibilitando así el alta a domicilio más temprana.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Diseño de un protocolo de actuación para la realización de la técnica analgésica TAP BLOCK.

2. Selección de las pacientes.

- Criterios de inclusión: Mujeres a las que se realiza cesárea.
- Criterios de exclusión: Peso <50 kg, edad <18, historia relevante de alergia a anestésicos locales.

3. Consentimiento informado.

4. Encuesta de satisfacción rellena por la paciente a las 24 y 48 h en la planta.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. EVA (escala visual analógica) a las 24 y 48 horas.

2. Encuesta de satisfacción.

3. Días totales de ingreso.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comenzaremos a reclutar pacientes el día 1 de Mayo de 2013. A partir del 31 de Octubre de 2013 se realizará una primera revisión de los resultados.

Si los objetivos se cumplen se pretende mantener el proyecto de forma indefinida.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Mujeres en edad fértil
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

166

1. TÍTULO

MANEJO CONSERVADOR DE LA GESTANTE A TERMINO CON BOLSA AMNIOTICA ROTA

2. RESPONSABLE ISABEL DOMINGO BARRADO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CABEZA VENGOECHEA PEDRO JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GARROTE MATA ANA ISABEL. MATRONA. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- MANZANARES VELOZ JESUS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- SPINOSO CRUZ VICENTE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GARCES VALENZUELA MARTA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CABELLO PEREZ ROSARIO MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La RPM se define como la rotura espontánea de la membrana amniótica que sucede antes del inicio del trabajo de parto.

La rotura de la membrana amniótica a término se produce en el 8 % de las gestaciones. En general el comienzo del parto se produce de forma inmediata, de modo que el 95 % de las pacientes han parido en menos de 3 días.

En el manejo de esta situación cabe la posibilidad de tomar una actitud activa (inducción del parto), o una actitud expectante durante las primeras 48 h.

Las pacientes cada vez nos exigen un planteamiento menos agresivo y más próximo a la Naturaleza, sin poner en riesgo su salud ni la de sus hijos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con la conducta expectante se pretende reducir el número de inducciones de parto, así como la estancia hospitalaria preparto. De esta forma se reducirían de forma substancial los gastos, y aumentaríamos la satisfacción de nuestras pacientes al adecuarnos mejor a sus exigencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Diseño de un protocolo de diagnóstico de la RPM que normalice la acción de todos los profesionales implicados.

2- Revisión sistemática de los factores de riesgo.

3- Selección de las pacientes, excluyendo a todas aquellas que presenten factores de riesgo (embarazo prematuro, presencia de SGB, presentación podálica o transversa, meconio, etc). También serán rechazadas todas las pacientes que tengan dificultades de cualquier índole para cooperar.

4- Consentimiento informado, ofreciendo a las pacientes la opción entre manejo conservador con control domiciliario durante un máximo de 48 h, y manejo activo con inducción del parto tras 12 - 24 h de RPM.

5- Hoja de control de pérdida vaginal y de temperatura, que será rellenada por la propia paciente en su casa.

6- Revisión tras 24 h de RPM, con inducción del parto tras 48 h si fuese necesario.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Temperatura, Apgar y pH fetales post-parto.

2- Temperatura materna intraparto y en el puerperio inmediato.

3- Porcentaje de inducciones necesarias.

4- Tipo de parto. Porcentaje de cesáreas.

5- Ingresos en la Unidad Neonatal.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comenzaríamos a reclutar pacientes el día 1 de Mayo de 2013. A partir del 31 de Octubre de 2013 se realizaría una primera revisión de los resultados. Si los objetivos se cumplen se pretende mantener el proyecto de forma indefinida.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Mujeres en edad fértil
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

045

MEJORA EN LA DETECCIÓN DE POTENCIALES DONANTES DE ORGANOS EN EL AREA DE URGENCIAS. OPTIMIZACION DEL PROCESO**2. RESPONSABLE** VICTORIA ESTABEN BOLDOVA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ OVIEDO ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS
- BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS
- SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. PEDIATRIA
- VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. UCI
- BENEDICTO TORRES MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS
- REMON VICENTE ESTER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO URGENCIAS
- CORRAL MARTIN MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE URGENCIAS

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

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la detección de potenciales donantes en nuestro hospital. mejorar el proceso de la donación de órganos desde el servicio de urgencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Impulsar la formación y recopilar en una vía clínica todo el proceso de la donación de órganos en urgencias. Pretende ser una herramienta que permita al urólogo abordar los siguientes items:

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

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Determinar la tasa de potenciales donantes de órganos, donantes efectivos y compararla con la de años anteriores tras la implantación del programa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del protocolo: abril-junio

Formación: septiembre

Seguimiento: 2 años.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. DONANTE ORGANOS

OTRA PALABRA CLAVE 2. DETECCION

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

045

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

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

172

REVISION Y MEJORA DE LA APLICACION DEL PROTOCOLO EN LA REALIZACION DE LA ECOGRAFIA CON CONTRASTE**2. RESPONSABLE** MARIA LUIZA FATAHI BANDPEY

- Profesión MIR
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- YAGO ESCUSA MARIA DOLORES. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
- LENGHEL FLORIN OLIMPIU. MIR. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
- FERNANDEZ GARRAN ANA MARIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
- ALEGRE SANCHO FRANCISCO JAVIER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
- GUTIERREZ URBANETA ROSALIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
- MARTIN MIRAVET MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
- ARNAU GARCIA JOAQUIN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La ecografía con contraste es una herramienta añadida a la ecografía convencional, en la que se utilizan contrastes ecográficos. El contraste ecográfico es una suspensión de microburbujas de gas (estabilizadas con otras sustancias), que potencian la señal de los ultrasonidos, tienen un tamaño comparable al de las células sanguíneas y son puramente intravasculares. Su administración puede ser endovenosa o intracavitaria (vejiga). Se eliminan por vía pulmonar, por lo cual pueden administrarse en pacientes con insuficiencia renal (a diferencia de los contrastes utilizados en la tomografía computarizada y la resonancia magnética).

Otras ventajas con respecto a las otras técnicas de imagen mencionadas (TC y RM) son que permiten un estudio dinámico, al explorar en tiempo real la vascularización de las lesiones, y que son muy seguros, con una baja incidencia de efectos adversos leves y autolimitados y pocas contraindicaciones (prácticamente la única contraindicación absoluta para la prueba, como patología isquémica cardíaca). La ecografía con contraste es una prueba útil para caracterizar lesiones focales hepáticas, renales, vesicales, etc... y en muchos casos permite diferenciar entre lesiones benignas y malignas, evitando así la derivación para realizar pruebas de imagen más costosas, invasivas, con más lista de espera y más riesgos para el paciente, como la TC y la RM.

Situación de partida: La técnica de ecografía con contraste es de nueva implementación en nuestro servicio (desde el año 2011). De su realización (y citación) sólo se encarga una radióloga, y no existe un protocolo establecido para su derivación; por estas razones se realizan pocos estudios de cribado con la ecografía con contraste, derivándose directamente para la realización de TC (en nuestro servicio). y se podrían realizar más estudios de los que se realizan, con las ventajas que esto supondría tanto para los pacientes, como para el servicio.

Posibles causas: El hecho de que los demás médicos radiólogos no están suficientemente familiarizados con las indicaciones de derivación para la realización de la ecografía con contraste, y sí con la derivación hacia la TC, que lleva más tiempo en el servicio.

Fuentes de información:

Ultraschall in Med 2013; 34(1): 11-29 DOI: 10.1055/s-0032-132549

Guidelines and Good Clinical Practice Recommendations for Contrast Enhanced Ultrasound (CEUS) in the Liver - Update 2012

The EFSUMB Guidelines and Recommendations on the Clinical Practice of CEUS: Update 2011 on non-hepatic applications, Fabio Piscaglia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducir el número de estudios por tomografía computarizada y resonancia magnética a realizar para filiar lesiones susceptibles a ser diagnosticadas correctamente mediante ecografía con contraste.

En el caso de la TC, se evitarían la dosis de radiación recibida, los riesgos del contraste intravenoso, y también reducir así la lista de espera y conseguir disminuir el tiempo necesario para llegar a un diagnóstico definitivo. En el caso de la RM, evitaríamos derivaciones externas (ahorro económico y de tiempo en el caso de derivar los pacientes a nuestro centro de referencia y /o a empresas privadas).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas: En todos los pacientes en los que se detecte en estudios ecográficos basales patología que necesite completar el estudio mediante otras pruebas de imagen (TC, RM) para su correcta filiación -> pasos a seguir:

1. Recogida, durante un tiempo determinado (1 mes), todos los resultados de las ecografías basales realizadas y revisión de los mismos para seleccionar los casos susceptibles de completar el estudio mediante ecografía con contraste para una mejor filiación de las lesiones.
2. Se citará a estos pacientes para realizar ecografía con contraste si su situación clínica lo permite (que no tengan contraindicaciones absolutas para la prueba).
3. Revisión posterior de los resultados de la ecografía con contraste para ver si ha sido resolutoria (si se ha llegado a un diagnóstico definitivo, y se ha evitado la realización de otras pruebas complementarias).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

172

REVISION Y MEJORA DE LA APLICACION DEL PROTOCOLO EN LA REALIZACION DE LA ECOGRAFIA CON CONTRASTE

4. En el caso contrario, revisión de los resultados de los estudios por TC y/o RM para ver si la derivación desde la ecografía con contraste ha sido justificada.

5. Por otro lado, recogida de los volantes de TC durante el mismo periodo de tiempo para ver si ha habido derivaciones directas, sin haber pasado previamente por la ecografía con contraste.

Responsables: Miembros del equipo de mejora (médicos radiólogos, médicos residentes de radiodiagnóstico y personal de enfermería del servicio).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores que se van a utilizar para monitorizar el proyecto: porcentaje de derivaciones desde la ecografía basal hacia la ecografía con contraste y porcentaje de derivaciones directas desde la ecografía basal hacia otras técnicas de imagen (TC).
Como se van a obtener y monitorizar estos indicadores: Mediante recogida de volantes de solicitud de ecografía basal, de ecografía con contraste y de volantes de solicitud de TC para completar estudios de ecografía basal. Se considerará un indicador de mejora el aumento del porcentaje de derivaciones desde la ecografía basal hacia la ecografía con contraste y la disminución del porcentaje de derivaciones directas desde la ecografía basal hacia la TC.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. JUNIO 2013: evaluación de la situación de partida en 3 áreas mediante:

1. Recogida de todos los volantes de solicitud de TC
2. Recogida de los volantes de solicitud de ecografía basal
3. Recogida de los volantes de derivación desde la ecografía basal hacia la ecografía con contraste.

JULIO 2013 -> Análisis de la información recogida y elaboración de listados con los casos y puntos concretos a mejorar en las 3 áreas:

1. Ver cuántos casos de derivación directa desde la ecografía basal hacia la TC, y de estos cuántos se podrían haber beneficiado de realizar ecografía con contraste y evitado así la TC.
2. Ver si han habido casos que se podrían haber derivado para la realización de ecografía con contraste.
3. Ver si se han respetado los criterios recomendados para la derivación.

Reunión de todos los médicos del servicio de radiodiagnóstico para informar sobre el proyecto de calidad, para valorar el grado de conocimientos sobre la técnica, indicaciones y protocolos a seguir en la ecografía con contraste y para insistir en la derivación desde la ecografía basal hacia la ecografía con contraste en vez de hacia TC/RM. Análisis de la situación basal según los resultados obtenidos en el mes de mayo de 2013. Preparación y presentación en el servicio de una sesión monográfica sobre las recomendaciones e indicaciones más recientes de la ecografía con contraste y los últimos protocolos aceptados de la técnica.

AGOSTO, SEPTIEMBRE y OCTUBRE 2013: puesta en marcha y desarrollo del proceso de mejora, citando para la realización de las ecografías con contraste derivadas por los demás radiólogos del servicio que realicen las ecografías basales y en los casos en los que sea posible, administrar el contraste ecográfico inmediatamente después de la ecografía basal y realizando la ecografía con contraste en el mismo acto médico, para evitar así que el paciente vuelva otro día, demoras en el diagnóstico y aumento de la lista de espera.

NOVIEMBRE 2013: reevaluación de las solicitudes en las tres áreas ya mencionadas anteriormente para medir el porcentaje de cumplimiento de los puntos de mejora.

DICIEMBRE 2013: Evaluación final e informe.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

303

1. TÍTULO

CIRCUITOS DE ACCESO RÁPIDO Y MULTIDISCIPLINAR A LOS RECURSOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DEL CÁNCER GINECOLÓGICO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- DOMINGO BARRADO ISABEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - CABEZA VENGOECHEA PEDRO JOSE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - SPINOSO CRUZ VICENTE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - MANZANARES VELOZ JESUS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - PARRILLA VIRGIA PILAR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - MOROS CARRACHE JOSE ENRIQUE. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Entre las prioridades de las políticas sanitarias en los países occidentales está el establecimiento de estrategias para la prevención primaria del cáncer y la reducción de la demora diagnóstica y terapéutica, por lo que, junto con la instauración de los programas de cribado, se recomienda la creación de circuitos de acceso rápido a los recursos diagnósticos y terapéuticos en los casos de sospecha clínica fundada. En nuestro caso, al tratarse de un hospital sin técnicas de imagen de alta resolución y carecer de una sección de cirugía ginecológica avanzada o unidades de radioterapia, toda paciente con una alta sospecha o confirmación de cáncer ginecológico que requiera técnicas diagnósticas de las que no disponemos o técnicas terapéuticas que precisen personal altamente cualificado en cirugía oncoginecológica o unidades de radioterapia, deben de remitirse a los hospitales de referencia, con lo cual puede verse más ralentizado todo proceso. Ante esta situación nuestro objetivo es crear unos circuitos de acceso rápido, que mejore la comunicación intra e interhospitalaria con el fin de reducir la demora de éstos trámites, basándonos en la premisa de que reducir la demora, mejora la calidad de vida de los pacientes con cáncer, la satisfacción con los servicios y la supervivencia. Con independencia del efecto potencial sobre el pronóstico, la demora diagnóstica y terapéutica en el cáncer genera un gran componente de ansiedad e incertidumbre en los pacientes y en los profesionales sanitarios, por lo que tiene un importante impacto en la valoración de la atención sanitaria que realizan los usuarios y sus familiares.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con la creación de circuitos de acceso rápido a los recursos diagnósticos y terapéuticos intra e interhospitalarios para las pacientes con sospecha o confirmación de cáncer ginecológico, pretendemos disminuir la demora entre la sospecha diagnóstica y el inicio del tratamiento, optimizar y homogeneizar el proceso de atención, y mejorar la calidad de vida y la satisfacción con los servicios prestados del paciente y sus familiares.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. Diseño de un protocolo diagnóstico y de actuación de cada tipo de cáncer ginecológico
 2. Diseño de un protocolo de derivación al hospital o centro de referencia, pactado con dichos centros.
 3. Potenciar las reuniones periódicas de la comisión multidisciplinaria intrahospitalaria de tumores (Oncología, Radiología, Anatomía Patológica, Ginecología, Urología, Cirugía General...).
 4. Comunicación periódica con los distintos centros de referencia para detectar posibles problemas.
 5. Creación de una encuesta dirigida a las usuarias sobre la satisfacción con los servicios prestados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creación de una base de datos en la que queden registrados todos los casos diagnosticados, derivados y su evolución. En la cual también se refleje el tiempo hasta el diagnóstico, la demora terapéutica e información sobre la percepción del paciente sobre la atención y la comodidad en el seguimiento y resolución de su patología.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Creación de base de datos, diseño de protocolos de diagnóstico, actuación y derivación, y redacción de encuestas para las usuarias en Mayo 2013-04-03
- Comenzaremos a utilizar la base de datos y las reuniones de la comisión de tumores en Junio 2013-04-03
- A partir de Noviembre se haría una primera revisión de los resultados y si se cumplen los objetivos se mantendría el proyecto de forma indefinida.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

303

**CIRCUITOS DE ACCESO RAPIDO Y MULTIDISCIPLINAR A LOS RECURSOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DEL
CANCER GINECOLOGICO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

188

IMPLANTACION DE LOS RECUPERADORES HEMATICOS POSTOPERATORIOS EN ARTROPLASTIA PRIMARIA DE RODILLA

2. RESPONSABLE DAVID GARCIA AGUILERA
· Profesión MIR
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTIN HERNANDEZ CARLOS. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. JEFE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· GUILLEN SORIANO MELCHOR. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO COT. UNIDAD RODILLA
· BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO COT. UNIDAD RODILLA
· DIAZ MARTINEZ JOSE VICENTE. MIR. H OBISPO POLANCO. SERVICIO COT
· MUNIESA HERRERO MARIA PILAR. MIR. H OBISPO POLANCO. SERVICIO COT
· FLORIA ARNAL LUIS JAVIER. MIR. H OBISPO POLANCO. SERVICIO COT
· VALENTIN FRANCOS ALBERTO JAVIER. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. INSTRUMENTISTA QUIROFANO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La artroplastia total de rodilla es una cirugía mayor con un alto potencial de pérdida sanguínea. Los recuperadores hemáticos postoperatorios son sistemas de ahorro de necesidad de transfusión de concentrados hemáticos en el postoperatorio de cirugías mayores. Con ello se consigue disminución de la morbimortalidad, se evitan posibles reacciones inmunes, aumento de supervivencia y disminución de costes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Actualmente la tasa de transfusión de concentrados hemáticos en los pacientes sometidos a artroplastia primaria de rodilla en nuestro servicio (Unidad de rodilla) era en el año 2010 del 41.5%, datos obtenidos de revisión de historias clínicas. Durante el 2011 y 2012 se ha iniciado la utilización de sistemas de recuperación hemáticos postoperatorios en pacientes sometidos a APR con una tasa de transfusión del 11,76%(20 paciente de 170) junto con criterios restrictivos de trasfusión de sangre definiendo valores de hemoglobina y clínica del paciente. Se espera disminuir el número de transfusiones de concentrado de hematíes autólogos previos al 2010 en nuestro servicio de Traumatología e incluir en la guía de rodilla los recuperadores hemáticos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Dar a conocer y establecer los criterios restrictivos de transfusión en pacientes sometidos a APR entre el personal médico y el equipo de enfermería de la planta de Traumatología. Dar a conocer el funcionamiento de los sistemas de recuperación entre los equipos de enfermería de quirófano y planta de Traumatología.

Implantación de los sistemas de recuperación hemática postoperatorio en el protocolo de la unidad de rodilla (Vía clínica de rodilla)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación de la eficacia y seguridad de los sistemas de recuperación hemática postoperatoria.
Datos recogidos: NHC, fecha nacimiento, sexo, lateralidad, fecha de intervención, tipo de prótesis, Hb / Hto preoperatorio, Hb / Hto postoperatorio 48h, volumen de sangre autóloga reinfundida, incidencia de transfusión de sangre homóloga.
Indicadores: Eficacia, seguridad y tasa de trasfusión durante el año 2013.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Anual. Evaluación de datos de pacientes intervenidos APR en 2013 Sesión hospitalaria, destinada a todo el personal sanitario interesado. Realizada en junio 2012 Sesión clínica en el servicio de Traumatología, médicos y residentes Traumatólogos. Sesión informativa en Quirófano y Planta Traumatología, destinada a anestesiistas y personal enfermería. Publicación de datos obtenidos en Jornadas Hospitalarias Hospital Obispo Polanco Teruel. Noviembre 2013 Enero 2014 evaluación de datos obtenidos en 2013.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes sometidos a cirugía de artroplastia total de rodilla primaria

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Recuperadores Hemáticos

OTRA PALABRA CLAVE 2. Tasa transfusión

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 188

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LOS RECUPERADORES HEMATICOS POSTOPERATORIOS EN ARTROPLASTIA PRIMARIA DE RODILLA

5. Atender expectativas de los profesionales. 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

058

1. TÍTULO

EL GRUPO COMO FORMA DE TERAPIA EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES

2. RESPONSABLE MARIA JOSE GARCIA RUBIO

- Profesión PSICOLOGO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LATORRE MARIN JOSE IGNACIO. PSICOLOGO/A CLINICO. H OBISPO POLANCO. PSICOLOGIA CLINICA
- SANCHEZ PEREZ TRINIDAD. ENFERMERO/A. CS TERUEL ENSANCHE. SALUD MENTAL
- GONZALEZ URIARTE ANA. PSIQUIATRA. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- CONEJO GARCIA ANA. PSIQUIATRA. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS. PSIQUIATRA. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- SAA SENDRA JOSE DAVID. PSIQUIATRA. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA
- JIMENEZ MOTILLA SANDRA. MIR. H OBISPO POLANCO. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El proyecto de mejora se centra en pacientes con patología crónica y resistente a la terapia tanto farmacológica como psicoterapia individual, lo que supone un importante acumulo de citas de seguimiento en los profesionales, además de atenciones urgentes cuando se producen reagudizaciones de la sintomatología.

Estos pacientes en general presentan una actitud dependiente del terapeuta y de los psicofármacos, con un pobre manejo de emociones y eventos estresantes de la vida diaria que dificulta su autonomía y consiguientemente el alta en Salud Mental, transmitiendo también al profesional un cierto pesimismo sobre las posibilidades de mejora. En el momento de plantear el tratamiento de forma grupal no existe anteriores experiencias en este Sector pero la bibliografía consultada nos informa del beneficio para estos pacientes cuando se trabajan los aspectos más relacionales en grupo, mejorando los síntomas, la percepción de bienestar subjetivo y la disminución de psicofármacos, y aumentando la autonomía en el manejo del estrés.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No existe el Proyecto con anterioridad

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora de:

Sintomatología de los pacientes
Bienestar subjetivo de los pacientes
Disminución de las visitas con carácter urgente
Visitas de seguimiento más espaciadas
Menor ingesta de psicofármacos o disminución de la dosis.
Mejoras en el estilo de afrontamientos de emociones y manejo del estrés.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará un grupo cerrado con pacientes crónicos (más de un año de tratamiento) y cuyo diagnóstico se encuentre dentro de los trastornos de ansiedad, distimia o trastorno somatomorfo. El grupo estará integrado por pacientes adultos de ambos sexos sin restricciones por edad.

En las sesiones se trabajarán: estilos de afrontamiento del estrés, habilidades sociales (críticas y elogios), asertividad y defensa de los propios derechos, preocupación y culpa, la ira, el valor de uno mismo.

Los responsables de grupo serán:

Ana Gonzalez
María José García

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizará una primera evaluación al inicio de la primera sesión de diferentes aspectos referidos por cada paciente a través de los siguientes cuestionarios:

Autoeficacia específica de afrontamiento del Estrés (AEAE)

Cuestionario de Depresión de Beck

Listado de creencias comunes (LCC)

Inventario de estilos Interpersonales

Cuestionario WHOQoL-100 de Calidad de Vida

Se anotará la medicación que toma cada uno y el número de visitas de seguimiento y urgentes que ha realizado en los últimos seis meses en Salud Mental.

El finalizar el Programa de grupo se volverán a evaluar con los mismos instrumentos los síntomas y el bienestar subjetivo de los pacientes, así como la medicación.

Durante 6 meses se contabilizarán visitas de seguimiento y urgentes realizadas por los pacientes, así como las posibles altas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El grupo se iniciará en septiembre (16) y finalizará en noviembre (11).

Serán sesiones semanales de una hora y media de duración a realizar los lunes en horario de mañana.

La evaluación se realizará al principio y al final del Proyecto.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

058

EL GRUPO COMO FORMA DE TERAPIA EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Depresión/Ansiedad

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

444

GESTION MEDICA DE LAS CITAS DE PACIENTES PREFERENTES EN EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

2. RESPONSABLE RAQUEL ORELLANA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PECES GONZALEZ NATALIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. REHABILITACION
· CAPAPE GENZOR YOLANDA. MEDICO/A. H SANT PAU (BARCELONA). REHABILITACION
· GOMEZ SANCHEZ MARIA ISABEL. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H OBISPO POLANCO. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Reducir la lista de espera para la valoración de primera consulta de pacientes preferentes en el Servicio

Mejorar la calidad de la asistencia

Reducir en número de reclamaciones al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Inicio precoz del tratamiento rehabilitador en pacientes con patología de consideración preferente

Disminución del tiempo de recuperación funcional del paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Control médico de las citas en las agendas médicas seleccionando a los pacientes basándonos en la prioridad de atención de su patología.

Aviso telefónico de las citas por el personal del Servicio (médico, auxiliar de enfermería...).

Gestión de los tratamientos (terapia física y fisioterapia) por el médico rehabilitador.

Control de las citas posteriores de revisión.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Días transcurridos desde la fecha de petición de cita y la primera visita en la consulta médica.

Días de demora entre la valoración en la consulta e inicio del tratamiento

Grado de correlación entre: petición de valoración preferente/paciente clasificado como preferente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Trimestre comprendido entre Abril y Junio de 2013

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

424

1. TÍTULO

CONSULTA DE PROCEDIMIENTOS

2. RESPONSABLE NATALIA PECES GONZALEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ORELLANA GARCIA RAQUEL. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. REHABILITACION
- CAPAPE GENZOR YOLANDA. MEDICO/A. H SANT PAU (BARCELONA). REHABILITACION
- GOMEZ SANCHEZ MARIA ISABEL. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H OBISPO POLANCO. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejorar la valoración de pacientes neurológicos con espasticidad candidatos a tratamiento con infiltraciones de toxina botulínica

Selección de pacientes candidatos para tratamiento con infiltración de medicación intraarticular

Mejorar la indicación de ortoprotésis y ayudas técnicas

Elaboración de informes médicos solicitados

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Rentabilizar el uso y aplicación de medicación de alto coste económico como es la toxina botulínica, pudiendo compartir dosis del fármaco para distintos pacientes en un mismo día de aplicación.

Posibilidad de un mejor seguimiento del paciente (efecto del fármaco, chequeo del material ortoprotésico prescrito) en consultas sucesivas programadas para ello.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Cálculo de dosis de toxina botulínica que precisa cada paciente que será infiltrado por parte del médico rehabilitador que lo vaya a tratar.

Coordinar el inicio de un tratamiento de fisioterapia (estiramientos y diferentes técnicas para disminuir la espasticidad de los músculos infiltrados con toxina botulínica) en los pacientes que lo precisen

Explicar y solicitar un consentimiento informado al paciente que se someterá al tratamiento con infiltraciones de toxina botulínica y/o infiltraciones intraarticulares.

Coordinación con farmacia del hospital la disponibilidad de la medicación que vayamos a necesitar el día del procedimiento . Solicitando por escrito dicha medicación por parte del facultativo (médico rehabilitador) que lo vaya a pautar.

Coordinar con las ortopedias que consulte el paciente la posibilidad de disponer del material de ortoprotesis prescrito y que queramos probar en el paciente previo a su compra

Registro por parte de nuestro auxiliar de consulta la solicitud de informes médicos por parte de los pacientes y solicitud de las historias médicas de los mismos al archivo. Elaboración de dicho informe por el facultativo médico que valora a dicho paciente el día de consulta de procedimientos , para intentar su entrega en un plazo mínimo de 7 días y máximo de 20.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Control de las citas de seguimiento de pacientes infiltrados con toxina botulínica al mes de la infiltración y a los 3-4 meses de la misma para valorar el efecto conseguido y la duración del mismo, así como plantear otra cita para una nueva infiltración.

Citar a los pacientes a los que se les prescribe una ortesis al mes de su utilización para valorar su correcto uso y adaptación al mismo.

Registro del tiempo transcurrido desde la solicitud de un informe médico por parte de un paciente y la fecha de elaboración del mismo.

Utilizar escalas de satisfacción, EVA, o escalas funcionales para control del efecto del procedimiento realizado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en abril del 2013, reservando los viernes como día de procedimientos (5 citas para pacientes citados por los propios médicos rehabilitadores con un tiempo estimado de consulta/ paciente/ de 20-30 minutos) y seguimiento durante al menos 6 meses o un año, (tiempo en el que se prevee la necesidad de repetir la pauta de un nuevo tratamiento con toxina botulínica, infiltración intraarticular de ácido hialurónico o recambio de material de ortoprótesis por deterioro del mismo o crecimiento de los niños.

11. OBSERVACIONES. Valorar la posibilidad de utilizar una tabla de Excel para registrar diferentes datos (ej dosis de toxina administrada en cada sesión y músculos infiltrados, día de la infiltración, peso del paciente (para valorar la dosis máxima de toxina por sesión), resultados de cuestionarios de calidad o de satisfacción, escalas funcionales, EVA... para posibles análisis de resultados y estudios estadísticos). OTRO ENFOQUE. Gestión y aplicación de diferentes técnicas

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con espasticidad, pacientes con necesidad de ayudas técnicas y/o pacientes valorados por el servicio de rehabilitación

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

424

CONSULTA DE PROCEDIMIENTOS

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

071

1. TÍTULO

ADECUACION DE LAS SOLICITUDES DE RESONANCIA MAGNETICA DESDE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE CRISTINA ROIG SALGADO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ SANZ GLORIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
- VILAR BONACASA EVA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
- TORRES NUEZ JULIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
- FERNANDEZ BEDOYA KORON IVAN ULISES. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
- MARGOT JARA ANA. MIR. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
- GUTIERREZ URBANETA ROSALIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
- FERNANDEZ CUELLAR MONTSERRAT. TER. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde 2011 es posible solicitar Resonancias Magnéticas desde el ámbito de Atención Primaria. Esta vía, de reciente apertura, permite la solicitud de pruebas diagnósticas directamente desde Primaria, lo que se ha traducido en un aumento del número de estudios realizados. Con este proyecto se pretende analizar la adecuación de las solicitudes de RM procedentes de Atención Primaria, para lograr una mejor utilización de los recursos disponibles. Ello permitirá optimizar el rendimiento de las pruebas diagnósticas, unificar criterios y aliviar las listas de espera.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El análisis de la adecuación de las peticiones de RM desde Primaria permitirá valorar el grado de cumplimiento de los protocolos de solicitud de pruebas diagnósticas desde AP, lo que permitirá actualizar los protocolos existentes, así como la elaboración de otros nuevos, en función de las necesidades o conflictos que hayan podido surgir desde la implantación de este nuevo sistema. Con esto se pretende optimizar el rendimiento diagnóstico de la RM, una mejor utilización de los recursos disponibles, acortar la lista de espera e intentar unificar los protocolos de solicitud de pruebas diagnósticas. Se promoverá el conocimiento y difusión en el ámbito de Primaria tanto de los resultados como de las posibles actualizaciones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Todos los participantes del equipo de mejora colaborarán en la recogida de solicitudes de RM procedentes de Atención Primaria.

Se establecerán dos grupos, uno de Neurología y otro de Músculoesquelético, en el que sus integrantes analizarán el motivo de petición de la prueba, así como los estudios complementarios asociados a cada caso (Rx simple, ecografía, TC).

Se revisará el grado de cumplimiento de los protocolos existentes, modificando si fuese necesario los ya existentes o elaborando otros más adecuados.

Se realizarán reuniones con los equipos de Atención Primaria para dar a conocer los resultados del estudio, deficiencias y protocolos mejorados de solicitud de pruebas diagnósticas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de solicitudes que cumplen los protocolos de solicitud de pruebas diagnósticas.

Porcentaje de casos que cuentan con una Rx simple previa al estudio de RM.

Porcentaje de casos que cuentan con una ecografía previa al estudio de RM.

Análisis del tiempo medio de realización de la RM desde su solicitud desde AP.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 11 de abril de 2013: reunión con el equipo de Mejora para dar a conocer las pautas a seguir.

15 de abril de 2013: inicio de recogida de solicitudes de RM procedentes de Atención Primaria.

15 de abril hasta 31 de diciembre de 2013: recogida de solicitudes de RM procedentes de Atención Primaria.

Enero de 2014: análisis de datos, elaboración o modificación de proyectos.

Febrero a abril de 2014: concertar reuniones con los equipos de Primaria.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

294

EVALUACION DEL PROTOCOLO CODIGO ICTUS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE RADIODIAGNOSTICO TRAS UN AÑO DE SU IMPLANTACION EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO**2. RESPONSABLE** ERICK SANTA EULALIA MAINEGRA

- Profesión MIR
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROIG SALGADO CRISTINA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO.
- SANCHEZ SANTOS PEDRO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO.
- YAGO ESCUSA MARIA DOLORES. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO.
- FERNANDEZ BEDOYA KORON IVAN ULISES. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO.
- LENGHEL FLORIN OLIMPIU. MIR. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO.
- FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA. MIR. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde junio del 2011 se ha puesto en marcha en el Hospital Obispo Polanco de Teruel un protocolo de actuación diagnóstico-terapéutico denominado código ictus, donde intervienen los servicios de urgencias, radiodiagnóstico y UCI.

Partiendo del análisis de los datos obtenidos en el último año en relación al protocolo ictus, pretendemos analizar los puntos débiles del protocolo, basándonos en indicadores específicos, para mejorar la calidad del proceso, y poder así optimizar los recursos de los que disponemos en la actualidad para incrementar la eficacia diagnóstica y terapéutica en esta enfermedad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El análisis de las variables involucradas en el proceso que dependen principalmente del servicio de radiodiagnóstico permitirá valorar el grado de cumplimiento del protocolo actual y el nivel de eficacia diagnóstica del proceso.

A través de este programa se espera alcanzar una mejor optimización de los recursos con los que cuenta el área de Teruel para la atención integral al paciente con código ictus.

Mejora de la coordinación y trabajo multidisciplinario de los servicios implicados en el protocolo ictus.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los integrantes del equipo de mejora se encargarán de la recogida activa y la clasificación de las peticiones de tomografía craneal urgente una vez activado el código ictus por parte del servicio de urgencias.

Con una periodicidad mensual se reunirá el equipo de mejora para analizar y recoger en una base de datos los indicadores establecidos.

Se elaborará una ficha en la que conste el NHC, hora de llegada al servicio de urgencias, hora de llegada al servicio de Radiodiagnóstico/hora de realización del TAC, hora de firma del informe y diagnóstico radiológico. Al finalizar el período de recogida se realizará un análisis global para poner de manifiesto las actuaciones a mejorar, y poder programar así acciones que mejorarían o podrían subsanar dicho punto a mejorar.

Todos los resultados serán compartidos con los servicios implicados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación del cumplimiento de los tiempos de asistencia establecidos en el protocolo ictus, analizando la hora de llegada del paciente a urgencias, así como la hora de llegada del paciente al servicio de radiodiagnóstico.

Constancia en la petición de tomografía de la evaluación clínica del paciente según la escala NIHSS y el término "código ictus" para realizar el informe radiológico en consecuencia.

Tiempo que demora el radiólogo en realizar el informe radiológico desde que se cursa el volante de petición de la tomografía.

Porcentaje de pacientes que no cumplen criterios de inclusión para código ictus y son atendidos por el servicio de radiodiagnóstico como código ictus.

Calidad del informe radiológico, que debe incluir la correcta valoración de la escala de ASPECTS.

Porcentaje de casos con diagnóstico radiológico de hemorragia intracraneal.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 15 de abril del 2013: reunión del equipo de mejora para discutir el calendario y dar a conocer las pautas a seguir.

16 de abril - 31 diciembre del 2013: recogida de solicitudes tramitadas tras activar el código ictus y recogida de datos.

Enero 2014: análisis de indicadores y puntos a mejorar.

Febrero - Abril del 2014: reuniones con los distintos servicios que integran el protocolo para cotejar resultados, proponer mejoras y acercar posturas que optimicen los recursos disponibles.

Abril 2014: elaboración del informe final.

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

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

294

EVALUACION DEL PROTOCOLO CODIGO ICTUS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE RADIODIAGNOSTICO TRAS UN AÑO DE SU IMPLANTACION EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

102

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE VENTILACION NO INVASIVA PEDIATRICA

2. RESPONSABLE MARIA PILAR SANZ DE MIGUEL

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE PEDIATRIA
- ALIAGA MAZAS YOLANDA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. SERVICIO DE PEDIATRIA
- PALANCA ARIAS DANIEL. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI PEDIATRICA
- MADURGA REVILLA PAULA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI PEDIATRICA
- GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. UCI PEDIATRICA
- MINCHOLE LAPUENTE ELISA. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. SERVICIO NEUMOLOGIA

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

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

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

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Entrenar al personal implicado en la asistencia del paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria moderada (Pediatras, Médicos de urgencias, 061, anestesiistas, enfermeras) en el empleo de la VNI para optimizar al máximo la asistencia.

- Mejorar las condiciones de traslado de los pacientes pediátricos con fracaso respiratorio tipo II (predomina la hipoventilación) como paso previo o alternativa a la intubación y ventilación mecánica convencional.

- Disminuir las posibles complicaciones derivadas del uso de técnicas de ventilación asistida, optimizando al máximo los recursos de VNI pediátrica con los que ya contamos.

- Crear un protocolo de asistencia y empleo de VNI en pacientes pediátricos para su empleo en las Urgencias pediátricas hasta su traslado a UCIP, bajo la dirección de expertos de Unidades de Cuidados Intensivos pediátricos.

- Desarrollar una experiencia piloto que se pueda realizar en todos los hospitales comarcales de Aragón con Servicio de Pediatría

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Desarrollo de un curso teórico de iniciación a la ventilación no invasiva pediátrica con talleres prácticos a través de simulaciones de casos reales, empleándolos como toma de contacto del personal con los dispositivos.

- En estos talleres se utilizará material de VNI pediátrica con los que ya contamos en el Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel: Diferentes interfases pediátricas (Helmet, mascarillas bucales..) adaptables a los respiradores con los que también contamos BIPAP vision y Oxilog 3000plus o la CPAP de Boussigaq con tubuladuras pediátricas. También contaremos con material de simulación de emergencias que recuerdan al máximo los casos reales con maniqués pediátricos.

- Se ha contactado con los profesionales de la UCI Pediátrica de nuestro Hospital de referencia que han aceptado colaborar, así como los diferentes Servicios implicados en la atención de este tipo de pacientes, pediatras, enfermeras, médicos de urgencias, anestesiistas y 061.

- A continuación del curso crear, en conjunto con todos los servicios implicados, un protocolo de asistencia y empleo de VNI en pacientes pediátricos para su empleo en las Urgencias pediátricas para su traslado a UCIP.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Numero de pacientes trasladados con VNI/ número total de pacientes trasladados por fracaso respiratorio

-Valoración del estado en que acceden a los Hospitales de referencia los niños graves que han sido trasladados con VNI desde el Hospital Obispo Polanco.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Se realizará anualmente un curso teórico-practico de VNI, impartido por los pediatras intensivistas del hospital de referencia.

- Dicho curso se realizará inicialmente a un grupo reducido de unas 25 personas (Pediatras, Médicos de familia, enfermeras, 061 y anestesiistas) con una duración aproximada de unas 8h.

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

POBLACIÓN DIANA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

102

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE VENTILACION NO INVASIVA PEDIATRICA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

165

DESARROLLO DE UN BLOG DOCENTE EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA**2. RESPONSABLE** JULIO TORRES NUEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VILAR BONACASA EVA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
- MARTINEZ SANZ GLORIA. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
- JARA DIAZ ANA MARGOT. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO
- SANTA EULALIA MAINEGRA ERICK. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las sesiones del servicio de Radiología, indispensables en un servicio con docencia de residentes, se vienen desarrollando regularmente con asistencia de todos adjuntos y residentes del servicio, así como residentes de otras especialidades. Hay sesiones de diferentes tipos, que incluyen una de lectura de un caso ya resuelto, que propone y modera un radiólogo, y analiza un residente. La implantación en el servicio a partir de 2.010 de un nuevo sistema de información radiológico y archivo digital de imágenes mejoró mucho el manejo y aprovechamiento docente de las imágenes.

Hasta el momento el planteamiento e imágenes de la sesión se enviaban previamente por correo electrónico del moderador al lector, por lo que se pensó crear un sitio en Internet donde colocarlos unos días antes de la sesión, añadiendo también su solución y comentario una vez realizada la lectura, con el fin de posibilitar una mayor participación y difusión.

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

Aunque el punto de partida sea el de servir de soporte de las sesiones de lectura de casos, se podrían ir incorporando otros contenidos, tales como sesiones de otros tipos y documentos relacionados con la docencia y formación continuada en Radiología.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Presentación de casos clínicos en la red de manera abierta, previa a su lectura y discusión en la sesión del servicio de los viernes. Cualquier lector del blog, miembro o no del servicio, puede conocer el caso y dejar sus comentarios, y posteriormente acceder a su resolución a través de un enlace a las presentaciones de diapositivas utilizadas en la sesión.

Difusión de diversas imágenes y documentos con información sobre la historia y funcionamiento del servicio y sus características como unidad asistencial y docente, así como sobre la práctica del radiodiagnóstico, que pueden resultar de utilidad no sólo para futuros médicos residentes que opten por cursar la especialidad en él, sino también para otros médicos y para el público en general.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Ampliación de secciones del blog con páginas dedicadas a:

- Mejora en la presentación de casos clínicos y su resolución.
- Recopilación de sitios destacados en la red para el aprendizaje de la radiología.
- Recursos o herramientas de interés para el trabajo asistencial, docente y de investigación en radiología, ya sean de producción propia o disponibles a partir de otras fuentes (webs, reuniones y congresos, etc).
- Bibliografía imprescindible en radiodiagnóstico, con artículos y catálogos seleccionados y clasificados por áreas.
- Calendario de sesiones del servicio para su consulta directa en el blog.
- Colaboraciones sobre temas de tipo histórico o cultural afines a la radiología.
- Aumento en la difusión del blog entre la comunidad médica y radiológica
- Fomentar la creación de blogs radiológicos entre los médicos residentes u otros médicos, como apoyo al proceso formativo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Presentación de casos con antelación suficiente para su inclusión en el blog y elaboración de un comentario destacando los puntos de mayor interés docente tras su lectura en sesión del servicio.

- Mantenimiento continuo del blog, con incorporación de nuevos contenidos y reestructuración de contenidos para mejorar su clasificación y accesibilidad.
- Solicitud de colaboraciones diversas para el blog a todos los miembros del servicio.
- Difusión del blog entre otros servicios y centros.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Seguimiento periódico y al final del proyecto de:

- Número de entradas del blog (artículos en la página principal).
- Número de páginas del blog y número y tipo de recursos recopilados en ellas.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

165

DESARROLLO DE UN BLOG DOCENTE EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA

- Número y tipo de documentos de propios publicados.
- Número y procedencia de visitantes del blog.
- Citación del blog en otros sitios sobre Radiología en la red.
- Número de nuevos blogs radiológicos creados a partir de ahora.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Curso de formación de residentes 2013-2014 (finalización en junio de 2014).

11. OBSERVACIONES. El proyecto no requiere otro recurso que el tiempo de dedicación de los participantes fuera de la jornada habitual, ya que los principales proveedores del servicios para la creación, alojamiento y mantenimiento de blogs (como Blogger de Google o WordPress) son gratuitos.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

029

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE OPTIMIZACION DE MONITORIZACION HEMODINAMICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION VALDOVINOS MAHAVE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

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

-La inestabilidad hemodinámica es frecuente en los pacientes de UCI y la utilidad de los sistemas de monitorización se basa en la capacidad de obtener variables hemodinámicas cuantificables, fiables y capaces de valorar precarga (presión venosa central o presión capilar pulmonar), poscarga (resistencias vasculares) y contractilidad (función ventricular y gasto cardíaco). Una vez obtenidos se pueden agrupar para obtener perfiles hemodinámicos en situaciones clínicas específicas causantes de hipoperfusión como: hipovolemia, disfunción ventricular izquierda o derecha, disminución de las resistencias periféricas así como la posibilidad de valorar estructuras anatómicas (pericardio, grandes vasos y válvulas cardíacas).

-Las principales razones que argumentan la monitorización hemodinámica son detectar el fallo cardiovascular antes de que se presente fracaso multiorgánico y ayudar al clínico a monitorizar la respuesta a la terapia. La pronta y correcta identificación de los diferentes perfiles hemodinámicos y el tratamiento precoz adecuado son básicos a la hora de mejorar el pronóstico de estos enfermos.

-La evaluación y la monitorización de la función cardiovascular y resucitación hemodinámica guiada con parámetros dinámicos mediante Ecocardiografía y un Sistema de monitorización mínimamente invasiva (PICCO®) sirve para identificar y tratar precozmente a los pacientes que presentan hipoperfusión, por lo que mejora el pronóstico de este tipo de pacientes y se considera actualmente una indicación clase A. El efecto terapéutico de este tipo de monitorización reduce la morbimortalidad un 10%.

-La implantación de un Protocolo de optimización de Monitorización hemodinámica tiene como objetivos: establecer unos criterios de selección de los pacientes potencialmente beneficiarios de este tipo de monitorización, estandarizar el manejo de los pacientes con signos clínicos de hipoperfusión siguiendo protocolos basados en la evidencia de reanimación hemodinámica. Todo ello encaminado a obtener una mejora en los resultados clínicos mediante una disminución en: el tiempo de resucitación, la tasa de fallos orgánicos, los días de ventilación mecánica y los días de estancia en UCI. Y por consiguiente, una disminución en el consumo de recursos sanitarios y un incremento de la calidad asistencial.

Métodos de detección y priorización empleados:

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

- ?Implantación de un Protocolo de Optimización de Monitorización hemodinámica
- ?Protocolo de limitación del esfuerzo terapéutico
- ?Plan de detección de altas de UCI precoces o inadecuadas
- ?Estudio de mortalidad en UCI

-Método de priorización empleado: Parrilla de análisis

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

	(A)	(B)	(C)	(D)	
-Fácil medición	2	1	2	3	
-Usuarios afectados	2	1	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 hemodinámico.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

029

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE OPTIMIZACION DE MONITORIZACION HEMODINAMICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

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 monitorización hemodinámica.
- Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos Guías de práctica clínica de monitorización hemodinámica siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Española y Europea de Medicina Intensiva.
- Sistematizar la información y facilitar los registros de las actividades encaminadas a la optimización del control hemodinámico (Criterios de identificación clínica, Recogida de datos hemodinámicos y medidas terapéuticas aplicadas siguiendo Guías clínicas, cambios en la puntuación de la escala SOFA (fallos orgánicos) en las primeras 72 horas, días de estancia en UCI y hospitalaria, mortalidad en UCI y hospitalaria).
- Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación.
- Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas adoptadas para optimizar el manejo hemodinámico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas:

- Estandarizar los criterios diagnósticos clínicos de hipoperfusión.
- Unificar los criterios de indicación de manejo hemodinámico mediante Ecocardiografía y Sistema PICCO®.
- Elaborar un protocolo de estrategias terapéuticas en nuestra UCI según los criterios de las Guías Clínicas de optimización hemodinámica.
- Sistematizar y registrar los valores obtenidos y las medidas terapéuticas tomadas mediante la elaboración de una Hoja de registro.
- Monitorizar la evolución de los pacientes.
- 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 (standares calidad):

-Nº pacientes a los que se les incluye en protocolo de monitorización DIVIDIDO POR

Nº total de pacientes que ingresan con criterios de monitorización

x100

Resultado que se pretende 100%

-Nº pacientes que tienen cumplimentada Hoja de registro de monitorización

DIVIDIDO POR

Nº total de pacientes incluidos en Protocolo de monitorización

x100

Resultado que se pretende 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Fecha de inicio: Abril 2013

-Fecha de finalización: Abril 2014

-Elaboración y difusión del proyecto: Abril 2013

-Puesta en marcha del proyecto: Mayo- Junio 2013

-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 2014

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

029

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE OPTIMIZACION DE MONITORIZACION HEMODINAMICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

080

1. TÍTULO

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE EDUCACION SANITARIA PARA EL PACIENTE HOSPITALIZADO CON EPOC EXACERBADO

2. RESPONSABLE MARIA JOSE VILLAMON NEVOT

- Profesión ENFERMERIA
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BARRERA MUÑOZ MARIA BELEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
- CARRASCO BONILLA SILVIA. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
- NAVARRO BURRIEL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
- JIMENEZ NOGUES BEATRIZ. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
- PULIDO SANCHEZ RAFAEL ELOY. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA
- NAVARRO JARQUE MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La EPOC es una patología frecuente que se caracteriza por limitación del flujo aéreo y retardo de la espiración forzada como consecuencia de la obstrucción crónica difusa de las vías aéreas.

La prevalencia de la EPOC en España es de 10,2% y representa la cuarta causa de muerte en España y en el mundo. En la actualidad la sufren 2 millones de personas, pero se prevé un aumento de esta cifra, ya que esta enfermedad está estrechamente relacionada con el hábito de fumar.

Un aspecto importante en la historia natural del EPOC son las reagudizaciones. Diversos estudios han demostrado que los pacientes con EPOC sufren un promedio aproximado de 2 agudizaciones anuales, y que 1 de cada 6 requiere ingreso hospitalario lo que supone un coste elevado.

Por regla general, estas agudizaciones se van a manifestar en los pacientes cuando la adherencia o habilidades respecto a su tratamiento han sido deficientes, bien por desconocimiento de evitación de desencadenantes o porque sus niveles de cuidado personal son persistentemente bajos. Ante esto queda sobradamente demostrada la importancia de que estos pacientes tengan conocimiento de su enfermedad y para ello, la medida más eficaz es la "educación al paciente respiratorio" recomendada tanto a nivel nacional como internacional. Esta educación tiene como objetivo aportar información y habilidades necesarias para el autocuidado, mejorar la adherencia al tratamiento para conseguir el autocontrol de la enfermedad, disminuir la morbilidad y mortalidad, mejorar la calidad de vida y, por tanto, reducir los costes sanitarios.

Los aspectos a mejorar para aumentar la calidad de vida de los pacientes con EPOC se deben centrar en 4 pilares:

- Conocimiento de la enfermedad: reconocimiento de los síntomas, pautas a seguir ante un proceso agudo y cuándo acudir al médico.
- Conocimiento del tratamiento: qué fármacos son los que tienen una acción rápida y le pueden aliviar los síntomas, y cuáles son los que debe tomar de manera pautada para controlar la enfermedad. Es fundamental que la técnica de inhalación sea correcta y que el paciente conozca los pasos a seguir para la toma de inhaladores, ya que si la técnica no es correcta el efecto conseguido será mucho menor.
- Actividades de la vida diaria: conocer técnicas que favorezcan el ahorro de energía en actividades como vestirse, aseo personal, limpieza de la casa, etc.
- Medidas higiénicas: cese del hábito tabáquico y realización del ejercicio.

Estudios sobre educación al paciente en la técnica de utilización de la vía inhalatoria para la administración directa de la medicación (terapia inhalatoria) demuestran mejoras con programas adecuados de educación y enseñanza (estudio EDEM y CESEA). Existen evidencias de que a pesar de que las innovaciones terapéuticas han mejorado, no se están obteniendo los beneficios esperados en la práctica, hecho que la bibliografía apunta a una incorrecta utilización de los inhaladores.

El estudio multicéntrico CESEA realizado para comprobar el conocimiento, tanto de los pacientes como profesionales, sobre la correcta utilización de la terapia inhalatoria básica en el tratamiento de las enfermedades respiratorias, pone de manifiesto que en una población de 1640 voluntarios (pacientes, enfermeras y médicos) se observó que sólo el 9% de los pacientes, el 15% de las enfermeras y el 25% de los médicos sabían utilizar la vía inhalatoria correctamente.

El grupo de enfermeras de la SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) aplica un programa educacional basado en la normativa sobre la utilización de fármacos inhalados de la SEPAR. En los resultados del trabajo realizado se muestra una mejora significativa tras la intervención educativa en todos los sistemas de inhalación y de los conocimientos teóricos y prácticos en la realización de la técnica.

Con los resultados de estos estudios se pone de manifiesto la elevada proporción de pacientes que utilizan mal los sistemas de inhalación, y que los programas educacionales producen cambios positivos en la utilización de los fármacos inhalados. En consecuencia, se puede optimizar sus efectos terapéuticos después de un programa educacional, observando una reducción de las visitas a los servicios de urgencias, menor tasa de hospitalización y una mejora en la calidad de vida.

El número de ingresos con el diagnóstico principal de Exacerbación de EPOC en el año 2012, en el Hospital Obispo Polanco de Teruel, que es nuestro ámbito de estudio, fue de 112.

Como indica la bibliografía uno de los motivos de sufrir una exacerbación puede ser un mal control del tratamiento. Por ello, nos planteamos, si los pacientes disponen de los conocimientos necesarios sobre su enfermedad y tratamiento, y si no es así, proporcionarles la educación necesaria para mejorar su autocuidado, consiguiendo de esta manera, disminuir el número de ingresos por este motivo.

La población a estudio son los pacientes ingresados con el diagnóstico de EPOC exacerbado, quedando excluidos aquellos pacientes con deficiencias psíquicas/neurológicas, y que no dispongan de un familiar o cuidador que

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

080

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE EDUCACION SANITARIA PARA EL PACIENTE HOSPITALIZADO CON EPOC EXACERBADO

pueda responder a la encuesta.

Fuentes de información: los datos son recogidos del cuestionario de evaluación que se les realiza a los pacientes/familiares. Este cuestionario se pasó previamente a 5 pacientes para comprobar su calidad técnica y valorar la comprensión de las preguntas.

La información incluida en el folleto educativo se centró en la evidencia científica grado A de la Guía clínica SEPAR_ALAT(3) sobre las principales medidas terapéuticas como:

- La supresión del tabaco.
- El uso de broncodilatadores de acción prolongada en pacientes con síntomas prolongados, para mejorar el control de los síntomas y mejorar la calidad de vida y la función pulmonar y además, reducir el número de exacerbaciones.
- El uso de corticoides inhalados en pacientes con EPOC moderado-grave para reducir el número de exacerbaciones y mejorar la calidad de vida.

Los contenidos del folleto se basan en el documento publicado por el área de enfermería de fisioterapia y enfermería de la SEPAR llamado "Controlando la EPOC" (10) dirigido a pacientes con patología de EPOC.

Los datos fueron recogidos por los investigadores del estudio, procedentes del cuestionario realizado a los pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.Evaluar el conocimiento inicial y el grado de mejora en los pacientes/familiares sobre su enfermedad (exacerbación de la EPOC) antes y después de un intervención enfermera educacional

2.Elaborar un folleto educativo que proporcione a los pacientes la información necesaria para mejorar su autocuidado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El diseño del estudio es cuasi-experimental cualitativo antes-después.

En primer lugar el equipo elabora un cuestionario con una serie de preguntas que entregara la enfermera responsable del paciente a este o el familiar en las primeras 24 horas del ingreso para evaluar sus conocimientos.

Posteriormente se realiza una educación sanitaria escrita y oral mediante la entrega y correspondiente explicación, por parte de la enfermera, de un folleto informativo con una serie de aspectos importantes sobre su enfermedad.

Por último, el día del alta hospitalaria, se vuelve a realizar el cuestionario de evaluación, para poder analizar el grado de mejora en la adquisición de conocimientos.

Población y ámbito de estudio:

El ámbito de estudio es la unidad de Medicina Interna del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Es una unidad con 35 camas.

La población a estudio son los pacientes ingresados con el diagnóstico de EPOC exacerbado, quedando excluidos aquellos pacientes con deficiencias psíquicas/neurológicas, y que no dispongan de un familiar o cuidador que pueda responder a la encuesta.

Diseño muestral: el tipo de muestreo será no probabilístico consecutivo. La muestra estará compuesta por todos los pacientes que ingresen con diagnóstico de EPOC exacerbado y que manifiesten su consentimiento voluntario para participar en el estudio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Variables y métodos de medida:

a)Demográficas: sexo, edad, nivel de estudios, existencia de cuidador principal, ocupación, número de años con la enfermedad de EPOC, número de ingresos en el último año por este motivo.

b)Variables de intervención: Folleto informativo.

- ¿Qué es la exacerbación de EPOC?
- Factores que pueden influir en la exacerbación.
- Uso correcto de sprays.
- Signos de alarma.

c)Variables resultado: número de preguntas correctas contestadas del cuestionario de evaluación antes y después de realizar la educación sanitaria

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Revisión bibliográfica: enero-febrero 2013.

Elabor Follet y cuestionario:febreo- marzo 2013.

Recogida de datos: abril- septiembre 2013.

Análisis datos: octubre- noviembre 2013.

Conclusiones: noviembre- diciembre 2013.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

080

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE EDUCACION SANITARIA PARA EL PACIENTE HOSPITALIZADO CON EPOC EXACERBADO

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

203

ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL EN EL SECTOR TERUEL**2. RESPONSABLE** ALFONSO YUBERO ESTEBAN

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALEGRE MARTIN ROSA. ENFERMERO/A. ESAD TERUEL. ESAD
- AGUDO RODRIGO MARTA. MEDICO/A. ESAD TERUEL. ESAD
- MARCO CATALAN PILAR. MEDICO/A. CS ALFAMBRA. ATENCION PRIMARIA
- QUILEZ SALAS NURIA. GERIATRA. CSS SAN JOSE. GERIATRIA
- ESCARTIN MARTINEZ ROSARIO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. UNIDAD DEL DOLOR
- LARA LOPEZ DORIGA RICARDO. MEDICO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA MEDICA
- RILOVA FERNANDEZ ISABEL. ENFERMERO/A. H OBISPO POLANCO. ONCOLOGIA MEDICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. PROBLEMAS DETECTADOS:

- Ocupación de más del 10% de las camas hospitalarias de agudos por enfermos en fase terminal.
- Más del 90% de los exitus ocurren en medio hospitalario.
- Se somete a los enfermos terminales a ingresos, consultas, exploraciones y tratamientos innecesarios.
- Existe una ruptura de la continuidad de cuidados del enfermo terminal.
- No se considera a la familia/cuidador del enfermo terminal como un objetivo asistencial.
- Las necesidades de los enfermos terminales y sus familias pueden cubrirse de manera más eficiente en niveles asistenciales como Atención Primaria con ayuda del Equipo de Soporte y Ayuda a Domicilio (ESAD), o en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) del Hospital de Media Estancia.

IMPORTANCIA Y UTILIDAD:

Colaboración entre los profesionales sanitarios de diferentes servicios del Sector de Teruel con el objetivo de mejorar la asistencia del paciente terminal, optimizando la utilización de los recursos disponibles, y favoreciendo la continuidad de cuidados. Todos los miembros integrantes del proyecto tienen formación en Cuidados Paliativos. Incorporar a la familia en la filosofía de trabajo de los cuidados paliativos, estableciendo una relación de ayuda que permita a los familiares caminar por este proceso sintiéndose y estando acompañados.

POBLACIÓN DIANA:**1. Enfermos en situación terminal.**

- Pacientes oncológicos terminales (criterios de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos): Presencia de enfermedad oncológica documentada, progresiva y avanzada
- ? Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento específico
- ? Pronóstico de vida limitado.
- Pacientes con enfermedad crónica avanzada no oncológica, que cumplen criterios de terminalidad de órgano, nutricional y funcional (criterios de la National Hospice Organization).

2. Familiares/cuidadores de los enfermos en situación terminal.**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.****6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Facilitar la accesibilidad de los pacientes con necesidad de cuidados paliativos al circuito asistencial.**

- Aumentar el porcentaje de fallecimientos en domicilio, evitando asistencia sanitaria innecesaria.
- Posibilitar la colaboración y la comunicación entre los profesionales implicados, para mejorar la atención del paciente terminal.
- Divulgación entre los profesionales sanitarios del Sector de Teruel de los criterios de inclusión del enfermo en situación terminal en los diferentes dispositivos asistenciales.
- La continuidad de la atención de los procesos de Cuidados Paliativos obliga a estrechar las relaciones entre los recursos y los profesionales.
- Optimización de los recursos asistenciales y de los costes económicos y sociales.
- Aumentar el confort y la calidad de vida del enfermo en situación terminal mediante el control del dolor, otros síntomas prevalentes y alivio del sufrimiento.
- Implicar a la familia/cuidador principal en los cuidados haciéndoles partícipes de las necesidades del paciente.
- Prevenir la sobrecarga del cuidador. Para ello es básico respetar, cuidar y escuchar a la familia del paciente en situación terminal, debiendo ser una actividad central en la asistencia de los cuidados paliativos, con importancia semejante al control de síntomas.
- Devolver a la persona el control de su propia muerte, última experiencia de su vida.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. •Trabajo en equipo de las Unidades de Oncología, Geriátrica, Unidad del Dolor, Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) y Atención Primaria para el desarrollo del protocolo asistencial del paciente terminal en el Sector de Teruel (abril - mayo 2013).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

203

ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL EN EL SECTOR TERUEL

- Difusión de los criterios de ingreso en los diferentes dispositivos asistenciales entre los profesionales sanitarios del Sector (mayo - junio 2013).
- Reuniones interdisciplinarias semanales entre los miembros de los equipos implicados en el proyecto.
- Establecer acciones de mejora continua:
 - 1 El paciente y la familia deben disponer de un informe de asistencia completo que sirva de vehículo de comunicación para los diferentes niveles asistenciales.
 - 2 Registro de visitas a domicilio por los profesionales implicados en el proceso.
 - 3 Registro de contactos telefónicos realizados con paciente/familia/cuidador.
 - 4 El equipo debe disponer de un protocolo de coordinación de la atención domiciliaria con la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San José.
- Registro de las actividades realizadas.
- Análisis de los datos.
- Adaptación del protocolo según los resultados del análisis.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación por método EFQM anual.

Indicadores:

- Número de pacientes fallecidos en domicilio / nº total de pacientes fallecidos incluidos en programa.
- Número de pacientes fallecidos en UCP / Nº total de pacientes fallecidos incluidos en programa.
- % de pacientes incluidos en programa que acuden a Urgencias.
- % de pacientes incluidos en programa que ingresan en el Hospital de Agudos.
- % de pacientes ingresados en UCP que son dados de alta a domicilio.
- Número de visitas domiciliarias por paciente.
- Número de contactos telefónicos por paciente.
- Monitorización de tiempo de intervención desde la demanda.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: abril 2013

Fecha de finalización: marzo 2014

Calendario:

- Abril 2013: Desarrollo del protocolo asistencial.
- Mayo - Junio 2013: Difusión del protocolo entre los profesionales sanitarios del Sector.
- Semanalmente: reuniones interdisciplinarias.
- Trimestralmente: reunión entre los responsables de las Unidades para evaluación y revisión del protocolo.
- Marzo 2014: análisis de datos y posterior adaptación del protocolo.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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