

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.PRIMARIA	493	MONREAL ALIAGA, ISABEL	PROGRAMA DE MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA POR LOS MÉDICOS DE FAMILIA DEL CENTRO DE SALUD DE MONREAL	CS MONREAL DEL CAMPO	
AT.PRIMARIA	141	LATORRE MARIN, JOSE IGNACIO	MEJORA EN LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS SEXUALES	CS TERUEL ENSANCHE	
AT.PRIMARIA	3	GOMEZ NAVARRO, RAFAEL	MEJORA EN EL CÁLCULO DEL RIESGO DE FRACTURA. APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA FRAX	CS TERUEL RURAL	
AT.PRIMARIA	227	GARCIA GOMEZ, MIGUEL ANGEL	MEJORA DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE CON INSOMNIO NO ORGÁNICO	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	153	AGUIRRE ALONSO, BEGOÑA	CONTROL DE LA LIMPIEZA DEL INSTRUMENTAL QUE VA A SER ESTERILIZADO	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	64	ALONSO FORMENTO, JOSE ENRIQUE	MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS TRASLADOS URGENTES INTERHOSPITALARIOS	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	110	BAQUERO PULIDO, BERTHA	OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA A LAS MUJERES EMBARAZADAS, A LAS MADRES Y A LOS RECIÉN NACIDOS	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	410	BERISA LOSANTOS, FRANCISCA	ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN APLICABLE A LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	221	BOTELLA ESTEBAN, MARIA TERESA	GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: OPTIMIZACIÓN EN LAS INDICACIONES SEGUN CRITERIOS CLÍNICOS Y ÉTICOS, EN EL CONOCIMIENTO DE LA TÉCNICA DE COLOCACIÓN Y EN LOS CUIDADOS POSTERIORES DEL ESTÓMAGO	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	123	CAMACHO BALLANO, MARIA ANGELES	MEJORA DE LA INFORMACIÓN A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	222	COMIN NOVELLA, LAURA	PROTOCOLO EN LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	309	DE MIGUEL PARDO, CRISTINA	URGENCIAS HOSPITALARIAS DE PEDIATRÍA ¿COMO SER MAS EFICACES?	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	248	DOLZ ASPAS, RAQUEL	INICIATIVA DE MEJORA DE LA CALIDAD A LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON PLURIPATOLOGÍA Y ANEMIA DE TRASTORNO CRÓNICO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	353	ESTEBAN SILVESTRE, CONCEPCION	MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE INGRESADO EN TRAUMATOLOGÍA	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	460	FATAHI BANDPEY, LUIZA	ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE FICHAS DE CALIDAD SOBRE PROYECCIONES RADIOGRÁFICAS	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	199	FERNANDEZ SANTOS, RAFAEL	MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA LA TRANSMISIÓN DE GERMENES EN EL HOSPITAL: SEÑALIZACIÓN E INFORMACIÓN	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	484	GARCIA GOMEZ, MIGUEL ANGEL	CONTINUIDAD Y ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON PRIMEROS BROTES MANIACOS Y PSICÓTICOS	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	183	MARTIN-CALAMA VALERO, JESUS	SESIONES CLÍNICAS COMPARTIDAS POR VIDEOCONFERENCIA	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	234	MARTINEZ OVIEDO, ANTONIO	MEJORA DE LA COMUNICACIÓN Y DE LA CONFIDENCIALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	122	MONTON DITO, JOSE MARIA	IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD DE LAS PERFUSIONES INTRAVENOSAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	109	OREA CASTELLANO, ENRIQUE	IMPLANTACIÓN DE CONTROL TELEMÁTICO DE MARCAPASOS DEFINITIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	378	PEREZ SORIANO, PURIFICACION	ELABORACIÓN DEL MANUAL DE ACOGIDA, GUÍA DE PROCEDIMIENTOS Y SISTEMÁTICA DE ACTIVIDAD DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE DIALISIS	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	33	PLAZA BAQUEDANO, BELEN	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE TUTELADO POR LA COMISIÓN DE TUTELA Y DEFENSA JUDICIAL DE ADULTOS (CTDJA) DEL GOBIERNO DE ARAGÓN EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	137	TOLOS MARIN, MARIA TERESA	EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE LA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA	HOSPITAL OBISPO POLANCO	

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
			CIRUGIA DE LA UNIDAD DE RODILLA EN EL BLOQUE QUIRURGICO		
AT.ESPECIALIZ.	134	VALDOVINOS MAHAVE, MARIA CONCEPCION	IMPLANTACION DE UN PLAN DE MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	126	VALERO ADAN, MARIA TERESA	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE REGISTRO DE DATOS CLINICOS DE LOS RECIEN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL O POLANCO	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
AT.ESPECIALIZ.	458	VILAR BONACASA, EVA	IMPLEMENTACION DEL MANUAL DE FUNCIONES Y PROCEDIMIENTOS DE LA COMISION DE DOCENCIA	HOSPITAL OBISPO POLANCO	
SALUD MENTAL	391	ENGUITA FLOREZ, MARIA PILAR	MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SERVICIO ARAGONES DE LA SALUD	CRP SAN JUAN DE DIOS	
SALUD MENTAL	121	RUEDA GARFELLA, MARIA CARMEN	PROYECTO PARA LA MEJORA DEL NIVEL DE ORIENTACION A LA REALIDAD DEL PACIENTE CON T.MARIAG. EN EL HOSPITAL DE SALUD MENTAL DE TERUEL	CRP SAN JUAN DE DIOS	
SOCIOSANITARIO	373	ABAD FERRANDEZ, MARIA SOLEDAD	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION QUE SE PRESTA EN LA UNIDAD MOVIL DE MAMOGRAFIA A LA MUJER QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA. GARANTIZAR LA INTIMIDAD DE LA PARTICIPANTE	HOSPITAL SAN JOSE	
SOCIOSANITARIO	154	DIAZ GARCIA, MILAGROS	CUIDARSE PARA PODER CUIDAR MEJOR	HOSPITAL SAN JOSE	
SOCIOSANITARIO	345	FORCANO GARCIA, MERCEDES	APLICACION DE UN PROGRAMA DE PREVENCION DE CAIDAS EN EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DE TERUEL	HOSPITAL SAN JOSE	
SOCIOSANITARIO	348	GONZALEZ GARCIA, PALOMA	PREVENCION DE RIESGOS PARA EL PACIENTE. DISMINUCION DE LA PRESCRIPCION INAPROPIADA DE MEDICAMENTOS EN EL ANCIANO	HOSPITAL SAN JOSE	
SOCIOSANITARIO	526	MANZANO HERNANDEZ, PILAR	RELAJACION Y CONTROL CORPORAL PARA MEJORAR EL ESTADO FISICO Y PSICOLOGICO DEL PACIENTE	HOSPITAL SAN JOSE	
SOCIOSANITARIO	340	PEREZ COLON, MARIA EUGENIA	HACIA UN NUEVO ESTILO EN LA GESTION Y TRABAJO DEL EQUIPO	HOSPITAL SAN JOSE	
SOCIOSANITARIO	350	VICENTE ROMERO, MARIA JESUS	PROFILAXIS DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO INGRESADO EN TRAUMATOLOGIA	HOSPITAL SAN JOSE	

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

493

**PROGRAMA DE MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA POR LOS MÉDICOS DE FAMILIA DEL CENTRO DE SALUD DE MONREAL**

2. RESPONSABLE ..... ISABEL MONREAL ALIAGA
- Profesión ..... MEDICO
  - Centro ..... CS MONREAL DEL CAMPO
  - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
  - Sector ..... TERUEL

### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANA CLEMENTE - FARMACÉUTICA- GERENCIA DE SECTOR TERUEL- ATENCIÓN PRIMARIA TERUEL  
ISMÁEL SÁNCHEZ - MÉDICO - CENTRO DE SALUD MONREAL - ATENCIÓN PRIMARIA TERUEL  
FRANCISCA ZAFRA ANADÓN - MÉDICO - CENTRO DE SALUD MONREAL - ATENCIÓN PRIMARIA TERUEL  
ISABEL JULVE - MÉDICO - CENTRO DE SALUD MONREAL - MÉDICO DE REFUERZO DE ATENCIÓN PRIMARIA TERUEL  
CORINSA ESCUSA ANADÓN - ATS DUE - CENTRO DE SALUD MONREAL - ATENCIÓN PRIMARIA TERUEL  
CONCEPCIÓN - ATS DUE - CENTRO DE SALUD MONREAL - ATENCIÓN PRIMARIA TERUEL

### 4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. IMPORTANCIA

El motivo más importante del desarrollo de las resistencias bacterianas a los antibióticos es el uso excesivo e inapropiado de los mismos. Las infecciones causadas por bacterianas resistentes pueden dar lugar a un incremento en la mortalidad, aumento en la estancia hospitalaria y con ello, aumento de los costes. Las tasas de resistencias antibióticas en los países del Sur de Europa, entre los que se encuentra España, están alcanzando niveles alarmantes. España, de manera similar a Aragón, el uso de antibióticos es mucho mayor que en países del Norte de Europa. La OMS lanzó en 2001 una estrategia global para contener la aparición de resistencias bacterianas en distintos ámbitos (políticos, gerentes, etc.), sin embargo, sólo se han llevado a cabo actividades limitadas involucrando a médicos de familia. El control de la resistencia antibiótica pasa por la mejora de la prescripción antibiótica en atención primaria, ya que, más del 90% de los antibióticos se prescriben por médicos de familia, fundamentalmente en infecciones del tracto respiratorio. Recientemente se ha llevado a cabo un estudio de investigación financiado por la Unión Europea, el Health Alliance for Prudent Prescribing, Yield And Use of Antimicrobial Drugs in the Treatment of Respiratory Tract Infections (HAPPY AUDIT), durante los años 2008 y 2009, en el que han participado más de 600 médicos de atención primaria, de los que la mitad eran españoles, y en el que se han registrado casi 60.000 pacientes con infección respiratoria: Se realizó un registro audit inicial, una intervención basada en formación, campañas mediáticas para los pacientes y la incorporación en la consulta de 2 sistemas de diagnóstico rápido, el StrepA y la Proteína C Reactiva capilar, y un registro audit final. Los resultados obtenidos, pendientes de su publicación, han sido una reducción en la prescripción antibiótica por parte de los médicos españoles del 33% tras la aplicación de la intervención descrita.

#### DETECCIÓN DEL PROBLEMA:

En Atención primaria de Teruel se utilizan 2 indicadores de la calidad de prescripción de antibióticos:

1. DHD ajustado de antibióticos sistémicos: en el EAP de Monreal es de 24,3 en diciembre de 2009, muy distante del 11,7 que se considera el valor objetivo.
2. Porcentaje de penicilinas + cefalosporinas de 1ª y 2ª generación respecto al total de antibióticos sistémicos: en el EAP de Monreal en diciembre de 2009 fue del 70%, con un valor objetivo del 75%.

#### PRIORIZACIÓN:

El indicador DHD ajustado de antibióticos sistémicos tiene un fuerte impacto en el Índice Sintético de calidad de prescripción (ISCP): 19% del mismo.

En diciembre de 2009 el EAP obtuvo un ISCP de 56,2%, un valor en el indicador DHD ajustado de antibióticos sistémicos de 24,3, que se corresponde con un 5,6% del ISCP, siendo precisamente este indicador el que presenta la mayor oportunidad de mejora y en el que menor valor relativo obtenemos: Mejorando este indicador se puede aumentar el ISCP en un 13,4%.

Mejorando el indicador de Porcentaje de penicilinas + cefas de 1ª y 2ª se podría aumentar el índice sintético del EAP en 2%.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

493

**PROGRAMA DE MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA POR LOS MÉDICOS DE FAMILIA DEL CENTRO DE SALUD DE MONREAL**

### FUENTES DE INFORMACIÓN

Sistema de información de consumo farmacéutico en Atención Primaria del Sector Teruel para el EAP de Monreal: informe mensual acumulado a lo largo de todo el año. En estos momentos se están reevaluando los indicadores de calidad de prescripción a monitorizar mensualmente por el Sistema de información de consumo farmacéutico para el 2010 y desconocemos los que finalmente quedarán para el cálculo del índice sintético

### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aumento de la calidad de prescripción de antibióticos de los médicos de familia del EAP de Monreal
- Mejora de los indicadores de calidad de prescripción antibiótica contenidos en el ISCP del EAP de Monreal; los incluidos hasta febrero de 2010 son:
    - DHD ajustado de antibióticos sistémicos
    - Porcentaje de penicilinas + cefas 1ª y 2ª respecto al total de antibióticos
  - Mejora del índice sintético de calidad de prescripción (ISCP) del EAP
  - Sensibilización del personal sanitario acerca del uso adecuado de los antibióticos
  - Sensibilización de la población acerca del uso adecuado de los antibióticos
  - Disminución de las resistencias a antibióticos de la zona de salud

### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. PARTICIPANTES:

- Todos los médicos de familia del EAP de Monreal (8 titulares y 3 Refuerzos)
- Pediatra del EAP de Monreal
- Todos los diplomados en enfermería (6 titulares y 2 Refuerzos)
- Farmacéutica de Sector Teruel

Se precisa la implicación de los profesionales médicos como profesionales prescriptores, pero también la del personal de enfermería, como profesionales que coparticipan en las actividades de educación sanitaria y refuerzo de los mensajes que queremos transmitir a la población, y como técnicos a realizar los métodos de diagnóstico rápido.

### MONITORIZACIÓN:

Se controlará mensualmente durante el periodo de monitorización la evolución de los indicadores de calidad de prescripción antibiótica contenidos en el ISCP (en febrero de 2010 son: DHD ajustado de antibióticos sistémicos y Porcentaje de penicilinas + cefas de 1ª y 2ª) tanto de forma individual como global. En caso de cambiar los indicadores de calidad de prescripción antibiótica para el año 2010 se monitorizarán los que permanezcan para el cálculo del ISCP del Sector. Responsable: Farmacéutica de Sector.

### ACTIVIDADES:

- Actividades docentes para los miembros del EAP: Recomendaciones nacionales sobre el uso de antibióticos en las infecciones respiratorias. Habilidades de manejo de métodos de diagnóstico rápido.
- Actividades mediáticas dirigidas a la población, de educación sanitaria sobre el uso de antibióticos (uso de carteles y folletos)
- Cada médico titular del EAP contará con un kit diagnóstico de StrepA a utilizar en los distintos consultorios donde pasa consulta y habrá otro kit en el centro de salud para su utilización en horario de atención continuada
- En el Centro de Salud de Monreal se dispondrá de aparato para la determinación rápida de proteína C reactiva en sangre capilar para su utilización fundamentalmente en horario de Atención continuada

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 493

**PROGRAMA DE MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA POR LOS MÉDICOS DE FAMILIA DEL CENTRO DE SALUD DE MONREAL**

MATERIAL NECESARIO: Pruebas de diagnóstico rápido:

- Para determinación rápida de estreptococo beta hemolítico: 12 Genzyme Osom Strep A 50 test/kit
- Para determinación rápida en sangre capilar de Proteína C Reactiva: 1 aparato NycoCard Reader II y 10 kits NycoCard CRP single test (24 test)
- Carteles y folletos para la población

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de calidad de prescripción antibiótica incluidos en el cálculo del Índice Sintético de Calidad de Prescripción del Sistema de información de consumo farmacéutico de Atención Primaria del Sector

Ambos son aportados por la farmacéutica del Sector mensualmente como parte de la información reflejada en el informe del Sistema de información de consumo farmacéutico para el 2010

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Periodo de monitorización: De 1 de Junio de 2010 a 30 de Mayo de 2011.

1. Abril de 2010: Actividad docente en el EAP con 2 partes diferenciadas:

- Situación actual en Europa /España / EAP de Monreal en el uso de antibióticos y las resistencias antibióticas conocidas
- Se indicarán las recomendaciones de mejora de prescripción con la exposición de las guías de práctica clínica recomendadas a nivel nacional.

2. Mayo de 2010: Recepción del material para diagnóstico rápido en la consulta: StrepA y Proteína C Reactiva

3. Mayo de 2010: Actividad docente en el EAP de Monreal con 2 partes:

- Repaso de las recomendaciones nacionales sobre el manejo diagnóstico y terapéutico de las infecciones del tracto respiratorio
- Curso - taller sobre el manejo de los métodos diagnósticos rápidos en la consulta del médico de atención primaria

4. Mayo - Junio de 2010: Actividad mediática intensa dirigida a la población mediante cartelería (carteles y folletos) y refuerzo verbal de los profesionales sanitarios del EAP de Monreal acerca del uso de antibióticos en las infecciones respiratorias. Esta actividad se seguirá implementando a lo largo de todo el periodo de monitorización.

5. Octubre 2010: Actividad docente en el EAP de Monreal:

- Repaso de las recomendaciones nacionales sobre el manejo diagnóstico y terapéutico de las infecciones del tracto respiratorio.
- Análisis de dificultades y problemas detectados

6. Diciembre 2010: Evaluación de resultados intermedios

7. Junio de 2011: Evaluación de resultados globales

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 12 unidades de Genzyme Osom Strep A 50 test/kit .....	1.320 €
· 10 Kit reactivos NycoCard CRP single test (24 test) .....	800 €
· Curso-taller sobre el manejo de los métodos ... (*) .....	200 €
· Cartelería .....	50 €
Total .....	2.370 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

493

PROGRAMA DE MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA POR LOS MÉDICOS DE FAMILIA DEL CENTRO DE SALUD DE MONREAL

11. OBSERVACIONES. El aparato NycoCard Reader II necesario para la lectura de la CRP con los kits diagnósticos NycoCard CRP single test, está disponible en el Centro de salud tras la participación en el estudio HAPPY-AUDIT de la Dra. Monreal durante el año 2009.

(\*) Curso - taller sobre el manejo de los métodos diagnósticos rápidos en la consulta del médico de atención primaria

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 141

**MEJORA EN LA ATENCION PSICOLOGICA DE LOS TRASTORNOS SEXUALES**

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CARLOS IGLESIAS ECHEGOYEN - MÉDICO PSIQUIATRA - CENTRO DE SALUD TERUEL "ENSANCHE" - UNIDAD DE SALUD MENTAL  
MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GÓMEZ - PSICÓLOGO CLÍNICO - HOSPITAL OBISPO POLANCO - UNIDAD DE CORTA ESTANCIA  
M<sup>a</sup> YOLANDA VELLISCA GONZÁLEZ - NEUROPSICÓLOGA - RESIDENCIA GERIÁTRICA SAN PABLO - PSICOLOGÍA  
RAFAEL OLMEDILLAS ÁLVARO - MÉDICO PSIQUIATRA - CENTRO DE SALUD TERUEL "ENSANCHE" - UNIDAD DE SALUD MENTAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos tres años, tan sólo se ha atendido en nuestro servicio a un caso de vaginismo, otro de eyaculación precoz y dos de disfunción eréctil. Teniendo en cuenta que se atiende a toda la población de Teruel y dada la alta prevalencia de estos trastornos (que puede llegar al 30% en el caso de la eyaculación precoz), consideramos que no debe de existir información suficiente sobre la disponibilidad de los tratamientos psicológicos eficaces que ofrecemos para este tipo de trastornos. Una de las causas posibles sería el desconocimiento por parte de urólogos, ginecólogos y médicos de atención primaria de la disponibilidad de este servicio

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos aumentar el número de pacientes con trastornos sexuales que son atendidos por el servicio de Psicología Clínica del Centro de Salud Mental "Teruel Ensanche"

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Mediante la publicación de una breve guía sobre los servicios que puede ofrecer un psicólogo clínico y su distribución entre urólogos, ginecólogos y médicos de atención primaria de nuestro sector, se espera dar a conocer la disponibilidad de tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos sexuales y aumentar con ello el número de pacientes que son derivados para su tratamiento psicológico

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de pacientes derivados por atención primaria por un trastorno sexual  
- N° de pacientes derivados por urología por un trastorno sexual  
- N° de pacientes derivados por ginecología por un trastorno sexual  
- N° de pacientes que finalmente acuden a la consulta del total de pacientes derivados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Redacción de la guía (3 de mayo)  
- Publicación de la guía (1 de junio)  
- Reparto de la guía entre los facultativos de los servicios de atención primaria, urología y ginecología (10 de junio)  
- Valoración de resultados (15 de diciembre)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· Publicación de la guía ..... 500 €  
Total ..... 500 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

003

### MEJORA EN EL CALCULO DEL RIESGO DE FRACTURA. APLICACION DE LA HERRAMIENTA FRAX

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL GOMEZ NAVARRO  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... CS TERUEL RURAL  
· Servicio/Unidad .. EAP TERUEL RURAL  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En España se estima que la OP afecta actualmente a 3,5 millones de personas y cada año se producen más de 100.000 fracturas osteoporóticas. Constituye pues un problema de salud pública de primera índole por su prevalencia, por la morbimortalidad que ocasiona y por el consumo de recursos sanitarios que conlleva. Por este motivo, los médicos de Atención Primaria estamos especialmente sensibilizados ante la importancia que tiene cualquier iniciativa que nos permita desarrollar intervenciones efectivas para su prevención.

Son diversos los factores de riesgo que se han implicado con la fractura osteoporótica. Para el correcto abordaje del riesgo de fractura que pueda presentar un determinado paciente habrá que hacerlo considerando y ponderando todos o al menos los más importantes factores de riesgo que en el concluyen. Es pues el momento de abandonar el abordaje unifactorial del riesgo de fractura considerando solamente -como se hace con demasiada frecuencia- la DMO lo que nos puede llevar a pautar tratamientos farmacológicos improcedentes o poco eficientes y olvidar otras posibles medidas preventivas. Este hecho llevó a la a O.M.S. a encargar al grupo de trabajo liderado por el Dr. Jhon Kanis -Profesor Emérito de la Universidad de Sheffield- la elaboración de la herramienta FRAX® (<http://www.shef.ac.uk/FRAX>)(Fracture Risk Assessment Tool). Se trata de un modelo que permite predecir el riesgo absoluto de fractura osteoporótica en individuos de ambos sexos, (tanto de cadera como vertebral, antebrazo y hombro) a 10 años combinando e integrando factores clínicos de riesgo fáciles de obtener en la consulta diaria, con la DMO del cuello femoral si está disponible. Su objetivo fundamental es pues servir de ayuda para la toma de decisiones con respecto al tratamiento farmacológico de nuestros pacientes. De esta manera podríamos evitar costes y riesgos de tratamientos que van a influir mínimamente en la calidad de vida de los pacientes. Además de esto, la última edición de la Guía Europea de Osteoporosis propone unos umbrales de decisión diagnóstica (a partir del riesgo en el que hay que solicitar una DEXA) y de decisión terapéutica (a partir de que riesgo hay que tratar).

Considerando todos estos hechos, nos proponemos mejorar la evaluación del riesgo de fractura en nuestras mujeres comprendidas entre los 40 y 90 años utilizando la herramienta FRAX® y adecuar la solicitud de densitometría y la indicación de tratamiento antiresortivo a las recomendaciones de la Guía Europea de Osteoporosis.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Este Proyecto no es continuación de ningún otro actualmente en marcha.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos mejorar en la valoración el riesgo de fractura a todas nuestras mujeres entre 40 y 90 años y con esto tomar mas adecuadas decisiones en cuanto a la necesidad de solicitar DEXA o de iniciar tratamiento antiresortivo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Elaborar censo de todas las mujeres de Caudé entre 40 y 90 años de edad.

2.- Determinar cuantas de ellas ya están en tratamiento antiresortivo, ya que en ellas no está indicado la utilización de la herramienta FRAX®.

3.- Calcular en las restantes el riesgo de fractura mediante la herramienta FRAX® . <http://www.shef.ac.uk/FRAX>

4.- Aplicar las recomendaciones de la Guía Europea de Osteoporosis en cuanto a recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en función del riesgo de fractura obtenido.



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 003

**MEJORA EN EL CALCULO DEL RIESGO DE FRACTURA. APLICACION DE LA HERRAMIENTA FRAX**

Umbrales diagnósticos		Umbrales terapéuticos	
Edad	Límite de evaluación	Edad	Límite de intervención
50-54	5-10	50-54	7,5
55-59	7,5-12,5	55-59	10
60-64	7,5-15	60-64	12,5
65-69	10-20	65-69	15
70-74	10-25	70-74	20
75-79	15-30	75-79	25
80-84	20-35	80-84	30

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

Indicador 1= N° de mujeres entre 40-90años en las que se ha calculado el riesgo de fractura / N° total de mujeres entre 40-90 años x 100

Indicador 2 = N° de mujeres entre 40-90 años en las que se han considerado las recomendaciones de la Guía Europea de Osteoporosis / N° de mujeres en las que se ha calculado el riesgo de fractura x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las fases preliminares del trabajo se iniciaron en Junio de 2009 y esta previsto la presentación de los resultados para Junio de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Dietas Jornadas Calidad en Salud 2010 .....	250 €
· Impresora EPSON ACULASER M2000D .....	152 €
Total .....	402 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 227

**MEJORA DE LA ATENCION PSICOLOGICA AL PACIENTE CON INSOMNIO NO ORGANICO**

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL GARCIA GOMEZ  
· Profesión ..... PSICOLOGO/A  
· Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO  
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CORTA ESTANCIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CARLOS IGLESIAS ECHEGOYEN- MÉDICO PSIQUIATRA - CS TERUEL ENSANCHE- SALUD MENTAL  
M<sup>a</sup> YOLANDA VELLISCA GONZÁLEZ - NEUROPSICÓLOGA - RESIDENCIA GERIÁTRICA "SAN PABLO" - PSICOLOGÍA  
RAFAEL OLMEDILLAS ÁLVARO - MÉDICO PSIQUIATRA - CS TERUEL ENSANCHE- SALUD MENTAL  
JOSE IGNACIO LATORRE MARIN-PSICÓLOGO CLÍNICO-CS TERUEL ENSANCHE-SALUD MENTAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Uno de los síntomas más comúnmente observados en los pacientes que acuden a la Unidad de Salud Mental es el insomnio, bien como un problema aislado o como parte de otro síndrome. Si pasamos cerca de un tercio de nuestras vidas durmiendo es fácil comprender la importancia que tiene la calidad del sueño para una adecuada calidad de vida, especialmente entre los pacientes que ya padecen algún tipo de alteración en su esfera emocional. Detectar la presencia de estos problemas y ayudar a mejorar la cantidad y calidad del sueño puede reflejarse en una mejoría general del estado emocional de nuestros pacientes, especialmente en los que presentan síntomas ansioso-depresivos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la cantidad y calidad del sueño en pacientes con insomnio no orgánico, así como reducir la cantidad de medicación suministrada para que el paciente duerma.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El equipo elaborará una guía con medidas de higiene del sueño y pautas para el tratamiento no farmacológico del insomnio no orgánico. Los facultativos de la Unidad de Salud Mental del Centro de Salud "Teruel Ensanche" dispondrán de dicha guía para entregársela a los enfermos afectados por las distintas formas de insomnio no orgánico (de conciliación, de mantenimiento, terminal y global).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de horas de sueño  
- Calidad subjetiva del sueño medida con una escala de 10 puntos (reparador vs. no reparador)  
- Cantidad de medicación suministrada  
Todo ello recogido mediante un registro "ad hoc".

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Redacción de la guía (3 de mayo)  
- Publicación de la misma (1 de junio)  
- Distribución entre los facultativos (7 de junio)  
- Valoración de los datos obtenidos (15 de diciembre)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· Impresión de la guía ..... 500 €  
Total ..... 500 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

153

### CONTROL DE LA LIMPIEZA DEL INSTRUMENTAL QUE VA A SER ESTERILIZADO

2. RESPONSABLE ..... BEGOÑA AGUIRRE ALONSO
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO
  - Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA/ESTERILIZACION
  - Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- RAFAEL FERNÁNDEZ SANTOS-MÉDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO-MEDICINA PREVENTIVA  
MARÍA TERESA TOLÓS MARÍN-ENFERMERA-HOSPITAL OBISPO POLANCO-SUPERVISORA DE ENFERMERÍA DE QUIRÓFANOS  
BEGOÑA MOYA VICENTE- ENFERMERA-HOSPITAL OBISPO POLANCO-SUPERVISORA DE ENFERMERÍA DE ESTERILIZACIÓN  
AURORA ANDRÉS SALIENTE-ENFERMERA-HOSPITAL OBISPO POLANCO-DIRECTORA DE ENFERMERÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La limpieza del material que va a ser esterilizado es una premisa fundamental para garantizar que la esterilización sea efectiva, ya que la presencia de restos de materia orgánica puede interferir en el adecuado procesamiento del instrumental. Las Centrales de Esterilización de SALUD están certificadas según la Norma UNE-EN-ISO 9001:2000, uno de cuyos principales componentes es la monitorización de todos los procesos que se llevan a cabo. Aunque en el caso de que en el Hospital "Obispo Polanco" el lavado del material no se realiza en la Central, todo material que se recepciona para ser procesado debe haberse sometido a un proceso de limpieza adecuado, siendo responsabilidad de la Central la verificación de esa limpieza. En estos momentos la limpieza del material que llega a la Central se valora mediante inspección visual, con lo que no es posible constatar objetivamente que esté libre de restos orgánicos. Hoy en día existen en el mercado diferentes sistemas para comprobar la ausencia de restos de materia orgánica en el material que va a esterilizarse, y su utilización contribuiría a garantizar la efectividad del procesamiento del material sanitario, contribuyendo así a la seguridad del paciente

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Implementar un sistema de detección de presencia de materia orgánica en el instrumental que llega a la Central de Esterilización.  
- Realizar la monitorización de la efectividad del proceso de lavado del material sanitario que va a ser esterilizado.  
- Garantizar la seguridad de los pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Solicitud de la inclusión del sistema de detección de proteínas Pro-Tect M MPRO50 en el Catálogo Único. Responsable: Directora de Enfermería del Hospital.  
- Elaboración de un protocolo donde se establecerá el sistema de toma de muestras, la periodicidad, la monitorización y la responsabilidad de cada una de las actividades. Responsable: Responsable de este Proyecto de Mejora de la Calidad, en coordinación con la Supervisora de Quirófanos y la Directora de Enfermería del Hospital.  
- Adquisición del sistema de detección de proteínas. Responsable: Directora de Enfermería del Hospital.  
- Formación de las personas que llevarán a cabo el trabajo e implementación. Responsable: Responsable de este Proyecto de Mejora de la Calidad, en colaboración con la delegada de la casa comercial

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para valorar la consecución de los objetivos de este Proyecto, se utilizarán los siguientes indicadores:  
# Estructura:  
Disponibilidad en la Central de Esterilización de los controles y la incubadora.  
# Proceso:  
Porcentaje de días en que se ha llevado a cabo la valoración de la limpieza del material.

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

153

**CONTROL DE LA LIMPIEZA DEL INSTRUMENTAL QUE VA A SER ESTERILIZADO**

Numerador: número de días que se ha realizado la prueba.

Denominador: número de días que la Central ha recepcionado material.

# Resultado:

Porcentaje de test en los que se ha verificado una correcta limpieza del instrumental (en el caso de quirófanos se valorará el porcentaje de cada lavadora-termodesinfectadora por separado).

Numerador: número de test correctos.

Denominador: número de test realizados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. & Prueba para valoración del Sistema ... 28-29 de Enero 2010  
& Envío del Anexo I para solicitud de inclusión  
del Sistema en el Catálogo Único..... 4 de Febrero 2010  
& Elaboración del protocolo..... Marzo 2010  
& Formación e implementación del Sistema... Marzo 2010  
& 1ª evaluación de indicadores (Marzo-Junio) ... Julio 2010  
& 2ª evaluación de indicadores (Julio-Septiembre).. Octubre 2010  
& Resultados y memoria final de actividades . Noviembre 2010

## 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· (*)INCUBADORA .....	600 €
· IMPRESORA MULTIFUNCIÓN .....	300 €
Total .....	900 €

## 11. OBSERVACIONES. (\*)INCUBADORA PARA LOS CONTROLES DEL SISTEMA DE DETECCIÓN DE PROTEÍNAS

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

064

### MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS TRASLADOS URGENTES INTERHOSPITALARIOS

2. RESPONSABLE ..... JOSE ENRIQUE ALONSO FORMENTO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AMPARO TORRES CELDA-TCAE-URGENCIAS-HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL  
ANTONIO MARTÍNEZ OVIEDO-MÉDICO-URGENCIAS-HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL  
LAURA GARCÍA GARCÍA-DUE-URGENCIAS-HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL  
FERNANDO GALVE ROYO-MÉDICO-URGENCIAS-HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL  
INMACULADA LÓPEZ LÓPEZ-DUE-URGENCIAS-HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL  
MARISOL QUILEZ ROS-AUXILIAR ADMINISTRATIVO-URGENCIAS-HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL  
BLANCA MAR ENVID LÁZARO-MÉDICO--GINECOLOGÍA-HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El traslado de un paciente de un Hospital a otro suele ser un proceso traumático, tanto para el paciente como para el personal sanitario responsable del mismo, que debe realizar todas las tareas administrativas, a la vez que asegura la continuidad de cuidados para el paciente. En varias reuniones se ha manifestado la dificultad a la hora de realizar este procedimiento, debido en gran parte a la falta de una guía-protocolo a nivel hospitalario consensuada por todas las partes implicadas en este proceso y que refleje los diferentes aspectos que conlleva la derivación de un paciente hasta otro Hospital. En muchas ocasiones el paciente se encuentra en situación crítica, requiere un traslado óptimo y en el menor tiempo posible, y es por ello que es fundamental que un protocolo favorezca todo este proceso

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos una mejora integral de todo el proceso del traslado interhospitalario urgente, evaluando en tiempo real los problemas detectados e incorporando mejoras en el área de conflicto. El resultado final será la elaboración de un protocolo de Traslados aplicable a cualquier Hospital de la Comunidad. Pretendemos también la incorporación de la Telemedicina en este proceso

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En primer lugar es muy importante conocer las deficiencias y problemas que surgen en cada uno de los traslados realizados durante este año. Para ello hemos elaborado una encuesta escrita que refleja los problemas, dificultades y deficiencias surgidos en todo el proceso del traslado, permitiendo aportar sugerencias. Esta encuesta se entregará desde admisión siempre que se solicite un traslado interhospitalario, de adultos o pediátrico. Se entregarán tres copias: una para el personal sanitario que envía el paciente, otra para el personal del transporte y otra para el personal receptor del mismo. Estas encuestas se podrán entregar en mano en nuestro Servicio de Urgencias (en Admisión), enviar por Fax a Admisión, o por correo electrónico en una cuenta de correo creada para tal fin (traslados.teruel@gmail.com). Ofreceremos la posibilidad de enviar imágenes a través de este correo y de una interconsulta mediante esta vía. Se podrá descargar la encuesta directamente de la página Web de nuestro Hospital (www.opolanco.es), lo cual, a su vez, favorecerá la difusión de nuestra página en el resto de Hospitales, a los cuales trasladamos enfermos. Conforme nos vayan llegando iremos registrándolas en una base de datos, analizando los problemas surgidos y valorando por todo el equipo las posibilidades de mejora. El objetivo es ir mejorando en la puntuación de dichas encuestas, y en la elaboración final de una guía-protocolo teniendo en cuenta todo el estudio

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La encuestas incluirán la puntuación global (de 1 a 10) de la calidad de ese traslado. Siempre que esa puntuación sea menor de 5 obligará al análisis del caso para detectar posibles áreas de mejora y soluciones inmediatas. Al final del estudio se realizará una gráfica de dichas puntuaciones.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 064

**MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS TRASLADOS URGENTES INTERHOSPITALARIOS**

Haremos especial hincapié en el aspecto de la información verbal entre los diferentes niveles que intervienen en este traslado, puntuando la calidad del mismo. Otro indicador importante será la documentación escrita aportada del paciente: ordenada, completa y adecuada. Se incluye también la escala de adecuación del tipo de vehículo para el traslado secundario de pacientes de Moreno et al. (Moreno E, Serrano S, Bóveda J, Echevarría MJ, Muñoz J, Diego A. Sistema de valoración de pacientes para el transporte sanitario: resultado de su aplicación en transporte secundario. Med Intensiva 1988; 12: 432-438) Todos estos indicadores y otros irán reflejados en la encuesta que deberán rellenar los intervinientes al finalizar el mismo y remitirlo a nuestra Unidad

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El estudio comenzará el 1 de Marzo, se irá recogiendo y analizando en tiempo real e incorporando los datos en una base de datos realizada en Access para tal fin. Al año de comenzar el escrito elaboraremos un resumen de los resultados y la realización de una guía-protocolo de traslados interhospitalarios, extrapolable a toda la Comunidad Autónoma

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador Personal Portátil (*) .....	1.147 €
· Fax Láser HP Modelo M1522NF. Referencia 2-4-50167-0 .....	254 €
Total .....	1.401 €

11. OBSERVACIONES. (\*) Ordenador Personal Portátil alta movilidad: Hewlwt Packard-HP Compaq 2530p. Referencia 8-1-5079

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

110

**OPTIMIZACION DE LA ATENCION PEDIATRICA A LAS MUJERES EMBARAZADAS, A LAS MADRES Y A LOS RECIEN NACIDOS**

2. RESPONSABLE ..... BERTHA BAQUERO PULIDO
- Profesión ..... MEDICO
  - Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO
  - Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
  - Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CRISTINA DE MIGUEL PARDO- PEDIATRA-HOSP O. POLANCO
  - MARISOL MUÑOZ ALBILLOS- PEDIATRA- HOSP. O. POLANCO
  - CRISTINA CORDEIRO COSTA- PEDIATRA- HOSP. O. POLANCO
  - PILAR GODED GARCÍA-ENFERMERA-GINECIOLOGÍA-HOSP O. POLANCO
  - PILAR VICENTE MONFORTE-ENFERMERA-PEDIATRÍA-HOSP O POLANCO
  - ANA FABRE CASTELLANO-MATRONA-HOSP. O. POLANCO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Consulta Pediátrica Prenatal en funcionamiento desde 2005 años ha demostrado ampliamente su utilidad. Tras 5 años hemos detectado oportunidades de mejora dirigidas sobre todo a la información que se aporta a la mujer embarazada y que puede facilitar la relación con el recién nacido en los primeros minutos de vida y durante su estancia en el Hospital. Conocer los protocolos de actuación pediátrica vigentes en el Servicio de Maternidad y Pediatría, basados en la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y las variantes que pueden producirse con motivo de los problemas mas habituales durante el parto, servirá de ayuda a las madres, disminuirá el estrés, y mejorará el establecimiento de las relaciones de vínculo y apego. Por otro lado el alta de la maternidad entre el 3 y 5 día de vida conlleva que muchas mujeres no hayan establecido una buena producción de leche o no dominen el manejo de sus recién nacidos. Entre el alta hospitalaria y la captación por los centros de atención primaria, se produce una laguna asistencial con alto riesgo para la aparición de patología propia de esa etapa: deshidratación, administración inadecuada de suplementos, hiperbilirrubinemia, cólico, etc. Esta laguna de asistencia provoca consultas en los servicios de urgencia, que no son el lugar mas adecuado para resolver estas cuestiones. Además, la complejidad cada vez mayor de las pruebas de screening para los recién nacidos -test metabólicos, hormonales, auditivos, etc., exige asegurar los resultados y confirmar la normalidad

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar el conocimiento de la mujer embarazada sobre los protocolos asistenciales al parto de nuestro Hospital.
- Disminuir el estrés materno en el postparto.
  - Garantizar la atención tras el alta por personal sanitario especializado.
  - Asignar una fecha para revisión del recién nacido en el momento del alta.
  - Disminuir las consultas a Urgencias de los recién nacidos.
  - Disminuir la carga del servicio de pediatría de Atención Primaria, mejorando la transferencia de los recién nacidos desde el Hospital.
  - Disminuir la morbimortalidad del lactante pequeño por patología prevenible

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realizar una encuesta con las madres que han dado a luz en el Hospital para conocer su opinión sobre la información que han echado de menos.
- Elaborar guías o material audiovisual con la información demandada por las madres.
  - Programar la creación de una consulta postnatal de alta resolución para las madres y sus recién nacidos y establecer los turnos de asistencia entre los profesionales del Servicio de Pediatría durante todo el año.
  - Asegurar la mejor transferencia de recién nacidos a los Servicios de Atención Primaria y mejorar los cauces de transmisión de información referida a la patología que exija seguimiento.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 110

1. TÍTULO

**OPTIMIZACION DE LA ATENCION PEDIATRICA A LAS MUJERES EMBARAZADAS, A LAS MADRES Y A LOS RECIEN NACIDOS**

-Encuesta similar a la inicial al año de implantación del proceso de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de nacimientos.  
Número de consultas de alta resolución realizadas  
Número de consultas de recién nacidos en urgencias.  
Número de ingresos en pediatría por patología prevenible del lactante.  
Porcentaje de madres con lactancia materna exclusiva.  
Mejora en las respuestas a la encuesta de las madres

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se comenzará los trabajos de planificación en el mes de marzo.  
Se llevarán adelante la recogida de información y el inicio de la consulta externa de forma simultánea a partir del mes de abril.  
Elaboración de los materiales de información en los meses siguientes.  
Se aplicaran las conclusiones del análisis de la encuesta en la Consulta Prenatal.  
Registro de los indicadores y comparación con la etapa anterior

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· Material de imprenta .....	250 €
· Ordenador .....	950 €
Total .....	1.200 €

11. OBSERVACIONES.



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 410

1. TÍTULO

**ELABORACION Y VALIDACION DE RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION APLICABLE A LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL**

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA BERISA LOSANTOS
- Profesión ..... MEDICO
  - Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO
  - Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
  - Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- M<sup>a</sup> LUZ MATEO LÁZARO-MÉDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO-UNIDAD DE NEUMOLOGÍA
  - CONCHA THOMSON LLISTERRI-MÉDICO-HOSPITAL O. POLANCO-UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO
  - M<sup>a</sup> TERESA BOTELLA ESTEBAN-MÉDICO-HOSPITAL O. POLANCO-UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO
  - M<sup>a</sup> ANGELES CAMACHO BALLANO-ENFERMERA-HOSPITAL O. POLANCO-SUPERVISIÓN DE ÁREA
  - CARLOS MARTÍN HERNÁNDEZ-MÉDICO-HOSPITAL O. POLANCO-SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
  - MARGARITA PEJENAUTE SANSUAN-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL O. POLANCO- CONSULTAS EXTERNAS
  - ANGELA AGUSTÍN MORENO-ENFERMERA-HOSPITAL O. POLANCO-CONSULTAS EXTERNAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Conocer el grado de satisfacción con la atención que prestamos es parte esencial de la evaluación de nuestro trabajo e imprescindible en la búsqueda de la mejora continua.

El Servicio Aragonés de Salud (SALUD) lleva años realizando encuestas entre los usuarios de distintos servicios y por áreas asistenciales. Los resultados recogidos, al ser generales, son importantes para los gestores, pero aportan poca información a los clínicos responsables de cada unidad o servicio.

Necesitamos encuestas específicas que puedan aportar información particularizada, adaptadas a nuestro medio, que respondan a objetivos importantes para nuestros pacientes, aporten conocimientos a los profesionales y les guíen en la búsqueda de mejoras

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Disponer de una encuesta, aplicable y a disposición de las distintas consultas, que pueda ofrecer resultados válidos en nuestro entorno
- Conseguir un instrumento, relevante y representativo, que permita conocer la satisfacción de los usuarios de las consultas externas
  - Permitir la comparación y la detección de cambios

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Definición de los objetivos a evaluar y de los items correspondientes, que deben abarcar los objetivos. Valorar por índices de congruencia.
- Diseño de la encuesta: Obtener items de otras encuestas, bases de datos y definir los que respondan a las necesidades de información de los profesionales. Incluir la participación de la población diana.
  - Valorar y definir la forma de aplicación. Buscar economía, facilidad, relevancia y representatividad, tanto para los encuestados como para los administradores de los datos.
  - Validar, aplicando pruebas estadísticas basadas en los contenidos, en la estructura interna, en la relación entre variables y en el proceso de respuesta, que avalen su uso.
  - Pilotaje

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Definición completa de objetivos e items y de su congruencia
- Realizar consultas con la población diana

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 410

ELABORACION Y VALIDACION DE RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION APLICABLE A LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL

-Elaboracion de la encuesta y validación estadística de sus resultados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración aproximada año-año y medio
- Definición de objetivos, de los items correspondientes y de sus relaciones, 4 meses
  - Elaboración, 2 meses
  - Muestra estadística, 3 meses
  - Validación estadística, 2 meses
  - Estudios de generalización 3 meses
  - Pilotaje, 3-4 meses

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador de sobremesa .....	850 €
· Impresora .....	250 €
Total .....	1.100 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

221

**GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA: OPTIMIZACION EN LAS INDICACIONES SEGUN CRITERIOS CLINICOS Y ETICOS, EN EL CONOCIMIENTO DE LA TECNICA DE COLOCACION Y EN LOS CUIDADOS POSTERIORES DEL ESTOMA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA BOTELLA ESTEBAN
- Profesión ..... MEDICO
  - Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO
  - Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CONCHA THOMSON LLISTERRI-MÉDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO-UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO  
MARÍA JOSÉ ALCALÁ ESCRICHE-MÉDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO-UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO  
EMILIO GARZA TRASOBARES-MÉDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO-UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO  
MARÍA MARTÍNEZ MORALES-DUE-HOSPITAL OBISPO POLANCO-UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO  
GELY CUERVO MENÉNDEZ-TCAE-HOSPITAL OBISPO POLANCO-UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO  
BELÉN DOÑATE BORAO-DUE-HOSPITAL OBISPO POLANCO-UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO  
M. ÁNGELES GÓMEZ RUCIO-DUE-HOSPITAL OBISPO POLANCO-UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) se ha convertido en el método de elección para conseguir una adecuada nutrición en pacientes que no pueden alimentarse por boca pero que mantienen un intestino funcional. El buen resultado de la misma se basa en una buena selección del paciente (desde el punto de vista clínico y ético), en tener en mente las limitaciones y complicaciones, así como en los cuidados que se lleven a cabo con posterioridad.

En 2008 hicimos una revisión de las GEP colocadas en nuestra Unidad de Endoscopias pudiendo observar que un 8% de los pacientes había fallecido antes del primer mes tras su colocación. Objetivamos también algunas complicaciones relacionadas con cuidados inadecuados del estoma: irritaciones, infecciones, fijaciones del retén... Y en muchas ocasiones, para una técnica sencilla como es el recambio de las sondas, los pacientes tenían que ser derivados a nuestra Unidad de Endoscopias (casos de recambios programados) o al Servicio de Urgencias (casos de extracción involuntaria, la mayor parte de las veces sin las medidas aconsejadas para evitar el cierre de la fístula, lo que dificultó su ulterior colocación)

Facilitar la formación teórica y técnica del personal sanitario que trata con pacientes susceptibles de este procedimiento o ya portadores de una GEP, puede conseguir una mejor selección de los pacientes y del momento más idóneo para su realización, una disminución de las complicaciones junto con un diagnóstico más precoz de las mismas y un adecuado y fluido seguimiento

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nos proponemos inicialmente ofrecer al personal sanitario interesado la información necesaria acerca de:

- Aspectos éticos que se plantean ante la colocación de una GEP
- Indicaciones idóneas para una GEP
- Método de realización de una GEP
- Cuidados inmediatos y a largo plazo de una GEP
- Técnica para el recambio de una GEP
- Posibles complicaciones de una GEP y formas de resolución de las mismas

Nos interesa conseguir sensibilizar al personal sanitario en relación a:

- que cualquier paciente que pueda beneficiarse de una GEP sea valorado para su colocación desde un punto de vista clínico y ético.
- que el paciente o la familia, si éste es incapaz o incompetente, haya sido informada de forma clara, adecuada, comprensible y exhaustiva para que la toma de decisiones sea lo más cercana a los deseos del paciente.
- que el procedimiento se realice en el momento idóneo y en la mejor situación posible del paciente.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 221

**GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA: OPTIMIZACION EN LAS INDICACIONES SEGUN CRITERIOS CLINICOS Y ETICOS, EN EL CONOCIMIENTO DE LA TECNICA DE COLOCACION Y EN LOS CUIDADOS POSTERIORES DEL ESTOMA**

- que se mantenga un correcto cuidado del estoma que evite complicaciones y que éstas puedan ser diagnosticadas de la forma más precoz posible.
- que disminuyan las derivaciones hospitalarias de los pacientes para recambios de la sonda

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Elaboración de un modelo de solicitud de gastrostomía en el que se incluyan las indicaciones y los datos clínicos y analíticos del paciente que son necesarios con anterioridad al planteamiento de una GEP  
-Elaboración de material formativo: - Personal Médico y de Enfermería  
•diapositivas sobre los aspectos éticos, indicaciones y protocolo a completar previo a la colocación de una GEP  
•vídeos explicativos sobre la técnica de colocación de una GEP y sobre los cuidados del estoma y forma de recambio de las sondas  
•diapositivas sobre las posibles complicaciones de una GEP y la actuación que se aconseja seguir en cada caso  
-Ofrecer charlas y talleres a personal médico y de enfermería del Hospital Obispo Polanco, de los Centros de Atención Socio-Sanitaria y de los Centros de Salud  
-Realización de una base de datos para introducir todos los pacientes que mantienen una GEP - Personal Médico  
-Incorporación de los datos de cada paciente- Personal de Enfermería  
-Análisis de los datos- Unidad de Aparato Digestivo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los objetivos del Proyecto son conseguir que:  
-En >85% de los pacientes a los que se les solicita una GEP exista una indicación idónea desde el punto de vista clínico y se hayan valorado los aspectos éticos.  
-En >85% de los pacientes a los que se les solicita una GEP, ésta se realice en un momento adecuado (enfermedad de base estabilizada, estado nutricional aceptable, previsión de un periodo de nutrición >1 mes y con una esperanza de vida > 2 meses)  
-El 100% de los pacientes cumpla protocolo previo (consentimiento informado, estudio de coagulación correcto, supresión de medicaciones anticoagulantes o antiagregantes, profilaxis antibiótica, acceso venoso)  
-En <15% de los pacientes a los que se les realice la GEP se observen complicaciones locales (por falta de cuidados del estoma)  
-En >80% de los pacientes los recambios de la sonda se lleven a cabo en su Centro de Salud o Centro Socio-Sanitario  
-En <5% de los pacientes portadores de GEP sean enviados al Servicio de Urgencias ante la extracción involuntaria de la sonda

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del modelo de solicitud Abril 2010  
Elaboración de la base de datos Mayo 2010  
Elaboración del material formativo Junio-Septiembre 2010  
Charlas y talleres Centros Octubre-Noviembre 2010  
Incorporación en la base de datos Diciembre 2010  
Análisis de los datos Enero-Febrero 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· CÁMARA DE VIDEO ..... 550 €  
Total ..... 550 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

123

### MEJORA DE LA INFORMACION A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CAMACHO BALLANO
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO
  - Servicio/Unidad .. DIRECCION DE ENFERMERIA
  - Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CONCHA THOMSON LLISTERRI-MEDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO-DIGESTIVO  
ANA GARZARAN TEIJEIRO-MÉDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO-MEDICINA INTERNA  
BLANCA EMBID LAZARO-MÉDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO-GINECOLOGÍA  
PILAR GLOREZ ARIÑO-ENFERMERA-HOSPITAL OBISPO POLANCO-SUPERVISORA ESPECIALIDADES MÉDICAS  
CONCHA ESTEBAN SILVESTRE-ENFERMERA-HOSPITAL OBISPO POLANCO-SUPERVISORA TRAUMATOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejorar la información de los pacientes es uno de los aspectos más importantes para conseguir la satisfacción con la asistencia recibida.

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

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

En estos momentos en nuestro Hospital existe una guía de acogida al paciente que contiene toda la información general del mismo. Creemos que dicha información se debe complementar con la específica del Servicio/ Unidad en la que se encuentra ingresado el paciente.

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

Con este proyecto queremos conseguir que:

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

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2009 se informó a todos los Servicios/Unidades de este proyecto de Calidad, y se les propuso el modelo unificado para todo el Hospital del folleto informativo, que contiene los datos específicos de la Unidad en la que se encuentra hospitalizado el paciente.

Se han elaborado los de cuatro Servicios. Dos Servicios ya la están entregando.

Pendiente de validar los otros dos.

La impresión del folleto se hace en el propio Hospital

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Que cada Servicio/Unidad defina sus circuitos de información a los pacientes.

- Mejorar la información recibida por los pacientes. Información personalizada, accesible y asequible al paciente.
- Contribuir a la personalización de la asistencia. Identificar a la persona responsable de la atención al paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseño y elaboración de la guía de información de los Servicios restantes.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 123

MEJORA DE LA INFORMACION A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

Información a los responsables de los Servicios para su elaboración  
Aprobación de las guías  
Impresión y distribución de las mismas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de Servicios que tienen elaborada la Guía  
- Nº de Servicios que la tienen impresa y que la distribuyen a los pacientes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - De marzo a Junio de 2010: Diseño de la guía e información a los Servicios  
- De junio a diciembre de 2010: edición y distribución de la guía  
- Año 2011 el mismo calendario para el resto de Servicios

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· Destrucción de papel ..... 690 €  
Total ..... 690 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

**PROTOCOLO EN LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA**

2. RESPONSABLE ..... LAURA COMIN NOVELLA  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MÓNICA.OSET GARCÍA- MÉDICO-HOSPITAL GENERAL DE TERUEL "OBISPO POLANCO"-CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO  
CONSUELO. PASTOE ESPUIG-MÉDICO-HOSPITAL GENERAL DE TERUEL "OBISPO POLANCO"-CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO  
DIANA.ESCRIBANO PÉREZ-MÉDICO-HOSPITAL GENERAL DE TERUEL "OBISPO POLANCO"-CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO  
JOSÉ MARÍA. DEL VAL GIL-MÉDICO-HOSPITAL GENERAL DE TERUEL "OBISPO POLANCO"-CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La trombosis venosa profunda es una patología importante tanto por su elevada incidencia (en población general se ha estimado en 1/1000 habitantes/año, aumentando hasta el 1/100 habitantes/año en ancianos) como por sus graves complicaciones (embolismo pulmonar, síndrome postrombótico, hipertensión pulmonar trombótica crónica...) Por ello, pensamos que es importante estandarizar tanto su diagnóstico como su tratamiento y seguimiento de cara a mejorar los resultados en el paciente y disminuyendo los costes que acarrea la estancia hospitalaria excesiva.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Queremos realizar un protocolo diagnóstico-terapéutico de la trombosis venosa profunda después de efectuar una búsqueda bibliográfica. Posteriormente implementaremos el protocolo en los pacientes que ingresen en nuestro servicio con el diagnóstico de trombosis venosa profunda y, tras un periodo que aún no hemos establecido, analizaremos ciertas variables, como edad, sexo, estancia hospitalaria, complicaciones... mediante técnicas estadísticas y compararemos los resultados con pacientes tratados previamente a la implementación del protocolo. Nuestro objetivo es disminuir las complicaciones y la estancia hospitalaria, con la subsiguiente disminución de costes estandarizando el tratamiento

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Queremos realizar un protocolo diagnóstico-terapéutico de la trombosis venosa profunda después de efectuar una búsqueda bibliográfica. Posteriormente implementaremos el protocolo en los pacientes que ingresen en nuestro servicio con el diagnóstico de trombosis venosa profunda y, tras un periodo que aún no hemos establecido, analizaremos ciertas variables, como edad, sexo, estancia hospitalaria, complicaciones... mediante técnicas estadísticas y compararemos los resultados con pacientes tratados previamente a la implementación del protocolo. Nuestro objetivo es disminuir las complicaciones y la estancia hospitalaria, con la subsiguiente disminución de costes estandarizando el tratamiento

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES: factores de riesgo, número de ingresos con trombosis venosa profunda, dímero D, estancia hospitalaria, complicaciones, reingresos.  
EVALUACIÓN: Realizáramos un análisis estadístico de los datos obtenidos después de implementar el protocolo y los compararíamos con los datos de pacientes previos a la realización del protocolo.  
SEGUIMIENTO: Se emplearán variables obtenidas durante el ingreso hospitalario y su seguimiento será en Consultas Externas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Búsqueda bibliográfica y realización del protocolo diagnóstico-terapéutico: 1mes.  
- Reclutamiento de pacientes con trombosis venosa profunda ingresados en nuestro Servicio de Cirugía General: 8-20 meses, en función del tamaño muestral.  
- Realización del análisis estadístico y comparación de los datos con los obtenidos previamente a la implementación del protocolo: 1 mes.  
En total emplearíamos 1 o 2 años, en función del tamaño muestral

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. En principio no solicitamos ningún material o recurso. Si, con posterioridad a la realización e implementación del protocolo sobre la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

222

**PROTOCOLO EN LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA**

trombosis venosa profunda presentamos algún trabajo en un congreso de reconocido prestigio, rogaríamos nos fuera subvencionada la inscripción y/u hotel.



1. TÍTULO

**URGENCIAS HOSPITALARIAS DE PEDIATRIA ¿COMO SER MAS EFICACES?**

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA DE MIGUEL PARDO  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
JESÚS MARTÍN-CALAMA PEDIATRA  
MARISOL MUÑOZ ALBILLOS-PEDIATRA  
CRISTINA CORDEIRO COSTA- PEDIATRA  
BERTHA BAQUERO PULIDO-PEDIATRA  
FERMANDE GALVE ROYO- MÉDICO SERVICIO DE URGENCIAS  
ENRIQUE ALONSO FORMENTO- SERVICIO DE URGENCIAS  
JOSÉ GALÁN PEDIATRA CENTRO DE SALUD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El mayor número de quejas que recibe el Servicio de Urgencias del Hospital, se refieren a pacientes pediátricos, en relación al tiempo de espera, al número de médicos que visitan a los niños y a no ser atendidos siempre por un pediatra. Por otra parte el pediatra de guardia del hospital debe desarrollar otras funciones que le impiden atender de primera llamada a todos los niños que llegan al servicio de urgencias. La mayor parte de las consultas en urgencias de pacientes pediátricos no requieren atención pediátrica especializada. El sistema de triaje utilizado en urgencias establece la prioridad de asistencia de los pacientes

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la valoración de los niños que solicitan consulta en urgencias de forma que permita discriminar los que necesitan atención por parte del pediatra de los que pueden ser atendidos por los médicos de urgencias. Establecer un sistema para que los del primer grupo primeros reciban la asistencia por parte del pediatra en un tiempo mas corto. Estudiar la posibilidad de crear una forma de supervisión de los diagnosticos y tratamientos realizados en el Servicio de Urgencias, por parte del Servicio de Pediatría. Contemplar la posibilidad de una consulta fija en horario de mañana para revisión y seguimiento de los niños asistidos el día anterior si la disponibilidad de pediatras de plantilla lo permite. Valorar la colaboración de los pediatras de atención primaria en la atención continuada a los pacientes pediátricos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones de trabajo entre médicos del servicio de urgencias y enfermeras encargadas de realizar el triaje. Reuniones de trabajo con los pediatras de atención primaria. Elaboración de un protocolo de clasificación de pacientes pediátricos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nivel de satisfacción de los padres de los niños que requieren asistencia pediátrica urgente. Disminución del número de reclamaciones. Disminución de lso tiempos de espera. Satisfacción de los pediatras que atienden las urgencias

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las reuniones comenzarán en el mes de marzo 2010. Se espera finalizar la redacción del protocolo con el consenso de todas las partes implicadas en dos meses.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

309

**URGENCIAS HOSPITALARIAS DE PEDIATRIA ¿COMO SER MAS EFICACES?**

Se harán pruebas piloto de funcionamiento.

Se implantará de forma provisional a partir de julio 2010.

Se evaluará a los 4 meses de la implantación, antes de decidir la implantación definitiva

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

248

**INICIATIVA DE MEJORA DE LA CALIDAD A LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON PLURIPATOLOGIA Y ANEMIA DE TRASTORNO CRONICO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL DOLZ ASPAS  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MARIA PILAR GRACIA SÁNCHEZ-MEDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO-MEDICINA INTERNA  
SERGIO ZABALA LÓPEZ-MEDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO-MEDICINA INTERNA  
ANA GARZARAN TEIJERIRO- MEDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO-MEDICINA INTERNA  
AMALIA INMACULADA FERNANDEZ ALAMAN-MEDICO RESIDENTE-HOSPITAL OBISPO POLANCO-MEDICINA INTERNA  
CHERPENTIER FONSECA LÓPEZ- MEDICO RESIDENTE- HOSPITAL OBISPO POLANCO-MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Debido al envejecimiento progresivo de la población encontramos en el ámbito hospitalario pacientes, que habitualmente presentan varias patologías asociadas, lo que condiciona una mayor discapacidad funcional y fragilidad del sujeto, con una alta morbi-mortalidad y un elevado consumo de recursos sanitarios. Precisamos un conocimiento mayor de la evolución e historia natural de las distintas patologías que pueden verse modificadas por la coexistencia de otros procesos, para mejorar así, la calidad de su atención y la eficiencia en el manejo de los recursos sanitarios y sociales puestos a su disposición.  
Se considera la incidencia global de pacientes pluripatológicos en nuestro país es de 38.9 /100 ingresos (casi un 39% de ingresos mensuales). En un porcentaje muy importante serán hospitalizados en Medicina Interna.  
No sólo la frecuentación hospitalaria es notablemente más elevada en estos usuarios, sino que también la estancia media de cada ingreso hospitalario que tiende a ser más prolongada.  
La identificación del paciente como pluripatológico se base en la definición, vigente desde 2007, del paciente pluripatológico (1) elaborada por un equipo multidisciplinar de expertos, a instancias de la Consejería de Salud de Andalucía que define como enfermo pluripatológico aquel que presente dos o más de las siguientes categorías clínicas:

- Categoría A: insuficiencia cardíaca (En presencia de síntomas continuos o agudizaciones frecuentes) y /0 cardiopatía isquémica.
- Categoría B: enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional o requerimiento de tratamiento continuo, vasculitis, conectivopatías y/o insuficiencia renal crónica.
- Categoría C: limitación crónica al flujo aéreo, asma bronquial, hipoventilación alveolar con limitación funcional (Puntuación en el índice de Barthel menor de 60 puntos en situación de estabilidad clínica) y /o cor pulmonale crónico.
- Categoría D: enfermedad inflamatoria intestinal, hepatopatía crónica activa o sintomática.
- Categoría E: enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo con discapacidad. (Puntuación en el índice de Barthel menor de 60 puntos y/o deterioro cognitivo al menos moderado (Pfeiffer 5 o más) en situación de estabilidad clínica.
- Categoría F: arteriopatía periférica sintomática o diabetes mellitus con repercusión visceral diferente de cardiopatía isquémica. (presencia de retinopatía proliferativa, albuminuria, ataque cerebrovascular o neuropatía sintomática.)
- Categoría G: anemia crónica inflamatoria o bien enfermedad hematológica u oncológica activa no subsidiaria de tratamiento. (Se hace referencia a la utilización de tratamientos o medicación que obliga a seguimientos en los servicios de Oncología o Hematología.)

Los procesos relacionados con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o con la insuficiencia cardiaca son los implicados con mayor frecuencia. En ambas patologías se ha identificado la anemia de trastorno crónico como un factor de riesgo de descompensación de la enfermedad y en consecuencia, un aumento en número y frecuencia de reingresos hospitalarios, e incluso una mayor mortalidad. (10,11,12)  
Entre los factores de riesgo que se asocian con una reducción en la tasa de hemoglobina se han encontrado la edad avanzada, la gravedad de obstrucción al

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

248

**INICIATIVA DE MEJORA DE LA CALIDAD A LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON PLURIPATOLOGIA Y ANEMIA DE TRASTORNO CRONICO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

flujo aéreo o la disminución del índice de masa corporal.(10,11)

En la insuficiencia cardiaca se ha descrito que con un aumento de 1 gr/dl de hemoglobina desciende el riesgo de muerte al año en un 40%, y el riesgo de ingreso por insuficiencia cardiaca en un 21%. (12)

La identificación del paciente como pluripatológico es un aspecto fundamental para el desarrollo de una estrategia sistemática en su atención. (1,6)

Los especialistas en Medicina Interna debido a su visión integradora del paciente y su polivalencia, puede proporcionarles una atención más eficiente, evitando la intervención de múltiples especialidades, reiteración de exploraciones, interacciones farmacológicas, con la consiguiente la disminución de los costes sanitarios (9) Un abordaje integral de su pluripatología, teniendo en cuenta la edad, la falta de autonomía, la capacidad cognitiva y la fragilidad, es lo que permite intervenir sobre este colectivo de una manera eficaz

Conocer las características propias de cada tipo de pacientes, poder englobar sus riesgos o diferentes presentaciones clínicas puede ayudarnos en la toma de decisiones en su atención diaria. De este modo mejorar el proceso asistencial que determina la atención recibida por estos pacientes con enfermedades crónicas y muchos de ellos con importante nivel de dependencia, mejorar su atención, el registro de la historia clínica, la adecuación de pruebas complementarias, diagnóstico, control y seguimiento, tratamientos y resultados finales en su salud.

Aceptamos la definición internacional de anemia que se establece en niveles de hemoglobina menor o igual de 14 g/dl en el hombre y 12.3 g/dl en la mujer en la analítica realizada el día siguiente de su ingreso.

Para llevar a cabo este plan de mejora de la calidad en la atención a los pacientes pluripatológicos nos basaremos en la metodología de los ciclos de mejora continua de la calidad, basados en el modelo PDCA de Deming

### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Implementar un Programa de Mejora Continua de la Calidad (MCC) en el cuidado de los pacientes con anemia y pluripatología atendidos en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.  
2. Valorar la influencia del Programa de Mejora Continua de la Calidad en:

#### A - Resultados a corto plazo:

- Mejorar la atención al paciente pluripatológico con anemia atendido en nuestro servicio. OBJETIVO 95%
- Identificación correcta de los pacientes que cumplan los criterios definidos. OBJETIVO 95%
- Disminuir los episodios de Insuficiencia cardiaca. OBJETIVO 95%
- Disminuir las complicaciones del Síndrome de inmovilización favorecido por la anemia. OBJETIVO 95%
- Disminuir la estancia media de su hospitalización. OBJETIVO 95%

#### B- Resultados a largo plazo:

- Disminución de la incidencia de reingresos. OBJETIVO 80%
- Disminución de la mortalidad por esta patología. OBJETIVO 75%
- Mejorar la información proporcionada al paciente y a sus cuidadores. OBJETIVO 95%
  - Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado. OBJETIVO 95%

### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 3.1 Diseño.

## 1. TÍTULO

### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

248

#### INICIATIVA DE MEJORA DE LA CALIDAD A LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON PLURIPATOLOGIA Y ANEMIA DE TRASTORNO CRONICO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

- Estudio descriptivo y estudio de intervención antes - después.
  - Estudio retrospectivo de las historias clínicas de una muestra aleatoria de los pacientes con pluripatología ingresados en el servicio de medicina interna.
  - Estudio analítico prospectivo de las historias clínicas de una muestra aleatoria de los pacientes mayores de 65 años ingresados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital identificados por presentar Pluripatología.
  - Seguimiento y tratamiento óptimo de los pacientes con anemia de trastorno crónico en pacientes pluripatológicos con obstrucción crónica al flujo aéreo o insuficiencia cardiaca en las primeras 48 horas de su ingreso.
- 3.2 Selección de la muestra:

El tamaño de la muestra se calcula estimando que el porcentaje de pacientes pluripatológicos atendidos es del 40%, aceptando un error de muestra del 5 % y un nivel de confianza del 95%.

#### 3.3 Criterios de exclusión:

- Pacientes controlados exclusivamente por otros profesionales.
- Anemia de otra etiología.
- Enfermos terminales o en situación de deterioro extremo de calidad de vida (demencia, encamados).

#### 3.5 Herramientas:

Base de datos en ACCESS dónde se introducen los ítems de la muestra del tamaño necesario para el cálculo de indicadores de proceso y resultado.

#### 3.6 Recogida de datos:

Se revisaran las historias clínicas de los pacientes seleccionados mediante una tabla de números aleatorios entre todos los ingresos producidos en un año, recogiendo los siguientes datos:

- Número de historia.
- Datos epidemiológicos: edad, sexo.
- Antecedentes personales.
- Tipo de ingreso: urgente, programado.
- Causa de ingreso (entendiéndose como tal la enfermedad que motivó la hospitalización)
- Pluripatología al ingreso (el paciente presenta dos o más de las categorías clínicas definitorias antes de su ingreso.)
- Pluripatología al alta (El paciente presenta dos o más de las categorías clínicas definitorias al alta hospitalaria.)
- Días de estancia hospitalaria.
- Tipo de alta (a domicilio/ traslado o exitus letalis)
- Determinaciones indicadas en los indicadores de proceso.

#### 3.7 Análisis de datos:

Utilizamos el paquete estadístico SPSS para el análisis de los datos.

#### 3.8 Interpretación de datos.

La interpretación de los datos permitirá proponer medidas correctoras y organizativas.  
Proponer estrategias de mejora en función de los resultados obtenidos y de la elaboración de su diagrama de causa y efecto de Ishikawa.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 248

**INICIATIVA DE MEJORA DE LA CALIDAD A LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON PLURIPATOLOGIA Y ANEMIA DE TRASTORNO CRONICO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

Estos resultados serán presentados así como la evaluación obtenida y las propuestas de mejora en una reunión con todo el equipo. Posteriormente procederemos a reevaluar la ejecución de las medidas propuestas. El ciclo evaluativo de la mejora continua de la calidad no tiene punto final ya que nuestro trabajo siempre es susceptible de ser mejorado. Las distintas tareas se repartirán entre los componentes del equipo de mejora propuesto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 3.4.1. Indicadores de proceso:

Muestran si se llevan a cabo los procedimientos para detectar factores de riesgo o complicaciones, con intención de mejorar la intervención

3.4.1.1. En relación con la organización.

- Número de visitas medicas. Ingresos.
- Número de visitas ambulatorias.
- Número de pacientes tratados con hierro +/- Eritropoyetina

3.4.1.2. En relación con determinaciones de laboratorio

Determinación de valores hemáticos habituales (coulter)

Determinación del metabolismo del hierro

- Determinación de vitamina B12 y ácido fólico.
- Determinación de hormonas tiroideas.
- Determinación de función renal.

3.4.1.4. En relación a las exploraciones.

- Determinación de peso, talla, y tensión arterial.
- Ecocardiograma en pacientes con insuficiencia cardiaca, a los que no se les haya realizado en el último año.
- Estudio funcional respiratorio en pacientes con EPOC.

3.4.2. Indicadores de resultado:

- ? % de reducción en ingresos hospitalarios.
- ? % de reducción de la estancia media hospitalaria.
- ? % de reducción del número de estancias hospitalarias / año Índice de satisfacción

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Segundo trimestre 2010: Divulgación del programa entre los médicos del Servicio.

Tercer y cuarto trimestre 2010: Elaboración y recogida de datos de los pacientes con pluripatología atendidos en el Servicio de Medicina Interna. Detectar áreas de mejora y elaborar protocolos y guías de actuación propias.

Primer trimestre 2011: Implantar protocolos y documentos informativos definitivos. Evaluación de resultados y plantear propuestas de mejora

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil. Core 2 Duo T6570 ... (*) .....	1.600 €
Total .....	1.600 €

11. OBSERVACIONES. (\*) Ordenador portátil. Core 2 Duo T6570 / 2.1 GHz - RAM 4 GB - disco duro 500 GB - DVD±RW (±R DL) / DVD

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

353

**MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE INGRESADO EN TRAUMATOLOGIA**

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION ESTEBAN SILVESTRE
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO
  - Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
  - Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARIA JESUS VICENTE ROMERO-ENFERMERA-HOSPITAL SAN JOSÉ-ENFERMERA DE LA UNIDAD DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA  
PALOMA GONZÁLEZ GARCÍA-MEDICO-UNIDAD DE VALORACIÓN GERIÁTRICA HOSPITAL SAN JOSE-JEFE DE SECCIÓN DE GERIATRÍA  
ISABEL BALAGUER GUALLART-MÉDICO- UNIDAD DE VALORACIÓN GERIÁTRICA HOSPITAL SAN JOSE-FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA DE GERIATRÍA  
ROSA LÓPEZ HERNÁNDEZ-ENFERMERA-HOSPITAL OBISPO POLANCO-SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA  
MARIA DEL MAR GASCÓN CONESA-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL OBISPO POLANCO- SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA  
LIDIA SERRANO ENSEÑAT- AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL OBISPO POLANCO- SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA  
ESMERALDA ALAMÁN MAICAS- AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL OBISPO POLANCO- SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El estreñimiento en el anciano es un trastorno que, tanto por si mismo como por sus posibles causas y consecuencias, lesiona la calidad de vida. La profilaxis del estreñimiento en el anciano ingresado en la planta de Traumatología -y hospitalizado en general- es importante a la hora de disminuir la morbilidad asociada al mismo, mejorando de esta manera la calidad de la asistencia sanitaria que se presta en el Hospital.

Definimos de forma operativa el estreñimiento como un síndrome caracterizado por cualquiera de los siguientes signos o síntomas:

? Baja frecuencia defecatoria (nº deposiciones < 3/semana). Es el signo más utilizado en la práctica diaria.

? Dificultad para la expulsión de las heces.

? Dolor asociado a la defecación.

? Evacuación de heces duras y pequeñas.

? Sensación de evacuación incompleta.

? Retardo en el vaciamiento rectal: bloqueo anal frecuente (25% de las ocasiones), defecación prolongada (>10 minutos) o desimpactación manual

Los factores de riesgo asociados de forma más consistente al estreñimiento en el anciano son la edad, el sexo femenino, el deterioro de la función global y específica (física, cognitiva y afectiva), la hospitalización, la comorbilidad, la polifarmacia y el hábito de ignorar la necesidad de evacuación.

Tabla-1. Prevalencia de estreñimiento en personas mayores de 65 años.

UBICACIÓN

Comunidad criterio subjetivo: 23% (global), 34% (mujer), 26% (varón)

Comunidad criterio objetivo: 5% (global), 7% (mujer), 2% (varón)

Unidad de Agudos: 40%

Hospital de día: 55%

Unidad de larga estancia: 60-80%

Complicaciones del estreñimiento:

? La impactación fecal (fecaloma) es la complicación más frecuente. Su presentación clínica en el anciano sin disfunción o con deterioro funcional leve-moderado consiste generalmente en anorexia, náuseas, vómitos y dolor abdominal.

? Otras complicaciones son la provocación, tras un esfuerzo excesivo, de arritmias, angina y síncope en pacientes con patología coronaria asociada, o bien la

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

353

### MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE INGRESADO EN TRAUMATOLOGÍA

aparición de forma localizada de prolapso, ulceración o hemorragia rectal.

? En el anciano con deterioro funcional severo, las complicaciones de la impactación fecal son la incontinencia fecal (seudodiarrea), las úlceras estercoreáceas, las úlceras de decúbito, y la obstrucción, infección y necrosis de vejiga y colon. En estos pacientes la manifestación clínica habitual es la incontinencia fecal y/o el síndrome confusional agudo (delirium).

#### Bibliografía:

- ? F.W. Bergert, D. Conrad, K. Ehrental, J. Feßler, J. Gross, K.Gundermann et al. Pharmacotherapy guidelines for the aged by family doctors for the use of family doctors. Part C Special Pharmacology: fecal incontinence and chronic constipation. International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics 2009;47(4):223-228.
- ? Francisconi C, Olden K, Aguilar Paíz L, Bustos-Fernández L, Cohen H, Passos MC, et al. The Latin-American Consensus on Chronic Constipation. Gastroenterol Hepatol 2008;31(2):59-74.
- ? Carlos de la Fuente Gutiérrez, Fernando Veiga Fernández. Estreñimiento e impactación fecal. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. [http://www.saludaliamedica.com/Med/protocolos/segg/SEGG\\_estreñimiento/protocolo.htm](http://www.saludaliamedica.com/Med/protocolos/segg/SEGG_estreñimiento/protocolo.htm)
- ? Baum T. Constipation in the elderly. Nonpharmacologic approaches are safe and effective. Adv Nurse Pract 2000;8(6):69-72.

#### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.Conocer la incidencia del estreñimiento y complicaciones en los pacientes mayores de 75 años ingresados en el Servicio de Traumatología.
- 2.Sensibilizar al personal facultativo y de enfermería adscrito al Servicio de Traumatología en relación con el estreñimiento.
  - 3.Establecer un protocolo de profilaxis y manejo del estreñimiento no complicado en el anciano ingresado en Traumatología que pueda ser manejado fundamentalmente por el personal de enfermería.
  - 4.Disminuir la yatrogenia asociada a la inmovilidad en el paciente anciano ingresado en el Servicio de Traumatología.
  - 5.Extender la intervención al resto de pacientes inmovilizados del Servicio de Traumatología, independientemente de su edad.
  - 6.Extender la intervención en un futuro a los pacientes ancianos y/o inmovilizados del resto de Unidades de Hospitalización

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1ª fase: estudio de la incidencia de estreñimiento y de sus complicaciones entre los pacientes mayores de 74 años ingresados en la planta de Traumatología. Responsables: Concepción Estaban Silvestre y personal que ella determine, médico adscrito a la Unidad de Orto geriatria. Contenido: control diario de los partes del personal auxiliar y de las gráficas de enfermería, exploración física y complementarias si se precisaran.

2ª fase: programa educativo dirigido al personal de enfermería. Responsables: Paloma González García y María Jesús Vicente Romero. Contenido: sesiones clínicas sobre detección, profilaxis y tratamiento del estreñimiento dirigidas específicamente a enfermeras y auxiliares de enfermería. Poster sobre medidas profilácticas y terapéuticas del estreñimiento en los controles de enfermería.

3ª fase: protocolo de profilaxis y manejo del estreñimiento en el anciano inmovilizado. Responsables: todos los miembros del equipo de mejora. Contenido:

? Anotación diaria del nº y características de las deposiciones en cada turno. Responsable: personal auxiliar de enfermería.

? Traslado de las anotaciones del personal auxiliar a la gráfica del paciente. Responsable: personal de enfermería.

? Exploración física diaria, con especial atención al abdomen, incluyendo tacto rectal en caso de estreñimiento (ausencia de deposición en las últimas 72 horas).

Responsables: médico, enfermera.



## 1. TÍTULO

### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

353

#### MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE INGRESADO EN TRAUMATOLOGÍA

? Indicación de pruebas complementarias. Responsable: médico.

? Aplicación de medidas preventivas en todos los pacientes inmovilizados:

a) Ingesta dietética adecuada de fibra. pan integral, legumbres, patatas, zanahorias, frutas y verduras (alimentos con contenido elevado en fibra, por orden decreciente). Ingesta hídrica adecuada (alrededor de 1 y ½ litro al día) para evitar el endurecimiento de las heces. Responsables del tipo de dieta: médico, enfermera.

b) Ingesta adecuada de líquidos (alrededor de 1 litro y ½ al día). Responsables: personal de enfermería y auxiliar.

c) Ingesta de estimulantes del peristaltismo intestinal: es aconsejable el consumo moderado de café o té. Responsables del tipo de dieta: médico, enfermera.

d) Reducción del aporte de derivados lácteos como leche y queso, optando por mantequilla, nata o yogur. Responsables del tipo de dieta: médico, enfermera.

e) Movilización activa o pasiva. Responsables: personal de enfermería y auxiliar.

f) Facilitación del acceso y utilización del WC o métodos sustitutorios (cuña, botella), evitando en lo posible la defecación en pañal. Responsables: personal de enfermería y auxiliar.

? Aplicación de medidas terapéuticas en todos los casos de estreñimiento:

a) Prescripción de laxantes. Responsabilidad: médico.

b) Administración de laxantes por vía oral. Responsabilidad: personal de enfermería y auxiliar.

c) Administración de laxantes por vía rectal: de elección cuando el paciente no puede tomar medicación oral o en los casos de afectación del vaciamiento rectal.

Cuando ésta es de carácter leve, los supositorios representan la primera opción. Glicerina, bisacodilo y docusato están disponibles en esta forma, siendo recomendable iniciar el tratamiento en este orden de preferencia debido a su menor irritación local. La introducción de una solución rectal (enema), produce mayor irritación de la mucosa rectal que los anteriores y se prescribe en los casos de afectación moderada o severa del vaciamiento rectal (ej: impactación fecal). En orden creciente de potencia, agua, solución salina, fosfato sódico y aceite mineral se utilizan para este fin. Los enemas de fosfato pueden provocar retención hídrica e hiperfosfatemia en pacientes con insuficiencia renal crónica. Las soluciones jabonosas son particularmente irritantes y frecuentemente desencadenan calambres, distensión abdominal, mucorrea y depleción de potasio, por lo que deben evitarse en el anciano. Responsables: de la indicación el médico, de la administración el personal auxiliar.

d) En el caso de pacientes inmovilizados utilizar enemas/supositorios administrados 15-30 minutos después de la ingesta, aprovechando el reflejo gastrocólico. Responsables: personal auxiliar.

e) La extracción manual es un procedimiento reservado para la resolución de fecalomas refractarios a enemas. Responsables: médico y enfermera.

4ª fase: determinación de la incidencia de estreñimiento y sus complicaciones en el anciano ingresado en el Servicio de Traumatología tras la implantación del protocolo de manejo del estreñimiento

5ª fase: publicidad de los resultados.

Variable principal: incidencia de estreñimiento entre los pacientes mayores de 74 años ingresados en el Servicio de Traumatología. Comparación de las incidencias en la fase 1ª y en la 4ª.

Variable secundaria 1: incidencia de complicaciones del estreñimiento entre los mismos pacientes. Comparación de las incidencias en la fase 1ª y en la 4ª.

Variable secundaria 2: % de pacientes con estreñimiento de base, al alta del Servicio de Traumatología y a los 3 meses de la misma

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Variable principal: incidencia de estreñimiento entre los pacientes mayores de 74 años ingresados en el Servicio de Traumatología. Comparación de las incidencias en la fase 1ª y en la 4ª.

Variable secundaria 1: incidencia de complicaciones del estreñimiento entre los mismos pacientes. Comparación de las incidencias en la fase 1ª y en la 4ª.

Variable secundaria 2: % de pacientes con estreñimiento de base, al alta del Servicio de Traumatología y a los 3 meses de la misma

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

353

**MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE INGRESADO EN TRAUMATOLOGIA**

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1ª fase: abril de 2010  
2ª fase: última semana de abril de 2010  
3ª fase: mayo a diciembre de 2010  
4ª fase: enero a marzo de 2011  
5ª fase: abril de 2011

## 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ARCHIVADOR CARPETAS COLGANTES .....	630 €
· ORDENADOR PORTATIL .....	850 €
Total .....	1.480 €

## 11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

460

### ELABORACION E IMPLANTACION DE FICHAS DE CALIDAD SOBRE PROYECCIONES RADIOGRAFICAS

2. RESPONSABLE ..... LUIZA FATAHI BANDPEY
- Profesión ..... M.I.R.
  - Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO
  - Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
  - Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ESTHER SÁNCHEZ MANZANARES-T.E.R-HOSPITAL OBISPO POLANCO  
ASUNCIÓN REMACHA LOZANO-T.E.R-HOSPITAL OBISPO POLANCO  
GABRIELA ORTIZ TORINGRO-T.E.R-HOSPITAL OBISPO POLANCO  
ANA FERNÁNDEZ GARRÁN-MÉDICO RADIÓLOGO-HOSPITAL OBISPO POLANCO  
DOMINICA ROMERO POBO-T.E.R Y D.U.E-HOSPITAL OBISPO POLANCO  
SANDRA ROYO GONZALVO-T.E.R-HOSPITAL OBISPO POLANCO  
EVA YOLANDA VILAR BONACASA- MÉDICO-RADIODIAGNÓSTICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Calidad en Radiodiagnóstico consiste en la obtención de un documento radiológico de excelente calidad, con la mayor información diagnóstica posible, con el mínimo riesgo radiante, de la manera más eficiente posible y con un alto grado de satisfacción por parte del usuario y del profesional que lo realiza.

Las causas que generan el desecho radiológico pueden ser varias, desde el desconocimiento de proyecciones nuevas, implantación de nuevos sistemas de obtención de imágenes sin actualización formativa del personal, sobrecarga de trabajo y condiciones del paciente entre otras.

La obtención de radiografías de mala calidad genera la repetición de los estudios, produciendo insatisfacción en los pacientes, ya que deben acudir de nuevo al Servicio de Radiodiagnóstico y les crea la sensación de que el nivel de calidad no es el adecuado.

La repetición de estudios radiológicos incrementa la dosis de radiación recibida por el paciente.

Por otra parte, los encargados de realizar las repeticiones se ven en la necesidad de explicar a los pacientes los motivos de dichas repeticiones, aún en el caso de que ellos no sean los que realizaron las radiografías erróneas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con este proyecto esperamos disminuir el número de estudios desechados en nuestro Servicio e incrementar la calidad de las radiografías.

Esperamos conseguir aumentar la satisfacción de nuestros clientes tanto externos como internos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Utilizaremos el ciclo de 7 pasos:
1. Identificación de las radiografías que con más frecuencia más se desechan .
  2. Análisis de las causas que motivan el rechazo de esas radiografías
  3. Diseño de una ficha de calidad por proyección seleccionada. (Ficha de calidad: es la unidad básica de actuación del Proceso Radiológico. Su fin último es responder al qué hacer y al cómo hacer, debería ser un instrumento de trabajo habitual para todo el personal de un Servicio de Radiología, ya que pretende introducir el método en la actividad, unificando de forma amplia los criterios técnicos, fundamentalmente, en cuanto a calidad de imagen se refiere)
  4. Implantación de las fichas de calidad elaboradas, como instrumento de trabajo habitual para todo el personal del Servicio de Radiología.
  5. Evaluación de la efectividad de la implantación de las fichas de calidad, con nuevo análisis de placas desechadas
  6. Normalizar la acción

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El indicador será el número de placas desechadas antes de la implantación de las fichas de calidad y después, así como la diferencia entre ambos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

460

**ELABORACION E IMPLANTACION DE FICHAS DE CALIDAD SOBRE PROYECCIONES RADIOGRAFICAS**

La disminución de radiografías desechadas de las seleccionadas deberá de ser de al menos un 80%

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo 2010: recogida de radiografías desechadas en nuestro Servicio, análisis de causas de errores y selección de proyecciones para elaborar las fichas de calidad.

Abril 2010: Elaboración de las fichas de calidad sobre las proyecciones seleccionadas.

Mayo 2010: Implantación del uso de las fichas de calidad por todo el personal del Servicio y sistema de registro de radiografías desechadas.

Noviembre 2010: Evaluación de los resultados

Diciembre 2010 : Informe

Febrero 2011 : Reevaluación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Folios y Carpetas .....	50 €
· Tablones de corcho .....	150 €
· Incripciones cursos actualización .....	1.500 €
Total .....	1.700 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

199

1. TÍTULO

**MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA LA TRANSMISIÓN DE GERMENES EN EL HOSPITAL: SEÑALIZACIÓN E INFORMACIÓN**

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL FERNANDEZ SANTOS  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BEGOÑA AGUIRRE ALONSO-ENFERMERA-HOSPITAL OBISPO POLANCO-ENFERMERA DE MEDICINA PREVENTIVA  
BEGOÑA MOYA VICENTE- ENFERMERA-HOSPITAL OBISPO POLANCO-SUPERVISORA DE ENFERMERÍA DE ESTERILIZACIÓN  
AURORA ANDRÉS SALIENTE-ENFERMERA-HOSPITAL OBISPO POLANCO-DIRECTORA DE ENFERMERÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La transmisión de agentes infecciosos en centros sanitarios requiere de tres elementos: una fuente (o reservorio) de agentes infecciosos, un huésped susceptible, y un mecanismo de transmisión.  
En el año 2007, el CDC publicó la última actualización de su Guía para las Precauciones de Aislamientos (Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007), dando respuesta a los cambios en la prestación de asistencia sanitaria y atendiendo a las nuevas preocupaciones acerca de la transmisión de agentes infecciosos en los pacientes y trabajadores sanitarios y al control de la infección. El objetivo principal de la Guía es mejorar la seguridad de la asistencia sanitaria a través de la reducción de las tasas de infecciones asociadas a cuidados sanitarios.  
La formación y la información son requisitos previos para asegurarse de que las políticas y los procedimientos de las Precauciones Estándar y las Precauciones Basadas en la Transmisión se entienden y se ponen en práctica.  
La adherencia a las recomendaciones referidas a las prácticas para el control de infección disminuye la transmisión de agentes infecciosos en los centros sanitarios. Sin embargo, varios estudios observacionales han demostrado baja adherencia de los trabajadores a las citadas prácticas recomendadas.  
Por otra parte, los pacientes, familiares, y visitas, pueden ser "aliados" en la prevención de la transmisión de infecciones en los centros sanitarios. Los familiares o visitantes que están proporcionando cuidados o que tienen un contacto estrecho con el paciente, pueden tener después contacto con otros pacientes y podrían ser un vehículo de transmisión si las precauciones de barrera no se usan correctamente. Por ello, la adopción de las medidas de precaución recomendadas en cada caso, puede contribuir de manera decisiva a la interrupción de la cadena epidemiológica.  
En la Guía del CDC mencionada anteriormente, además de otras muchas recomendaciones, se señala la conveniencia de proporcionar a pacientes y visitantes materiales con indicaciones sobre las medidas recomendadas para la higiene de manos y el "Protocolo de higiene respiratoria/tos", y sobre la aplicación de las Precauciones Basadas en la Transmisión.  
En estos momentos en el Hospital los trabajadores disponen de documentos en los que se señalan las Precauciones Estándar y las Basadas en la Transmisión para prevenir la diseminación de agentes infecciosos y garantizar así la seguridad de los pacientes y la de los propios profesionales. No obstante, podría ser útil colocar a la entrada de las habitaciones iconos que hiciesen referencia a las precauciones recomendadas. Además del recordatorio para los profesionales, estas indicaciones servirían para informar a las visitas sobre la necesidad adoptar las precauciones señaladas.  
Por otra parte, proporcionar al paciente un documento con información sobre las medidas de precaución recomendadas en función de su situación, también podría contribuir a que las visitas respetaran las citadas medidas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disponer de recuerdos iconográficos con las medidas de precaución recomendadas en función del mecanismo de transmisión del agente infeccioso, para su colocación en la puerta de las habitaciones de hospitalización.  
- Informar a los pacientes y sus familiares sobre las medidas de prevención recomendadas para evitar la transmisión de la patología que les afecta.  
- Incrementar el grado de adherencia a las recomendaciones referidas a las prácticas para el control de la transmisión de agentes infecciosos, tanto por parte de los profesionales como de las visitas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Diseño de materiales con iconos que recuerden las precauciones de transmisión que deben adoptarse en función de cada

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 199

**MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA LA TRANSMISIÓN DE GERMENES EN EL HOSPITAL: SEÑALIZACIÓN E INFORMACIÓN**

situación.

Responsable: Facultativo de la Unidad de Medicina Preventiva.

- Elaboración de un documento con información para los pacientes y familiares, en el que se describan las medidas de precaución aconsejadas para evitar la transmisión del agente infeccioso.

Responsable: Facultativo de la Unidad de Medicina Preventiva.

- Impresión de los materiales informativos en color.

Responsable: Directora de Enfermería del Hospital.

- Colocación de los recuerdos iconográficos en la puerta de las habitaciones de hospitalización, y distribución de los documentos informativos al paciente y/o los familiares.

Responsable: Supervisoras de las diferentes Unidades de Hospitalización.

- Valoración de la adhesión a las recomendaciones de precauciones de transmisión por parte de los profesionales y las visitas.

Responsable: Personal de enfermería de la Unidad de Medicina Preventiva, junto con las Supervisoras de las diferentes Unidades de Hospitalización.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para valorar la consecución de los objetivos de este Proyecto, se utilizarán los siguientes indicadores:

# Estructura:

Porcentaje de Unidades de Hospitalización que disponen en el control de enfermería de los iconos referidos a las medidas de prevención recomendadas y los documentos para pacientes y/o familiares.

Numerador: número de Unidades de Hospitalización en las que hay iconos y documentos informativos.

Denominador: número de Unidades de Hospitalización.

# Proceso:

Porcentaje de habitaciones con aislamiento en las que se han señalado en la puerta las medidas recomendadas.

Numerador: número de habitaciones con señalización en la puerta de medidas recomendadas.

Denominador: número de habitaciones en las que se ha precisado establecer medidas de aislamiento.

# Proceso:

Porcentaje de casos con indicación de precauciones de aislamiento en los que se ha proporcionado información escrita al paciente y/o los familiares.

Numerador: número de pacientes y/o familiares que han recibido información escrita con las medidas de precaución recomendadas.

Denominador: número de pacientes en los que se ha precisado establecer medidas de aislamiento.

# Resultado:

Porcentaje de habitaciones con aislamiento en las que se llevan a cabo adecuadamente las precauciones de transmisión recomendadas (valorando separadamente la adhesión de los profesionales y la de las visitas).

Numerador: número de habitaciones con medidas de aislamiento en las que se han realizado correctamente las precauciones de transmisión.

Denominador: número de habitaciones con medidas de aislamiento.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. & Elaboración del material para señalar

las habitaciones y documentos informativos

para pacientes .....Abril 2010

& Maquetación e impresión de los materiales.Mayo 2010

& Distribución de los materiales a las

Unidades e inicio de la señalización y la

información .....Mayo 2010

& Seguimiento de indicadores .....Junio-Noviembre 2010

& Evaluación de indicadores.....Diciembre 2010 & Resultados y memoria final de actividades.Diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 199

**MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA LA TRANSMISIÓN DE GERMENES EN EL HOSPITAL: SEÑALIZACIÓN E INFORMACIÓN**

· MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN DE LOS MATERIALES .....	800 €
· SOPORTES PARA COLOCACIÓN DE LOS ICONOS EN LAS PUERTAS DE LAS HABITACIONES .....	1.200 €
· ORDENADOR MINI PORTÁTIL PARA EL SEGUIMIENTO IN SITU DE LOS INDICADORES .....	300 €
Total .....	2.300 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

484

### CONTINUIDAD Y ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON PRIMEROS BROTES MANIACOS Y PSICOTICOS

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL GARCIA GOMEZ

- Profesión ..... PSICOLOGO/A
- Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JOSE IGNACIO LATORRE-PSICOLOGO-CENTRO SALUD ENSANCHE  
CARLOS IGLESIAS-PSIQUIATRA-CENTRO SALUD ENSANCHE  
LORENA PEREYRA GRUSTAN-PSIQUIATRA-HOSPITAL OBISPO POLANCO  
ANA PÍA-AUXILIAR ADMINISTRATIVA-CENTRO SALUD ENSANCHE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Uno de los principales problemas de las personas diagnosticadas con trastorno bipolar y esquizofrenia es la continuidad en el tratamiento. Numerosos casos de los que ingresan en la unidad de corta estancia no continúan el tratamiento en el centro de salud mental o en un dispositivo rehabilitador. Esto repercute en mayores recaídas, mas ingresos y peor funcionamiento y calida de vida de estas personas. La causa principal es una falta de coordinación entre la unidad de corta estancia y los otros dispositivos, además de la demora en la atención a estas personas una vez dadas de alta

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos aumentar en un 25% los pacientes que una vez dados de alta continúen tratamiento en un centro de salud mental o centro rehabilitador. Del mismo modo, esperamos que los ingresos de estos pacientes se reduzcan en un 10%

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Será el psicólogo y psiquiatra de la planta de psiquiatría quién se encargue de obtener una cita en el centro de salud para continuar tratamiento

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. El 100 % de los pacientes de primer brote psicótico o maniaco al alta de la planta de psiquiatría saldrán con cita concertada con el centro de salud mental que les pertenezca.

Será el psicólogo de la planta quien se encargue de coordinar al hospital con el centro de salud y de establecer la cita

2. La primera cita la tendrán, como máximo, dentro de las dos semanas posteriores al alta. El coordinador del área se compromete a tener una hora a la semana para citar a los pacientes sujetos del proyecto de mejora.

Desde el centro de salud, la auxiliar administrativa recordará al paciente la cita un día antes de dicha cita

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El inicio del proyecto está previsto para marzo de 2009. En este mes se recogerán la estadística del ultimo año y se establecerá la línea base.

En abril, se hablarán con los diferentes profesionales implicados en la continuidad de tratamientos para llegar a los compromisos establecidos.

A partir de Mayo y hasta final de año, se recogerán los resultados, es decir el porcentaje de personas dadas de alta con cita en salud mental y el tiempo que transcurre desde el alta hasta dicha cita para comprobar el cumplimiento de los objetivos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

183

**SESIONES CLINICAS COMPARTIDAS POR VIDEOCONFERENCIA**

2. RESPONSABLE ..... JESUS MARTIN-CALAMA VALERO

- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANGEL FERRÁNDEZ JEFE SERVICIO HOSPITAL MIGUEL SERVET  
ALFREDO LACASA JEFE DE SERVICIO HOSPITAL SAN JORGE HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las sesiones clínicas es el método tradicionalmente mas utilizado para asegurar la puesta al día de los profesionales sanitarios.

Las peculiaridades de los Hospitales periféricos de Aragón hacen que sus Servicios de Pediatría cuenten con plantillas mas cortas y con menor grado de especialización que los hospitales grandes.

Las sesiones clínicas que se llevan a cabo en los hospitales pepriféricos no pueden conseguir el nivel de las que se celebran en los grandes hospitales.

La videoconferencia a través de Internet es un sistema cómodo y práctico que permite compartir en tiempo real las sesiones clínicas de los grandes hospitales con los periféricos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Elevar el nivel científico de las sesiones clínicas de los hospitales periféricos.

- Favorecer el intercambio de comunicación entre los pediatras de los hospitales periféricos y los centrales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Implantación de un sistema regular de video conferencia entre los hospitales de Huesca y Teruel con los centrales de Zaragoza.

Establecer un claendario común de sesiones clínicas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de sesiones clínicas realizadas por videoconferencia.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mejorar el sistema de videoconferencia que existe en la actualidad instalando una cámara y una pantalla fija en el Servicio de Pediatría de Teruel, y tres cámaras en el Salón de sesiones del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

En una etapa posterior se tratará de conectar además al Hospital de Huesca

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Estamos a la espera de recibir las propuestas de presupuesto que hemos solicitado. Se adjuntarán en el momento que se reciban.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 234

**MEJORA DE LA COMUNICACION Y DE LA CONFIDENCIALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO MARTINEZ OVIEDO
- Profesión ..... MEDICO
  - Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO
  - Servicio/Unidad .. URGENCIAS
  - Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ENRIQUE ALONSO FORMENTO-MEDICO-H OBISPO POLANCO-S URGENCIAS
  - ALFREDO MORTE PEREZ -MEDICO- H OBISPO POLANCO- S URGENCIAS
  - PILAR BENEDICTO TORRES- DUE- H OBISPO POLANCO- S URGENCIAS
  - ADORACION ESTEBAN IGUAL- DUE- H OBISPO POLANCO-S URGENCIAS
  - ISABEL CASTELLOTE ESCRICHE- TCAE- H OBISPO POLANCO- SURGENCIAS
  - LAURA GOMEZ GOMEZ- SUPERVISORA- H OBISPO POLANCO- S URGENCIAS
  - INMACULADA BURGUES DALMAU- DUE-H OBISPO POLANCO-S URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la atención diaria del servicio de urgencias se genera una gran cantidad de ruido muchas veces producido por el propio personal que atiende a los pacientes. En nuestro servicio, uno de los más grandes del hospital, tenemos con frecuencia la costumbre de hablar a voces, muchas veces perjudicando la intimidad del paciente y produciendo una gran contaminación acústica y estrés. Asimismo, en ocasiones es difícil localizar al personal de tu equipo sin tener que recorrer todo el servicio, por lo que pensamos que este proyecto contribuirá a tener una comunicación más rápida, silenciosa y discreta que estamos seguros repercutirá positivamente en la atención de los pacientes y en la satisfacción del personal. La rapidez en la atención de los pacientes graves, así como el acortamiento del tiempo de traslado para pruebas complementarias es otro aspecto que pensamos que se puede mejorar con este proyecto

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Este proyecto no es continuación de ninguno anterior

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminución del tiempo de atención de pacientes de nivel II de triaje, Disminución del tiempo de traslado del paciente a RX, Disminución del nivel de ruido en el servicio. Mejorar la confidencialidad, al comunicarte solo con miembros de tu equipo en privado, Mejorar la satisfacción del personal

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Adquisición de unos equipos de comunicación inalámbricos personales, que se componen de un walkie-talkie+auricular+microfono con varios canales personalizados. (ya utilizado en otras profesiones: tiendas, porteros de seguridad, etc). - Todo el personal del equipo estará implicado en conseguir todos los objetivos marcados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADOR 1: acortamiento del tiempo en la atención de pacientes de nivel II de triaje  
INDICADOR 2: acortamiento del tiempo en el traslado de paciente a Rayos  
INDICADOR 3: nivel de satisfacción del personal al mejorar la comunicación dentro del equipo  
INDICADOR 4: Disminución del nivel de ruido dentro del servicio

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El inicio será en Junio finalizando el estudio a finales de diciembre de 2010. recopilación de datos en enero 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

234

**MEJORA DE LA COMUNICACION Y DE LA CONFIDENCIALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 15 equipos de comunicación inalámbrica (100 €/unidad) .....	1.500 €
Total .....	1.500 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD DE LAS PERFUSIONES INTRAVENOSAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
 CONCEPCIÓN VALDOVINOS MAHAVE-MÉDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO TERUEL- UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS  
 CARLOS SÁNCHEZ POLO-MÉDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO TERUEL-UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS  
 M<sup>a</sup> VICTORIA PARICIO GÓMEZ-SUPERVISORA ENFERMERÍA-HOSPITAL OBISPO POLANCO TERUEL-UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS  
 ENCARNA MONFORTE SORIANO-D.U.E.-HOSPITAL OBISPO POLANCO TERUEL- UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS  
 MARÍA LUISA PÉREZ LAHUERTA-D.U.E.-HOSPITAL OBISPO POLANCO TERUEL-UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS  
 ROSA GIMÉNEZ MORA-D.U.E.- HOSPITAL OBISPO POLANCO TERUEL- UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS  
 MARÍA SÁNCHEZ SÁNCHEZ-AUXILIAR CLÍNICA- HOSPITAL OBISPO POLANCO TERUEL- UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia y Utilidad del proyecto:  
 -La gestión del riesgo clínico mejora la calidad asistencial mediante el incremento de los niveles de seguridad en la atención a los enfermos, intentando suprimir los errores evitables.  
 -En los Servicios de Medicina Intensiva la perfusión intravenosas de múltiples fármacos se realiza con bombas de infusión. Dichos sistemas controlan la velocidad de perfusión.  
 -Para evitar errores en la administración de fármacos, es posible actualmente, el configurar sistemas de librería de medicamentos con cálculo automático del flujo según peso y/o tiempo , incluso el establecimiento de límites de dosis para cada medicamento.  
 -La aparición en el display del equipo de infusión del nombre del medicamento, el control de flujo y el establecimiento de límites de dosis, permitirá disminuir los efectos adversos producidos por una incorrecta perfusión de fármacos intravenosos.Métodos de detección y priorización empleados:

- La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming:  
 -Implantación de un sistema de seguridad de las perfusiones intravenosas (IV)  
 -Protocolo de limitación del esfuerzo terapéutico (LET)  
 -Plan de detección de altas de UCI precoces/inadecuadas(AL)  
 -Estudio de mortalidad en UCI (EM)

Método de priorización empleado:Parrilla de análisis

	IV	LET	AL	EM	
Fácil medición		2	1	2	3
Usuarios afectados	3	1	1	1	
Riesgo para paciente	3	0	3	0	
Coste programa mejora	3	3	3	3	
Influencia externa	3	0	3	3	
Profesionales	3	3	1	1	
TOTAL	17	8	13	11	

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

122

### IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD DE LAS PERFUSIONES INTRAVENOSAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

#### Situación de partida

- Sistemas de perfusión con cálculo automático de velocidad, regulando el volumen por tiempo.
- El 40% de los equipos disponibles en la UCI son susceptibles de la implantación del proyecto.

#### Causas

- Protocolos escritos de perfusión de fármacos
- Hasta la actualidad falta de software necesario

#### Fuentes de información

- Gráfica de cabecera
- Hoja evolución de enfermería

#### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

#### 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Fomentar la cultura de seguridad en la UCI.

- Actualización de los protocolos de perfusión de fármacos.
- Disminuir la presencia de errores evitables en relación a la perfusión de medicamentos.
- Unificar criterios de actuación y disminuir la variabilidad en la práctica clínica

#### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas

- Elaborar un listado de perfusiones utilizadas en UCI.
- Definir su dosificación y delimitar límites de dosis específico de cada medicamento.
- Introducir los datos en programa informático.
- Formación de enfermería en el uso de sistemas de perfusión
- Puesta en marcha del proyecto
- Medidas de control

#### Responsables

- Equipo médico
- Equipo de enfermería

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

- n° de perfusiones protocolizadas x 100 /n° de perfusiones utilizadas regularmente en UCI
- n° de sistemas con nombre del fármaco en pantalla x 100 /n° sistemas infusión con programa de seguridad
- n° de sistemas con límites de perfusión x 100 / n° sistemas infusión con programa de seguridad

#### Fuente de datos:

- Registro UCI

Estándar: 100%

#### 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 122

**IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD DE LAS PERFUSIONES INTRAVENOSAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

- Marzo 2010: Elaboración listado de perfusiones utilizadas en UCI, definir su dosificación y delimitar límites de dosis específico de cada medicamento
- Abril 2010: Introducir los datos en programa informático.
- Mayo 2010: Formación de enfermería en el uso de sistemas de perfusión
- Junio 2010: Puesta en marcha del proyecto
- Reuniones cada tres meses del grupo de mejora para evaluar el desarrollo del proyecto
- Enero 2011: Análisis de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 4 Pantallas planas ordenador (300 €/unidad) .....	1.200 €
Total .....	1.200 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 109

1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE CONTROL TELEMATICO DE MARCAPASOS DEFINITIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE OREA CASTELLANO  
 · Profesión ..... ENFERMERA  
 · Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO  
 · Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MARCAPASOS  
 · Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
 MANUEL GATO LEÓN-MÉDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO-TERUEL-CARDIOLOGIA  
 JOSE MARIA MONTON DITO-MÉDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO-TERUEL-UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia y Utilidad del proyecto:-  
 Desde hace 4 años se incorporó a la cartera de servicios del Hospital "Obispo Polanco" de Teruel el implante y revisión de marcapasos definitivos, a través de la puesta en marcha de la Unidad de marcapasos. En este momento se hace posible, en algunos modelos, el control telemático, a través de la red de telefonía móvil, de diversos datos médicos y técnicos sobre el funcionamiento del marcapasos.- Existen 2 modelos de trabajo: monitorización diaria con envío de alarmas de malfuncionamiento del marcapasos y monitorización clínica o seguimiento del marcapasos sin necesidad de trasladarse el paciente. Por motivos de seguridad, no pueden modificarse los parámetros del marcapasos; para lo cual se exige atención presencial en la consulta.- Una adecuada información, permitirá una mejora en el seguimiento del paciente.

Métodos de detección y priorización empleados:  
 La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming:  
 - Monitorización domiciliaria de marcapasos definitivo(MP)  
 - Protocolo de limitación del esfuerzo terapéutico (LET)  
 - Plan de detección infecciones nosocomiales (IN)  
 - Estudio de mortalidad hospitalario (EM)

Método de priorización empleado:	Parrilla de análisis				
	MP	LET	IN	EM	
Fácil medición	2	2	1	1	3
Usuarios afectados	2	1	3	1	3
Riesgo para paciente	3	0	3	0	0
Coste programa mejora	3	3	3	3	3
influencia externa	3	0	0	3	3
Profesionales	3	3	3	1	3
TOTAL	16	8	13	1	11

Situación de partida  
 -Seguimiento y revisión de marcapasos en la consulta de marcapasos.  
 -Periodicidad, en ocasiones, por encima de lo aconsejado por las guías.  
 -Necesidad de aumentar la frecuencia de visitas, en situaciones como agotamiento de batería, disfunciones de cable, etc.

Causas  
 - El seguimiento es presencial en la consulta de marcapasos

Fuentes de información

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

109

### IMPLANTACION DE CONTROL TELEMATICO DE MARCAPASOS DEFINITIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

-Registro pacientes Unidad de marcapasos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

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

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

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

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas

-Obtención de listado de enfermos con dispositivos subsidiarios de control domiciliario.

- Listado de enfermos con lejanía en el domicilio y/o dificultades de movilidad.

-Elaboración de consentimiento informado.

-Formación por parte de personal de la Unidad de marcapasos.

-Puesta en marcha del seguimiento on line.

-Seguimiento de resultados.

Responsables

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

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

- nº de pacientes incluidos en el programa de monitorización domiciliaria x 100 / nº pacientes con posibilidad de monitorización domiciliaria

- nº de pacientes que han firmado consentimiento informado x 100/nº pacientes con monitorización domiciliaria

- nº de revisión de avisos en menos de 72 horas x 100 / nº avisos registrados en pacientes con monitorización domiciliaria

Fuente de datos:

- Historia clínica

- Hoja de registro del programa de monitorización domiciliaria

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

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:

-Marzo 2010: Elaboración de consentimiento informado, formación del equipo.

-Abril 2009: Puesta en marcha del proyecto

-Reuniones cada tres meses del grupo de mejora para evaluar el desarrollo del proyecto

-Abril 2011: Análisis de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 3 PDA's (500 €/unidad) ..... 1.500 €

Total ..... 1.500 €

11. OBSERVACIONES.



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

378

ELABORACION DEL MANUAL DE ACOGIDA, GUIA DE PROCEDIMIENTOS Y SISTEMATICA DE ACTIVIDAD DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE DIALISIS

2. RESPONSABLE ..... PURIFICACION PEREZ SORIANO
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE DIALISIS
  - Sector ..... TERUEL

### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

M<sup>a</sup> DOLORES ARANDA MUÑOZ-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL O.POLANCO-UNIDAD DE DIÁLISIS  
ADORACIÓN BLÁZQUEZ SUCH-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL O.POLANCO-UNIDAD DE DIÁLISIS  
M<sup>a</sup> ISABEL LAGUIA MENDOZA-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL O.POLANCO-UNIDAD DE DIÁLISIS  
GLORIA I. JIMÉNEZ LUNAR-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL O. POLANCO-UNIDAD DE DIÁLISIS  
EUGENIO BESER PUIG-ENFERMERO-HOSPITAL O. POLANCO-SUPERVISIÓN UNIDAD DE DIÁLISIS  
AURORA ANDRÉS SALIENTE-ENFERMERA-HOSPITAL O.POLANCO-DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA  
FRANCISCA BERISA LOSANTOS-MÉDICO-HOSPITAL O.POLANCO-SECCIÓN DE NEFROLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes en tratamiento renal sustitutivo son pacientes crónicos, la mayoría ancianos y/o con importantes limitaciones físicas y patologías concurrentes. Precisan constante atención sanitaria y mucha ayuda personalizada. Permanecen en el programa durante años, acudiendo a recibir tratamiento tres veces por semana, estableciéndose una gran dependencia de los cuidados enfermeros.

Las auxiliares de enfermería mantienen un estrecho contacto con los enfermos, atienden sus necesidades y atenciones básicas, llegan a conocer el entorno familiar, el ámbito social y pueden detectar prontamente problemas y necesidades. Así mismo, son las encargadas de administrar las dietas y asegurar algunos cuidados prescritos y colaboran con enfermeras y facultativos tanto en la atención como en los procedimientos.

No disponemos de documentos que definan su trabajo, ni de guías que faciliten la incorporación de nuevos profesionales, ni sistema de recogida de información, tanto general como particular de los pacientes, que aseguren uniformidad y continuidad de los cuidados

### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Disponer de un Manual de Acogida  
-Tener una Guía que sistematice las actuaciones y los procedimientos  
-Asegurar una buena recogida y transmisión de la información  
-Detectar nuevas áreas de mejora  
-Conocer necesidades formativas  
-Aplicar las guías del hospital que sean pertinentes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reuniones del grupo para definir contenidos, temas y modo de elaboración  
-Definir que protocolos y guías del hospital que deben aplicarse  
-Designar a los responsables, dos por cada apartado  
-Puesta en común y revisión de la documentación  
-Aprobación  
-Elaboración de los impresos de recogida de información

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 378

**ELABORACION DEL MANUAL DE ACOGIDA, GUIA DE PROCEDIMIENTOS Y SISTEMATICA DE ACTIVIDAD DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE DIALISIS**

- Pilotaje. Introducción de modificaciones
- Enviar la documentación a la Unidad de Calidad del Hospital para su conocimiento y valoración

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Tener confeccionada la Guía de Acogida
- Tener elaborado el Manual de Procedimientos
  - Implantar la recogida sistemática de información. Valorar resultados:
    - .Porcentaje de pacientes que cuentan con documentación de información, de dietas, cuidados basicos, etc. Estandar 100%

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración: año y medio aproximadamente
- De Marzo a Mayo de 2010: Definir los diferentes contenidos y documentos a elaborar
  - De Junio a Octubre de 2010: Redacción y elaboración de contenidos
  - Noviembre de 2010 a Febrero 2011: Pilotaje
  - Mayo a Junio 2011: Introducción modificaciones e implementación definitiva

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- |  |       |
|--|-------|
| · Asistencia a las Jornadas de Calidad del Salud. Zaragoza ..... | 200 € |
| Total .....  | 200 € |

11. OBSERVACIONES. Van a utilizarse los recursos informáticos de que se disponga en la Unidad de Diálisis

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

033

**PROTOCOLO DE ATENCION AL PACIENTE TUTELADO POR LA COMISION DE TUTELA Y DEFENSA JUDICIAL DE ADULTOS (CTDJA) DEL GOBIERNO DE ARAGON EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

2. RESPONSABLE ..... BELEN PLAZA BAQUEDANO  
· Profesión ..... ATR  
· Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO  
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ANA MARIA GRACIA MERLE-JEFA DE SECCIÓN DE TUTELA DE ADULTOS-IASS  
ANTONIO MINGUILLÓN SERRANO-MEDICO-DIRECTOR HOSPITAL OBISPO POLANCO-TERUEL  
FERNANDO GALVE ROYO-MEDICO-JEFE DEL SERVICIO DE URGENCIAS-HOSPITAL OBISPO POLANCO-TERUEL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EXISTE UNA DIFICULTAS IMPORTANTE EN DETECTAR LOS POSIBLES PACIENTES INCAPACITADOS Y CON UNA MEDIDA DE PROTECCIÓN EJERCIDA POR LA CTDJA, POR LA IMPLICACIÓN QUE ELLO CONLLEVA EN LA ATENCIÓN QUE SE LE PRESTA. ASÍ PODRÍAMOS ENCONTRARNOS CON PACIENTES QUE FIRMAN CONSENTIMIENTOS NO VÁLIDOS O QUE RECHACEN TRATAMIENTOS SIN COMUNICACIÓN AL TUTOR, CON LAS IMPLICACIONES LEGALES QUE ELLO PODRÍA CONLLEVAR.

POR OTRA PARTE, SE DETECTA UN DESCONOCIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO A LA HORA DE PROCEDER CON ESTE TIPO DE PACIENTES EN CUESTIONES PRÁCTICAS:

- FIRMAR EL CONSENTIMIETNO INFORMADO
- DERECHO A LA INFORMACIÓN
- ACEPTACIÓN O RECHAZO ANTE EL TRATAMIENTO
- ACTUACIÓN EN URGENCIAS
- OTROS DERECHOS QUE PUEDAN CORRESPONDERLES CONTEMPLADOS EN LA LEY 6/2002 Y EN LA 41/2002

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - ASEGURAR LA ATENCIÓN SANITARIA A LOS INCAPACES, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE POR SU PATOLOGÍA MUESTREN RECHAZO AL TRATAMIENTO, SIEMPRE QUE EL TUTOR LEGAL LO CONSIDERE BENEFICIOSO.  
- GARANTIZAR QUE LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO SEA LA CORRECTA ANTE PACIENTES INCAPACES.  
- ASEGURAR LA LEGALIDAD DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SU AGILIZACIÓN EN ESTOS CASOS.  
- PERSONAL SANITARIO SEA CONOCEDOR DEL PROCEDIMIENTO DE INCAPACITACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA.  
- CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ÚTIL Y PRACTICO QUE SE GENERALICE

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. DESARROLLO DE UN DOCUMENTO DE COLABORACIÓN ENTRE EL HOSPITAL OBISPO POLANCO Y EL VOCAL DELEGADO DE LA CTDJA. MODIFICACIÓN DE LAS BASES DE DATOS QUE CORRESPONDA PARA HACER CONSTAR LA SITUACIÓN DE LOS TUTELADO Y QUE SU DETECCIÓN SEA ÁGIL.  
CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE TUTELADOS DE LA CTDJA.  
SESIÓN INFORMATIVA PARA PERSONAL SANITARIO, CON CONTENIDO A CERCA DE LA INCAPACIDAD Y SU IMPLICACIÓN EN EL ÁMBITO. SANITARIO, ASÍ COMO PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO.  
REALIZACIÓN DE UN TRIPTICO INFORMATIVO CON UN ESQUEMA DEL PROTOCOLO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - NÚMERO DE CASOS DETECTADOS Y ATENDIDOS SEGÚN EL PROTOCOLO  
- NÚMERO DE ASISTENTES A SESIONES INFORMATIVAS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. EL PROYECTO TENDRÁ UNA DURACIÓN ANUAL PRORROGABLE SEGÚN RESULTADOS.  
EL CALENDARIO PREVISTO ES:  
FIRMA DE COLABORACIÓN: 1º QUINCENA DE MARZO

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 033

**PROTOCOLO DE ATENCION AL PACIENTE TUTELADO POR LA COMISION DE TUTELA Y DEFENSA JUDICIAL DE ADULTOS (CTDJA) DEL GOBIERNO DE ARAGON EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**ELABORACIÓN PROTOCOLO Y DE TRIPTICOS: 2º QUINCENA MARZO  
ACTUALIZACIÓN BASES DE DATOS Y SESIONES INFORMATIVAS: ABRIL Y MAYO

## 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· TRIPTICOS .....	500 €
Total .....	500 €

## 11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

137

### EVALUACION DE LA APLICACION DEL PROGRAMA DE LA OMS DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA DE LA UNIDAD DE RODILLA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA TOLOS MARIN
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO
  - Servicio/Unidad .. QUIROFANO
  - Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARLOS MARTÍN HERNÁNDEZ -JEFE DE SECCIÓN UNIDAD DE RODILLA-HOSP.OBISPO POLANCO  
MELCHOR GUILLÉN SORIANO-F.E.A UNIDAD DE RODILLA.-HOSP.OBISPO POLANCO  
CRISTINA HERMOSILLA -ENFERMERA DE QUIROFANO -HOSP.OBISPO POLANCO  
M<sup>a</sup> DOLORES PEÑALOSA GARCÉS -ENFERMERA DE QUIROFANO -HOSP.OBISPO POLANCO  
LICER LOPEZ -AUXILIAR DE QUIROFANO -HOSP.OBISPO POLANCO  
AURORA ANDRES SALIENTES -DIRECTORA DE ENFERMERIA -HOSP.OBISPO POLANCO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Bloque quirúrgico es una de las áreas donde se concentra un mayor número de efectos adversos (EAs), siendo muchos de ellos de especial gravedad. Casi todos los estudios importantes muestran que una elevada proporción de EAs estaban relacionados con el procedimiento quirúrgico. En el primer estudio poblacional realizado en España (año 2005) para conocer la incidencia de EAs en hospitales (Estudio ENEAs) se comprobó que el 57,5% de los EA estaban incluidos dentro del ámbito de la cirugía. Además, se ha observado que entre el 40% y el 60% son prevenibles. Persisten hoy en día tasas elevadas de infección quirúrgica evitable como consecuencia de una inadecuada profilaxis antibiótica y casos de paciente erróneo o de inadecuada localización de la cirugía pese a la repercusión de tan graves sucesos. El término "cirugía en sitio erróneo" comprende aquella cirugía que se realiza en el lado erróneo, en una zona anatómica errónea, en el paciente erróneo o en la que se realiza un procedimiento diferente al planeado. Pese a lo catastrófico del error y de ser una complicación fácilmente evitable, periódicamente ocurren nuevos casos. La cirugía en sitio erróneo provoca un gran número de efectos negativos que afectan tanto a la salud de los pacientes (que experimentan daños innecesarios y no reciben el tratamiento que necesitan en el momento adecuado) como al prestigio y credibilidad del personal sanitario o del centro al que están adscritos. El caso de la cirugía ortopédica es especial. En la mayoría de los casos se actúa sobre estructuras anatómicas pareadas, con 2 lados, en muchas ocasiones sin pruebas externas de la afección, lo que hace más fácil el error. De hecho, los errores en esta especialidad representan entre el 41% y el 68% del total, seguida por la cirugía general con un 20%, la neurocirugía con un 14% y la urología con un 11%. La zona anatómica más frecuentemente implicada es la rodilla, seguida del pie y el tobillo. Concretamente, la artroscopia de rodilla parece ser la cirugía con mayor riesgo para el error. Actualmente nuestro Hospital, como LA MAYOR PARTE de los hospitales, realiza LA MAYOR PARTE de los procedimientos correctamente sobre LA MAYOR PARTE de los pacientes LA MAYOR PARTE del tiempo. El objetivo es realizar TODOS los procedimientos sobre TODOS los pacientes TODO el tiempo

#### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Sensibilizar al personal facultativo y de enfermería adscrito a la Unidad de Rodilla y al bloque quirúrgico en relación con los efectos adversos generados por su actuación sobre el paciente.
2. Utilizar sistemáticamente métodos que minimicen el riesgo de infección de localización quirúrgica.
  3. Asegurar la identificación precisa de todos los pacientes en tratamiento quirúrgico
  4. Comunicar e intercambiar de manera efectiva aquella información acerca del paciente que resulta crítica para la seguridad de la intervención.
  5. Reducir sustancialmente la morbilidad en el área quirúrgica
  6. Establecer sistemas de vigilancia y monitorización de la actividad quirúrgica.
  7. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 137

**EVALUACION DE LA APLICACION DEL PROGRAMA DE LA OMS DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA DE LA UNIDAD DE RODILLA EN EL BLOQUE QUIRURGICO**

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Desarrollo de un enfoque para mejorar la precisión de la identificación de los pacientes. Los pacientes pueden estar sedados, desorientados o no del todo alertas, puede que los cambien de cama, de habitación o de lugar dentro del hospital, pueden padecer discapacidades sensoriales o estar sujetos a otras situaciones que pueden conducir a errores en cuanto a la identificación correcta. Es necesario identificar en forma fiable a la persona como aquella a quien está dirigido el servicio o tratamiento; en segundo lugar, hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona. Las políticas y/o procedimientos exigen al menos dos formas de identificación de un paciente, como por ejemplo el nombre del paciente, su número de identificación, la fecha de nacimiento, una pulsera con código de barras u otras maneras.

2. Aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía de la OMS en todos los procesos quirúrgicos realizados por la Unidad de Rodilla.

3. Cuantificación y seguimiento de morbilidad originada en el área quirúrgica y relación con la correcta o incorrecta aplicación de la lista de verificación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Porcentaje de pacientes a los que se les ha aplicado correctamente la lista de verificación de la OMS respecto al total de pacientes intervenidos por la Unidad de Rodilla.

2. Porcentaje de pacientes con morbilidad de origen quirúrgico respecto al total en el que se ha aplicado correctamente la lista de verificación.

3. Porcentaje de pacientes con morbilidad de origen quirúrgico respecto al total en el que no se ha aplicado correctamente la lista de verificación.

4. Porcentaje de pacientes con cirugía en sitio correcto respecto al total de pacientes intervenidos por la unidad de rodilla

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2010- diciembre 2011

Inicio de aplicación del listado de verificación en mayo 2010. Cuantificación de resultados y evaluación de indicadores en diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· IMPRESOS PARA REALIZACIÓN DE LISTAS ... (1) .....	400 €
· ORDENADOR PORTATIL PARA LA REALIZACION ... (2) .....	300 €
Total .....	700 €

11. OBSERVACIONES. (1) IMPRESOS PARA REALIZACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA

(2) ORDENADOR PORTATIL PARA LA REALIZACION DE LA TRAZABILIDAD DEL INSTRUMENTAL

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 134

**IMPLANTACION DE UN PLAN DE MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
 JOSÉ MARÍA MONTÓN DITO-MÉDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO- UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS  
 CARLOS SÁNCHEZ POLO-MÉDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO-UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS  
 M<sup>a</sup> VICTORIA PARICIO GÓMEZ-SUPERVISORA ENFERMERÍA-HOSPITAL OBISPO POLANCO-UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS  
 ENCARNA MONFORTE SORIANO-D.U.E.-HOSPITAL OBISPO POLANCO-UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS  
 MARÍA LUISA PÉREZ LAHUERTA-D.U.E.-HOSPITAL OBISPO POLANCO-UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS  
 ROSA GIMÉNEZ MORA-D.U.E.-HOSPITAL OBISPO POLANCO-UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS  
 MARÍA SÁNCHEZ SÁNCHEZ-AUXILIAR CLÍNICA-HOSPITAL OBISPO POLANCO-UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia y Utilidad del proyecto:  
 -Los fallos de comunicación entre el personal de los Servicios de Medicina Intensiva ( SMI ) provocan fallos en la seguridad del paciente por un incremento en el índice de Acontecimientos Adversos ( AA ) ( hasta un 75% ). Así pues, para que los cuidados sean adecuados y seguros se requiere una comunicación clara entre todos los componentes del equipo.  
 -La incompleta transferencia de información entre los profesionales puede provocar un aumento en: la morbi-mortalidad, la estancia, las discapacidades y el consumo de recursos; disminuyendo, además, la satisfacción de los trabajadores, los pacientes y familiares.  
 -La implantación de Objetivos diarios y de sesiones conjuntas diarias de todo el personal sanitario que se encarga de la atención del enfermo crítico en la UCI sirve para: mejorar la comunicación entre el personal, fomentar el trabajo en equipo, estandarizar el manejo de los pacientes siguiendo los protocolos basados en la evidencia, incrementar la claridad de los planes de cuidados y ayudar a prevenir, detectar errores y aprender de ellos. Todo ello mejora la calidad asistencial mediante la optimización de la asistencia y el incremento de los niveles de seguridad en la atención a los enfermos críticos.

Métodos de detección y priorización empleados:  
 La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming:  
 -Implantación de un Plan de mejora de la comunicación (MC)  
 -Protocolo de limitación del esfuerzo terapéutico (LET)  
 -Plan de detección de altas de UCI precoces o inadecuadas(DA)  
 -Estudio de mortalidad en UCI (EM)

Método de priorización empleado:Parrilla de análisis

	MC	LET	DA	EM	
Fácil medición		2	1	2	3
Usuarios afectados	3	1	1	1	
Riesgo para paciente	3	0	3	0	
Coste programa mejora	3	3	3	3	
Necesidad influencia	3	0	3	3	

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

134

**IMPLANTACION DE UN PLAN DE MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

Profesionales	3	3	1	1		
TOTAL		17	8	13	11	

### Situación de partida:

- Falta de estandarización de Objetivos diarios.
- Falta de sesiones clínicas conjuntas diarias de todo el personal de la UCI.

### 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. -Mejorar la comunicación entre el personal de la UCI.

- Integrar un sistema de trabajo que permite incorporar elementos de mejora continua.
- Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuir la variabilidad en la práctica clínica; al estandarizar el manejo de los pacientes, incrementar la claridad de los objetivos diarios a seguir en los planes de cuidados y dar una continuidad a la línea asistencial en todos los turnos de trabajo.
- Favorecer el trabajo en equipo y la implicación en las decisiones de todo el personal.
- Incrementar la satisfacción de todos los trabajadores, del paciente y su familia.
- Reforzar la cultura de preocupación por la seguridad en UCI.
- En las sesiones clínicas conjuntas identificar oportunidades para mejorar la seguridad implantando una metodología de prevención, identificación y análisis de AA. Revisar los AA monitorizados y el impacto de las intervenciones sobre su incidencia. Discusión periódica de indicadores de incidencia y prevalencia de AA en nuestra UCI y comparar con estándares de calidad. Establecer en común medidas de prevención. Aprender de los errores e identificar mejoras en el sistema.
- Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de los fallos de comunicación.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación

#### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas:

- Elaborar y difundir entre el personal un Checklist de objetivos diarios.
- Realizar sesiones diarias de puesta en común de cumplimentación de los objetivos diarios y de discusión sobre el paciente con el personal médico y de enfermería. Reflejar diariamente el Plan a seguir en la Hª clínica.
- Monitorización de los indicadores.

### Responsables:

- Equipo médico
- Equipo de enfermería



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 134

**IMPLANTACION DE UN PLAN DE MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de proceso:  
-nº de pacientes con cumplimentación de Checklist de objetivos diarios x 100/ nº pacientes ingresados en UCI  
-nº de días al año con sesiones diarias conjuntas x 100 / 365 días del año

Fuente de datos:  
-Hoja de registro de cumplimentación de Checklist  
-Historia clínica

Estándar: 100%

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Marzo 2010. Fecha finalización: Marzo 2011.  
Calendario:  
-Marzo 2010: Elaboración y difusión proyecto.  
-Abril 2010: Puesta en marcha del proyecto.  
-Reuniones cada tres meses del grupo de mejora para evaluar el desarrollo del proyecto.  
-Marzo 2011: Análisis de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador .....	1.200 €
· Lector DNI electrónico USB .....	100 €
Total .....	1.300 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE REGISTRO DE DATOS CLINICOS DE LOS RECIEN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL O POLANCO**

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA VALERO ADAN  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BERTHA BAQUERO-PEDIATRA  
M<sup>a</sup> CARMEN GIMÉNEZ- AUX ADMTIVO- SERVICIO PEDIATRÍA  
CARMEN REUS- ENFERMERA- SERVICIO PEDIATRÍA  
ISABEL ALPUENTE-ENFERMERA- SERVICIO PEDIATRÍA  
JESÚS MARTÍN CALAMA-PEDIATRA  
CONCHA MARTÍN-ENFERMERA-SERVICIO PEDIATRÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La mayoría de los hospitales de España han desarrollado diferentes sistemas para facilitar la información y obtener datos para la mejora de la asistencia de los recién nacidos. La Sociedad Española de Neonatología ha apoyado el desarrollo de una de las bases de datos de recién nacidos mas reconocidas, desarrollada inicialmente en el Hospital La Fe y mejorada después con el apoyo de una Agencia Informática externa. La implantación de esta base de datos permite dotar a la Unidad de Neonatología de una potente herramienta para gestionar los datos clínicos, extraer conclusiones y facilitar la labor asistencial de los pacientes que ingresan cada año

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Incluir en una base de datos específica todos los datos clínicos relevantes de los recién nacidos atendidos en el Hospital O.Polanco.  
Utilizar esta herramienta para la elaboración de protocolos, emisión de informes clínicos y análisis del trabajo asistencial realizado

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Disponer de un registro de todos los recién nacidos nacidos en el Hospital que permita la gestión de datos y facilite la labor asistencial

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número total de recién nacidos nacidos en el Hospital  
Número de recién nacidos incluidos en la base de datos.  
Número de informes clínicos elaborados con el programa de registro de datos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante el mes de marzo se instalará el programa en el ordenador actual del Servicio de Pediatría que se utilizará como servidor y almacén de datos.  
El programa informático no tiene coste económico para el hospital.  
En los meses siguientes se conectará el programa en red con los ordenadores que se habrán de instalar en el área de observación de recién nacidos patológicos y de recién nacidos sanos.  
Se realizará un curso de formación para la introducción de datos que capacite para el manejo del programa a los profesionales que trabajan con recién nacidos.  
Simultáneamente a las acciones anteriores se comenzará a introducir a los recién nacidos en cuanto se disponga de la primera instalación de la base de datos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· Ordenador para el área de Recién nacidos Patológicos ..... 980 €  
· Ordenador para el área de recién nacidos sanos ..... 980 €

Anexo

*Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010*

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 126

**IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE REGISTRO DE DATOS CLINICOS DE LOS RECIEN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL O POLANCO**

Total ..... 1.960 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

458

### IMPLEMENTACION DEL MANUAL DE FUNCIONES Y PROCEDIMIENTOS DE LA COMISION DE DOCENCIA

2. RESPONSABLE ..... EVA VILAR BONACASA

- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL OBISPO POLANCO
- Servicio/Unidad .. RADIOLOGICO
- Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDO GALVE ROYO-JEFE SERVICIO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS-JEFE DE ESTUDIOS-HOSPITAL OBISPO POLANCO  
RAQUEL DOLZ ASPAS-INTERNISTA.TUTORA MIR-COMPONENTE DE LA CD-HOSPITAL OBISPO POLANCO  
GERMÁN GÓMEZ BERNAL-PSIQUIATRA Y TUTOR MIR-COMPONENTE DE LA CD DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO  
PSIQUIÁTRICO  
CRISTINA ROIG SALGADO-MIR 2 AÑO DE RADIOLOGIÓGNOSTICO-COMPONENTE DE LA CD DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO-HOSPITAL OBISPO POLANCO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La ausencia de un manual que recoja las funciones de cada uno de los miembros de la comisión de docencia, la documentación necesaria para la evaluación continua de nuestros residentes, los manuales de acogida generales y por servicio, instrucciones para las rotaciones de los MIR así como la asignación de los responsables y las fechas apropiadas para su presentación, dificulta el buen funcionamiento de la Comisión Docencia y la integración de los nuevos miembros a la misma

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implementación de un manual que permita conocer las funciones de cada uno de los miembros de la comisión de Docencia, de cada uno de los informes que se deben presentar con responsable y fecha asignada, así como trámites necesarios para las rotaciones internas y externas de nuestros MIR .  
Implantación del manual y evaluación del correcto uso del mismo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En el manual figurarán las indicaciones para la elaboración de documentos, el responsable de la entrega y la fecha de entrega a la Comisión de Docencia.  
Se fijarán unos indicadores de cumplimiento y unos estándares acordes a los objetivos de calidad de la Comisión.  
Se evaluará el grado de cumplimiento de los estándares

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Indicador: Existencia de un documento de acogida general del hospital para el MIR de reciente incorporación y entregados a la llegada al 100% de los MIR que se incorporan. Responsable Comisión de Docencia. Deberá estar preparado en abril de 2010  
2.- Indicador: Existencia de los documentos de acogida por especialidad en N° igual al n° de especialidades acreditadas y entregados a la llegada al 100% de los MIR que se incorporan. Responsable Tutor de la especialidad docente. Deberá estar entregado en abril de 2010 a la Secretaría de Docencia  
3-Indicador: Porcentaje de proyectos de formación individual por especialidad y año de residencia presentados a fecha en la Comisión de Docencia. Estándar 100%. Presentados a la Secretaría de Docencia en abril de 2010  
4.- Indicador: Porcentaje de rotaciones externa solicitadas a la Comisión de Docencia en forma y tiempo. Estándar 100%. Responsable el tutor.  
5.- Indicador: Porcentaje de residentes que han cumplido el programa de formación transversal. Estandar > 80 %. Responsable de evaluación del criterio Comisión de Docencia. (Es imprescindible firma del MIR de asistencia a todos los cursos del programa de formación transversal).  
6.- Indicador: Porcentaje de servicios con acreditación docente que presentan la planificación de sesiones del servicio. Estándar 100%. Se debe presentar a la Comisión de Docencia antes de abril de 2010. Responsable Tutor.  
7.- Indicador: N° de evaluaciones trimestrales (Evaluaciones formativas) presentadas por tutor igual al n° de residentes adscritos al tutor. Se entregará a Comisión de Docencia 4 evaluaciones trimestrales: responsable el tutor de cada unidad docente  
primer trimestre junio 2009- agosto 2009: en septiembre 2009

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 458

### IMPLEMENTACION DEL MANUAL DE FUNCIONES Y PROCEDIMIENTOS DE LA COMISION DE DOCENCIA

segundo trimestre septiembre 2009- noviembre 2009: en diciembre 2009.

tercer trimestre diciembre 2009- febrero 2010: en febrero 2010.

cuarto trimestre (marzo a mayo) y evaluación o informe anual : presentarlo en comisión de Docencia antes del 15 de mayo de 2010.

9.- Indicador: Porcentaje de MIR que aportan el libro del residente como instrumento en cada una de las evaluaciones formativas. Estándar 100%. Responsable el tutor y residente correspondiente. El dato se obtendrá de las evaluaciones formativas correspondientes.

En principio el 100% (dato extraído de las evaluaciones formativas)

10.- Indicador: N° de informes anuales presentados por tutor igual al n° de residentes año adscritos al tutor. Se entregará antes del 15 de mayo con el informe trimestral

11.- Indicador: Presentación de la memoria anual de actividad docente de la unidad correspondiente por el Tutor y jefe de Unidad, que incluya las memorias individualizadas de los MIR. Se presentará en mayo-junio de 2010. Responsable Tutor de cada unidad docente.

12.- Presentación del informe anual sobre evaluación de la calidad de la formación del jefe de estudios a la Comisión de Docencia. Responsable Jefe de Estudios. Se presentará en septiembre 2010

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración aproximada de un año

Marzo 2010 implemetación del manual

Finales de marzo Comunicación a los componentes de la comisión

Implantación

De Abril 2010 a Abril de 2011: Evaluación

1. Actualización del manual de acogida general ( MARZO-ABRIL). Evaluación Mayo 2010

2. Actualización del manual de acogida por servicios ( MARZO-ABRIL). Evaluación Mayo 2010

3. Proyectos de formación individual por especialidad y año de residencia (Mayo). Evaluación Septiembre 2010

4. Porcentaje de rotaciones externa solicitadas a la Comisión de Docencia en forma y tiempo. Evaluación octubre 2010

5. Cumplimiento del programa de formación transversal anual. Evaluación al finalizar los cursos programados anualmente.

6. Planificación de sesiones del servicio. MARZO 2010. Evaluación abril 2010

7. Evaluaciones Formativas trimestrales (mínimo cuatro al año): (SEPTIEMBRE, DICIEMBRE, FEBRERO, MAYO) Evaluación al mes siguiente de la fecha de entrega.

9. Porcentaje de MIR que aportan el libro del residente como instrumento en cada una de las evaluaciones formativas. Evaluación tras presentar el informe de evaluación anual.

10. Informe anual- final del tutor (ABRIL) Evaluación junio.

11. Presentación de la memoria anual de actividad docente de la unidad correspondiente por el Tutor y jefe de Unidad, que incluya las memorias individualizadas de los MIR. Se presentará en mayo-junio de 2010. Evaluación septiembre 2010

13.- Informe anual sobre evaluación de la calidad de la formación del jefe de estudios a la Comisión de Docencia. Septiembre 2010. Evaluacion noviembre 2010

#### 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador para la secretaria de la CD, que permita ... (1) .....	800 €
· Escáner para poder archivar en formato digital ... (2) .....	300 €
· Folios y carpetas .....	300 €
Total .....	1.400 €

11. OBSERVACIONES. (1) Ordenador para la secretaria de la CD, que permita la recogida y archivo de la documentación

(2) Escáner para poder archivar en formato digital los documentos en formato papel, como las autorizaciones, etc.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

391

### MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SERVICIO ARAGONES DE LA SALUD

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ENGUITA FLOREZ  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... CRP SAN JUAN DE DIOS  
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA Y CENTRO DE DIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ROCÍO LÓPEZ GARCÍA-TERAPEUTA OCUPACIONAL-CRP SAN JUAN DE DIOS-UNIDAD DE LARGA ESTANCIA Y UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA  
ALMUDENA MARTÍNEZ SOTO-TERAPEUTA OCUPACIONAL-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS-UNIDAD DE LARGA ESTANCIA  
SONIA SANZ-TERAPEUTA OCUPACIONAL-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS-UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA  
CRISTINA SÁNCHEZ LECINA-TERAPEUTA OCUPACIONAL-CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR-UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA  
AINHOA TELLERÍA SANJUAN-TERAPEUTA OCUPACIONAL-CENTRO DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE MOVERA-UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL  
LUCÍA MONTEAGUDO EGEA-TERAPEUTA OCUPACIONAL-CRP NUESTRA SEÑORA DEL PILAR-UNIDAD DE LARGA ESTANCIA  
MARÍA MARTÍNEZ LOSA-TERAPEUTA OCUPACIONAL-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS-HOSPITAL DE DÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A lo largo de la experiencia profesional que se va teniendo desde la terapia ocupacional en el área de la salud mental, y más específicamente dentro de los servicios y unidades del SALUD, se ha venido observando la necesidad de unificar criterios de valoración, derivación, instrumentos, ...  
Ello dio lugar a la creación, durante el año 2009, de un modelo de valoración e historia de terapia ocupacional.  
Actualmente se ve necesaria la implantación de este modelo en la práctica, para conocer su validez en nuestro trabajo diario, así como la necesidad de crear u obtener nuevos instrumentos que refuercen el trabajo de la terapia ocupacional en el área de la salud mental (como informes de derivación, alta, adaptación de escalas de valoración,...)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. A lo largo del año 2009 se han venido convocando diferentes reuniones en los sectores implicados en el presente proyecto. Gracias a ello se logró confeccionar un modelo de valoración y de historia de terapia ocupacional que pretende ser puesto en práctica durante el presente 2010. En el sector de Teruel no fue aceptado el pasado proyecto de calidad, pero sí lo fue en el resto de sectores donde se presentó, por lo que no podemos presentar resultados de calidad al respecto

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Comenzar la puesta en práctica de la valoración en terapia ocupacional con el instrumento creado para tal fin. Además de incluir dichas historias de terapia ocupacional en las correspondientes historias clínicas, para facilitar una información completa del paciente y de todas las actividades que se están desarrollando con él.

Realizar las oportunas modificaciones en este instrumento de valoración según se vayan conociendo sus limitaciones

Confeccionar un nuevo dossier con todos los instrumentos nuevos que se creen.

Crear y unificar nuevos documentos de derivación, alta, ...

Proponer la creación de una escala propia que nos permita justificar nuestra intervención de una manera cuantificada, así como realizar una búsqueda activa de instrumentos de evaluación de terapia ocupacional que cubra las diferentes áreas de intervención, para poder realizar un previo coincidiendo con la entrada del paciente/usuario en el recurso y un post tratamiento coincidiendo con la salida del paciente/usuario del recurso que nos permita ver cual ha sido su evolución.

Revisar y adaptar el listado de la frecuencia de intereses de cara a la derivación de pacientes a recursos comunitarios externos

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 391

### MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SERVICIO ARAGONES DE LA SALUD

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para lograr los resultados planteados, se ha previsto continuar con las reuniones cuatrimestrales de profesionales de la terapia ocupacional, convocándose según el calendario propuesto a continuación. Además del correspondiente trabajo que cada profesional deberá llevar a cabo en su unidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Valorar con el instrumento de valoración en terapia ocupacional a los pacientes/usuarios ingresados en las diferentes unidades de salud mental del SALUD, en cualquiera de los sectores. Además de incluir dichas historias de terapia ocupacional en las correspondientes historias clínicas.

Revisar las escalas incluidas dentro de la valoración de terapia ocupacional, para adaptarlas a la población con la que se trabaja

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las fechas previstas son:

Marzo 2010: reunión en Zaragoza

Junio 2010: reunión en Teruel

Octubre 2010: reunión en Huesca

Por tanto el proyecto comenzaría a ponerse en marcha en marzo del 2010 y se finalizaría en enero del 2011, con motivo de la presentación de la memoria

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

121

PROYECTO PARA LA MEJORA DEL NIVEL DE ORIENTACION A LA REALIDAD DEL PACIENTE CON T.MARIAG. EN EL HOSPITAL DE SALUD MENTAL DE TERUEL

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN RUEDA GARFELLA
- Profesión ..... PSICOLOGO/A
  - Centro ..... CRP SAN JUAN DE DIOS
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
  - Sector ..... TERUEL

### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PILAR CARCELERO ASENSIO-TRABAJADORA SOCIAL-H.PSIQUIATRICO TERUEL-U.L.E.  
SATURNINO CALPE MARTINEZ-AUXILIAR ENFERMERIA-H.PSIQUIATRICO TERUEL-U.L.E.  
MANUEL MUÑOZ GASCON-AUXILIAR ENFERMERIA-H.PSIQUIATRICO TERUEL-U.L.E.  
ROCIO LOPEZ GARCIA-TERAPEUTA OCUPACIONAL-H.PSIQUIATRICO TERUEL-U.L.E.  
JOAQUINA GARCIA MARCO-PSIQUIATRA-H.PSIQUIATRICO TERUEL-U.L.E.  
FERNANDO ROMERO MORALES-ENFERMERO-H.PSIQUIATRICO TERUEL-U.L.E

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes institucionalizados en unidades de larga estancia con Trastorno Mental Grave presentan un alto grado de desinterés y pérdida de contacto con la realidad, por lo que se encuentran desconectados de la información y de los acontecimientos de su espacio exterior.

Los síntomas negativos de la propia enfermedad (apatía, abulia, ensimismamiento en sus producciones intrapsíquicas...) provocan esa falta de iniciativa para buscar la información necesaria y conocer lo que sucede a su alrededor.

El proyecto pretende crear un encuadre que propicie el acceso a la información de lo que acontece en el exterior, informar de cómo estos acontecimientos pueden afectar a su vida diaria y de cómo pueden compartir sus ideas o vivencias al resto del mundo.

De esta manera se quiere conseguir mejorar la orientación en la realidad social, cultural y educativa; en definitiva, lograr una adecuación a la realidad espaciotemporal

### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mediante este proyecto se espera conseguir en los pacientes seleccionados los siguientes objetivos:

- Conseguir una adecuada orientación temporal, espacial, social y biográfica.
- Conocer y aprender a utilizar los distintos medios de comunicación a su alcance.
- Alcanzar un conocimiento de los acontecimientos actuales tanto a nivel local como nacional o internacional.
- Aprender a comunicar verbalmente y por escrito sus opiniones, ideas y vivencias.
- Fomentar y mantener adecuadas habilidades de comunicación
- Promover la colaboración y el trabajo en equipo entre el personal sanitario y los propios pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Evaluar mediante escalas y cuestionarios el estado actual del paciente y su progreso posterior.

- Taller de prensa: crear un espacio donde instruir al paciente en la lectura de la prensa, la comprensión de lo leído y el estímulo de la expresión de las opiniones personales sobre los temas tratados.
- Taller de "comunicación verbal": manejo de las habilidades que encierra la comunicación (escuchar, comprender y responder)
- Colaboraciones entre pacientes y personal sanitario para la elaboración de las noticias que conformaran la creación de una revista periódica del Centro



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

121

PROYECTO PARA LA MEJORA DEL NIVEL DE ORIENTACION A LA REALIDAD DEL PACIENTE CON T.MARIAG. EN EL HOSPITAL DE SALUD MENTAL DE TERUEL

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de pacientes que participan los talleres y en la edición de la revista.  
- Escala de orientación a la realidad de Sergio Rebolledo. Evaluación antes de iniciar el programa y al finalizar el programa.  
- Elaboración y publicación de una revista periódica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Marzo 2010  
Fecha finalización: Diciembre 2010

1º-Selección de los pacientes que van a participar en los talleres ( Prensa y Comunicación verbal)  
2º-Evaluación inicial de los pacientes mediante escala de valoración.  
3º-Los talleres tendrán una periodicidad semanal en las salas multiuso del centro con una duración de una hora.  
Los pacientes tendrán acceso diario a la prensa escrita que llega al Centro, audiovisuales y al uso de equipos informáticos.  
4º-Creación del equipo de redacción de la revista y elaboración de los artículos a publicar.  
5º-Edición y divulgación de la revista diseñada.  
6º-Evaluación final de los pacientes participantes mediante escala de valoración

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· SUSCRIPCIÓN ANUAL ... (1) .....	181 €
· MATERIAL NECESARIO PARA LA EDICIÓN ... (2) .....	450 €
Total .....	631 €

11. OBSERVACIONES. (1) SUSCRIPCIÓN ANUAL A DOS REVISTAS UNA DE DIVULGACIÓN Y OTRA DE ACTUALIDAD  
(2) MATERIAL NECESARIO PARA LA EDICIÓN DE LA REVISTA(TINTA, ENCUADERNACIÓN, PAPELERIA..)

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

373

**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION QUE SE PRESTA EN LA UNIDAD MOVIL DE MAMOGRAFIA A LA MUJER QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA. GARANTIZAR LA INTIMIDAD DE LA PARTICIPANTE**

2. RESPONSABLE ..... MARIA SOLEDAD ABAD FERRANDEZ

- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... HOSPITAL SAN JOSE
- Servicio/Unidad .. PROGRAMA PREVENCION CANCER DE MAMA
- Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

M<sup>a</sup> PILAR CALVO SALVADOR-AUX. ADVO.-HOSPITAL SAN JOSÉ TERUEL-PROGRAMA CÁNCER MAMA M<sup>a</sup> JESÚS MANSILLA ARRAZOLA-T.E.R.-HOSPITAL SAN JOSÉ TERUEL-PROGRAMA CÁNCER MAMA YARA CASAS JIMENEZ -T.E.R.-HOSPITAL SAN JOSÉ TERUEL-PROGRAMA CÁNCER MAMA

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

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

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

Plan: proyecto para independizar sala de espera de sala de encuestar en la unidad móvil del programa de detección precoz de cáncer de mama de Teruel

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2009 se presenta "PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD", es concedido un ordenador portátil, per queda pendiente la reforma de la unidad móvil, independizar sala de espera de sala de encuestar y consulta.

-ENCUESTA DE SATISFACCIÓN:

Mejora del indicador de satisfacción referido la preservación de la intimidad .

No se realiza, al no corregir la deficiencia no se puede evaluar la mejora.

INDICADOR DE PARTICIPCIÓN 2009 CRIBADO INICIAL Y SUCESIVA

(MEDIDA INDIRECTA DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA DE CRIBADO):

Se recoge diariamente la asistencia o no de la mujer en el cribado mamográfico

Participación en cribado inicial: 71% .

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

Participación cribado sucesivo : 83%

Incluye a las mujeres que han sido exploradas con anterioridad por el programa

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Preservar y garantizar la intimidad de la mujer al realizar la encuesta clinico-epidemiologica o informar de los resultados de las pruebas realizadas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 373

**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION QUE SE PRESTA EN LA UNIDAD MOVIL DE MAMOGRAFIA A LA MUJER QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DE CANCER DE MAMA. GARANTIZAR LA INTIMIDAD DE LA PARTICIPANTE**

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Independizar con un sistema adecuado, como una mampara de cristal, puerta corredera, la sala de espera de la sala de encuestar, que permita el aislamiento sonoro, en la unidad móvil de programa de detección precoz de cáncer de mama de Teruel.  
Evitar que al realizar la encuesta clinico-epidemiologica e informar de resultados sea escuchado en la sala de espera por las pacientes que esperan su turno de cita

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Grado de satisfacción de la mujer que participa en el programa antes y después de la reforma.  
Sólo se puede evaluar si se lleva a cabo la reforma.  
-Tasa de participación en cribado inicial  
-Tasa de participación en cribado sucesivo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Seguimiento de tasa de participación de enero a diciembre 2010  
-Reforma de la unidad móvil:Instalar mampara que independice sala de encuestar de sala de espera: 2º semestre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Mampara cristal .....	2.500 €
Total .....	2.500 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

**CUIDARSE PARA PODER CUIDAR MEJOR**

2. RESPONSABLE ..... MILAGROS DIAZ GARCIA  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... HOSPITAL SAN JOSE  
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL SAN JOSE  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
M<sup>a</sup> EUGENIA PÉREZ COLÓN- TRABAJADORA SOCIAL- HOSPITAL SAN JOSE-TERUEL  
MONTSERRAT GARCÍA SANZ- PSICOLOGA- AECC.-TERUEL  
PURIFICACIÓN MONTERO CERCÓS. SUPERVISORA ENFERMERIA- HOSPITAL SAN JOSE-TERUEL  
RAQUEL MARTÍNEZ BLASCO-TÉCNICO DE GESTIÓN- HOSPITAL SAN JOSE-TERUEL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Cuidar de una persona dependiente implica una serie de exigencias que pueden perjudicar notablemente al cuidador, tanto física como psicológicamente. A veces, en la tarea de cuidar se descuidan aquellas actividades que permiten recuperarse del cansancio y de las tensiones de cada día.

Muchos cuidadores, como consecuencia de un exceso de trabajo, se distancian de sus amigos y familiares, no dedican tiempo a ellos mismos; ya que el cuidar requiere una dedicación intensa. Esto puede llevar a una situación de aislamiento que aumenta en el cuidador la sensación de "sobrecarga" y estrés, que le pueden ocasionar problemas físicos y psicológicos, además de repercutir en la calidad del cuidado.

Para evitar que esto ocurra, puede ser útil que el cuidador disponga de algún tiempo libre para hacer actividades, mantener alguna afición, estar con otras personas (relaciones sociales), así como la ayuda que le pueda prestar, determinados profesionales en técnicas para mejorar su autoestima, asertividad y bienestar psicológico en general. Ya que está demostrado que los cuidadores que mejor se sienten, son los que mantienen unos hábitos de vida saludables que les llevan a estar en las mejores condiciones físicas y psicológicas para cuidar de sí mismos y de su familiar

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. GENERALES:  
- Abrir canales de comunicación.  
- Ayudar a aliviar los síntomas biológicos, psicológicos y sociales.  
- Favorecer la autoestima.  
- Mejorar el clima hospitalario consiguiendo una mejor calidad asistencial.

ESPECIFICOS:

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

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

- Marzo:  
1.1 Relación con uno mismo, autoconocimiento y autoestima.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

154

### CUIDARSE PARA PODER CUIDAR MEJOR

1.1.1 relación con uno mismo:

- a. Conociéndonos mejor
- b. Aprender a querernos

Abril:

- 1.2 La expresión de las emociones.
- 1.2.1 Autoregulación de las emociones

Mayo:

- 1.3 Guía de autocuidado.
- 1.3.1. estrategias para afrontar el estrés.
- 1.3.2 Aprender a automotivarse

Junio:

- 1.4 Límites en el cuidado.
- 1.4.1. ¿cómo y cuándo pedir ayuda?.
- 1.4.2. Recursos

Septiembre:

- 1.5 Relación con uno mismo.
- 1.5.1 La comunicación
- 1.5.2 La escucha activa.
- 1.5.3 La empatía

Octubre:

- 1.6 Consejos para mejorar nuestro bienestar físico y mental.
- 1.6.1 Taller práctico

Noviembre:

- 1.7 Como para mejorar y desarrollar nuestra inteligencia emocional

Diciembre:

- 1.8 La risoterapia
- 1.8.1 Taller práctico

- 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % ( porcentaje ) de cuidadores que acuden a los talleres
- % ( porcentaje ) de cuidadores que valoran positivamente este tipo de terapia.

Como técnica se utilizará la encuesta

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

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Taller teórico-practico de 1 hora de duración 100 euros/c.u ..... 800 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 154

CUIDARSE PARA PODER CUIDAR MEJOR

· Material talleres .....	200 €
Total .....	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 345

**APLICACION DE UN PROGRAMA DE PREVENCION DE CAIDAS EN EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DE TERUEL**

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES FORCANO GARCIA
- Profesión ..... MEDICO
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JOSE
  - Servicio/Unidad .. GERIATRIA
  - Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PILAR MANZANO HERNANDEZ-FISIOTERAPEUTA-HOSPITAL SAN JOSÉ
  - MARIA TERESA MUÑOZ TOMÁ- FISIOTERAPEUTA-HOSPITAL SAN JOSÉ
  - ELENA LORENTE SANZ-TERAPEUTA OCUPACIONAL-HOSPITAL SAN JOSÉ
  - CARMEN AULA VALERO-ENFERMERA-HOSPITAL SAN JOSÉ
  - MANUELA MONJE TOMAS- AUXILIAR DE ENFERMERIA-HOSPITAL SAN JOSÉ
  - ALEJANDRA MURCIANO FOULIARD-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL SAN JOSÉ
  - MARIA EUGENIA PEREZ COLON-TRABAJADORA SOCIA-HOSPITAL SAN JOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Aproximadamente el 30% de las personas mayores de 65 años, independientes y autónomas, sufren 1 caída, 1 vez al año. Este porcentaje asciende hasta el 35% en los mayores de 75 años y el 50% en los mayores de 80. Si hablamos de ancianos con patologías predisponentes, el porcentaje se dispara. La caída es el resultado de la interacción de factores intrínsecos (alteraciones físicas), factores extrínsecos (riesgos medioambientales) y factores circunstanciales (relacionados con la actividad que se está realizando). Los trastornos de la marcha y el equilibrio favorecen la aparición de caídas, siendo motivados principalmente por alteraciones neurológicas (ACV, Parkinsonismos, neuropatías...), circulatorias (claudicación), musculoesqueléticas (artrosis, fracturas, atrofas...), déficits multisensoriales (vista, propiocepción, oído...), deterioro cognitivo (apraxia de la marcha...) y alteraciones cardiovasculares. Además de ésto, cualquier patología aguda en el anciano, puede originar síndromes de inmovilidad y pérdida muscular, favoreciendo el riesgo de caídas. La polifarmacia y fármacos psicótropos son factores de riesgo añadido para las caídas. Las caídas son una de las principales causas de lesiones, incapacidad, institucionalización e incluso muerte en la población anciana. En el 90% de las fracturas encontramos el antecedente de caída previa de bajo impacto. La fractura de cadera es la principal causa de mortalidad relacionada con las caídas. Las consecuencias psicológicas y socioeconómicas de las caídas añaden gravedad al cuadro. Existen intervenciones a nivel de fortalecimiento muscular y reentrenamiento del equilibrio, que han demostrado su efectividad en ancianos en prevención de caídas, lo que unido a intervenciones ambientales, ajuste farmacológico y corrección de déficit sensoriales, disminuiría el riesgo global de caídas, y por tanto, sus consecuencias

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminuir el riesgo global de caídas mediante una intervención multifactorial y global:
- 1. Aplicación del "programa de ejercicios para prevenir caídas en personas mayores" del grupo de prevención de caídas de Nueva Zelanda, a los pacientes ingresados en el Hospital de Día. Se pretende mejorar la fuerza, el equilibrio, la resistencia y la flexibilidad mediante ejercicios programados.
  - 2. Valoración de fuerza, equilibrio y flexibilidad mediante los tests propuestos en el programa por los autores: test de la silla (fuerza de piernas), test de equilibrio en 4 posiciones y test de flexibilidad (flexión de tronco)
  - 3. Identificación y modificación de los factores de riesgo de caídas ambientales en el hogar
  - 4. Desarrollo de cuestionario específico de barreras arquitectónicas en el domicilio
  - 5. Ajuste de tratamientos farmacológicos, evitando en lo posible fármacos con riesgo de caídas
  - 6. Valoración y corrección de déficits sensoriales susceptibles de mejora.
  - 7. Adiestramiento en el empleo adecuado de las ayudas técnicas indicadas en cada patología.
  - 6. Participación de la familia para realización del programa en el domicilio
  - 7. Elaboración de folleto divulgativo para pacientes y familiares, con el programa de ejercicios y actividades preventivas.

## 1. TÍTULO

### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

345

#### APLICACION DE UN PROGRAMA DE PREVENCION DE CAIDAS EN EL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DE TERUEL

- Mejorar la calidad de vida, mejorando la funcionalidad y la condición física del paciente, y disminuyendo el temor a las caídas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1ª fase: aprendizaje del personal del hospital de día del "programa de ejercicios para prevenir caídas en personas mayores" del grupo de prevención de caídas de Nueva Zelanda. Elaborar material con el programa de ejercicios traducido para cada paciente. Distribuir tiempos de trabajo en fisioterapia y terapia ocupacional para realización del programa durante 45 minutos diarios con los pacientes del hospital de día. Los ejercicios incluyen fase de calentamiento y actividad aeróbica, repeticiones de grupos musculares lateral de cadera, anterior y posterior de rodilla, con introducción de isométricos en fases posteriores, ejercicios de tobillos, columna, cuello y fase de relajación final. Trabajar cuestionario de barreras arquitectónicas en el domicilio. Seleccionar cuestionario de calidad de vida.

2ª fase: inicio del programa. Valoración previa de cada paciente mediante los test seleccionados de equilibrio, fuerza y flexibilidad. Valoración geriátrica global, que incluye valoración física, funcional, mental, y social, incidiendo en déficits sensoriales, alteraciones de la marcha, consumo de fármacos, situación de la vivienda y apoyo familiar. Aplicación de cuestionario de barreras arquitectónicas. Cuestionario de calidad de vida. Entrevista familiar. Aconsejar deambulación diaria añadida al programa de ejercicios. Consejo dietético. Realización del programa de ejercicios mediante supervisión de fisioterapeuta y terapeuta ocupacional, para realización adecuada e individualizada por cada paciente. Progresión en dificultad, conforme mejore fuerza y equilibrio. Prevención de lesiones en la realización de los ejercicios. Registro de caídas durante todo el programa.

3ª fase: nueva valoración del paciente al finalizar el programa, mediante test de fuerza, equilibrio y flexibilidad. Aplicación del test de calidad de vida. Estudio comparativo de los test. Entrevista familiar.

4ª fase: elaboración y diseño de folleto divulgativo del programa para familiares y pacientes

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. N° de pacientes que han realizado programa completo

- Registro de motivos de abandono del programa
- Tiempo de duración del programa
- % de pacientes que mejora los test de fuerza, flexibilidad y equilibrio
- Patologías relacionadas con alteraciones del equilibrio y la marcha
- Incidencia de caídas o lesiones durante el programa.
- Intervenciones medio-ambientales
- Prescripción de ayudas técnicas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1ª fase: abril-mayo de 2010.  
2ª fase y 3ª fase: junio-diciembre2010  
4ª fase: enero-marzo 2011

#### 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Impresión de 200 folletos del programa de prevención de caídas .....	1.000 €
· 3 Andadores .....	600 €
· 3 Bastones ingleses .....	300 €
· Espejo de pared .....	450 €
· Aparato y material para hacer férulas .....	1.000 €
· 2 Protectores de cadera .....	400 €
Total .....	3.750 €

#### 11. OBSERVACIONES.



## 1. TÍTULO

### PREVENCIÓN DE RIESGOS PARA EL PACIENTE. DISMINUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA DE MEDICAMENTOS EN EL ANCIANO

2. RESPONSABLE ..... PALOMA GONZALEZ GARCIA  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... HOSPITAL SAN JOSE  
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE GERIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
JULIA HERNÁNDEZ MARTÍN-FARMACÉUTICA-HOSPITAL SAN JOSÉ-FEA DE FARMACIA  
VICTORIANO PAZ MALAGÓN- MÉDICO-HOSPITAL SAN JOSÉ-FEA DE MEDICINA INTERNA  
JOSÉ CASTAÑO MARQUÉS- MÉDICO-HOSPITAL SAN JOSÉ-UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS  
FERNANDO TOMÁS RUEDA- MÉDICO-HOSPITAL SAN JOSÉ-UNIDAD DE CONVALECENCIA Y REHABILITACIÓN  
SONIA SEBASTIÁN CHECA-MÉDICO-HOSPITAL SAN JOSÉ-UNIDAD DE AGUDOS GERIÁTRICOS  
JUANA MALO SANZ- MÉDICO-HOSPITAL SAN JOSÉ-MEDICO DE GUARDIA  
MARTA AGUDO RODRIGO-MÉDICO-HOSPITAL SAN JOSÉ-MEDICO DE GUARDIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El coste debido a la morbilidad asociada a los problemas relacionados con los medicamentos se calculó en los Estados Unidos en unos 177.400 millones de dólares al año en pacientes ambulatorios con necesidad de hospitalización, y alrededor de 4000 millones de dólares al año en pacientes institucionalizados (datos del año 2000). El paciente anciano se caracteriza por su elevada comorbilidad, que se asocia necesariamente a la prescripción de múltiples fármacos, con el riesgo consiguiente de reacciones adversas a medicamentos e interacciones farmacológicas. Este riesgo aumenta con la edad, como consecuencia de los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, en el comportamiento farmacocinético y farmacodinámico de los medicamentos, y la influencia de las enfermedades y aspectos funcionales y sociales. Por todo lo anteriormente expuesto, los problemas relacionados con los medicamentos se consideran una cuestión de salud pública, relacionada con la morbilidad, mortalidad y el uso de recursos sanitarios, aún más cuando dichos problemas podrían ser prevenibles en muchos casos (desde un 13 hasta un 80%, según las series).

La prescripción inapropiada de fármacos es un problema frecuente en los mayores, que contribuye al aumento del riesgo de reacciones adversas a los mismos. Hasta el momento la herramienta más utilizada para detectar la prescripción potencialmente inadecuada han sido los criterios de Beers, cuyo valor es limitado, tanto por haberse desarrollado en un sistema sanitario diferente como por no tener en cuenta condicionantes como la edad.

Recientemente se ha presentado una nueva herramienta para mejorar la prescripción farmacológica en pacientes mayores, los criterios STOPP-START (Screening Tool of Older Person's Prescriptions - Screening Tool to Alert doctors to Right i.e. appropriate, indicated Treatment), que han demostrado mayor sensibilidad que los criterios de Beers, y aportan el valor añadido de detectar no sólo la prescripción inadecuada de determinados medicamentos, sino también la falta de prescripción de fármacos indicados.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- \* Merle L, Laroche ML, Dantoine T, Charmes JP. Predicting and preventing adverse drug reactions in the very old. *Drugs Aging* 2005;22(5):375-92.
- \* Vilà A, San José A, Roure C, Armadans L, Vilardell M. Estudio multicéntrico prospectivo de reacciones adversas a medicamentos en pacientes ancianos hospitalizados. *Med Clin (Barc.)* 2003;120:613-8.
- \* Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sánchez G, Gallaguer PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009;44(5):273-9.
- \* González P, Gómez-Pavón J, Francés I, Vidán M, Gutiérrez J, et al. Fármacos y yatrogenia: optimización del uso de medicamentos en personas mayores con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2010 (en prensa)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

348

### PREVENCIÓN DE RIESGOS PARA EL PACIENTE. DISMINUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA DE MEDICAMENTOS EN EL ANCIANO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Sensibilizar al personal facultativo y de enfermería del Hospital San José en relación con las reacciones adversas a fármacos.

? Implantar un sistema de registro de reacciones adversas a fármacos en la unidad de hospitalización del Hospital San José.

? Conocer la incidencia de reacciones adversas a medicamentos en la unidad de hospitalización.

? Difundir los criterios STOPP-START entre el personal facultativo.

? Disminuir las reacciones adversas a fármacos en los pacientes ingresados.

? Extender la utilización de los criterios STOPP-START a los pacientes de Hospital de Día y de Consultas Externas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1ª fase: elaboración de hoja de recogida de datos para detección y estudio de los problemas relacionados con los medicamentos en la Unidad de Hospitalización del Hospital San José. Responsables: Paloma González García, José Castaño Marqués y Julia Hernández Martín.

2ª fase: estudio de la incidencia de problemas relacionados con los medicamentos en los pacientes ingresados en el Hospital San José. Responsables: todos los miembros del equipo de mejora.

3ª fase: programa educativo dirigido al personal facultativo del Hospital. Responsables: Paloma González García y Julia Hernández Martín.

4ª fase: implantación de la utilización de los criterios STOPP-START en la práctica clínica diaria. Responsables. Todos los miembros del equipo de mejora.

5ª fase: análisis de la incidencia de problemas relacionados con los medicamentos tras la implantación del programa de mejora.

6ª fase: divulgación de los resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. \* N° de hojas de recogida de datos cumplimentadas.

\* Incidencia de problemas relacionados con medicamentos por unidades de hospitalización (agudos, convalecencia y rehabilitación, convalecencia sin rehabilitación, cuidados paliativos).

\* Selección de indicadores procedentes de los criterios STOPP:

.- Comparación del % de usuarios con pauta de AAS > 150 mg/día en los meses de mayo de 2010 y febrero de 2011.

.- Comparación del % de usuarios con pauta de ISRS y antecedentes de hiponatremia clínicamente significativa (Na < 130 mmol/l no yatrogénica en los dos meses previos) en los meses de mayo de 2010 y febrero de 2011.

.- Comparación del % de usuarios con antecedentes de HTA moderada 160-179/100-109 mmHg o grave = 180/110 mmHg) que reciben AINE en los meses de mayo de 2010 y febrero de 2011.

.- Comparación del % de usuarios con DM tipo 2 en tratamiento con glibenclamida o clorpropamida en los meses de mayo de 2010 y febrero de 2011.

.- Comparación del % de usuarios con prescripción simultánea de dos fármacos de la misma clase en los meses de mayo de 2010 y febrero de 2011.

\* Selección de indicadores procedentes de los criterios START:

.- Comparación del % de usuarios con ACxFA sin contraindicación para la anticoagulación oral que reciben acenocumarol en los meses de mayo de 2010 y febrero de 2011.

.- Comparación del % de usuarios con cifras habituales de TA sistólica > 160 mmHg que siguen tratamiento antihipertensivo en los meses de mayo de 2010 y febrero de 2011.

.- Comparación del % de usuarios con osteoporosis conocida (evidencia radiológica o fractura por fragilidad previa o cifosis dorsal adquirida) en tratamiento con suplementos de Ca y vitamina D en los meses de mayo de 2010 y febrero de 2011.

.- Comparación del % de usuarios con diabetes y uno o más factores mayores de riesgo cardiovascular que reciben antiagregantes plaquetarios en los meses de mayo de 2010 y febrero de 2011

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1ª fase: abril 2010.

2ª fase: mayo-agosto de 2010.

3ª fase: septiembre 2010.

4ª fase: septiembre 2010-febrero 2011.

5ª fase: marzo 2011.

6ª fase: junio de 2011 (Congreso Nacional de Geriatría) y noviembre de 2011 (Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 348

PREVENCIÓN DE RIESGOS PARA EL PACIENTE. DISMINUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA DE MEDICAMENTOS EN EL ANCIANO

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· ORDENADOR DE MESA .....	450 €	
· IMPRESORA MULTIFUNCIÓN .....	400 €	
· ORDENADOR PORTÁTIL .....	800 €	
Total .....	1.650 €	

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 526

**RELAJACION Y CONTROL CORPORAL PARA MEJORAR EL ESTADO FISICO Y PSICOLOGICO DEL PACIENTE**

2. RESPONSABLE ..... PILAR MANZANO HERNANDEZ  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... HOSPITAL SAN JOSE  
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ELENA LORENTE SANZ- TERAPEUTA OCUPACIONAL-HOSPITAL SAN JOSÉ  
MERCEDES FORCANO GARCÍA- GERIATRA-HOSPITAL SAN JOSÉ  
MARIA TERESA MUÑOZ TOMÁ- FISIOTERAPEUTA-HOSPITAL SAN JOSÉ  
GLORIA ABRIL MARQUÉS-ENFERMERA-HOSPITAL SAN JOSÉ  
NURIA QUILEZ-GERIATRA-HOSPITAL SAN JOSÉ  
JOSE ANTONIO TORTAJADA-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL SAN JOSÉ  
ANGELES ZURILLA MARTINEZ-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL SAN JOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El estado psicológico y la capacidad cognitiva del paciente influye directamente en la posibilidad de mejora de su patología. Existen estudios que demuestran que las técnicas de relajación, visualización y control corporal influyen positivamente en el estado de salud y el sentimiento de bienestar.  
Al Hospital de Día Geriátrico acuden pacientes con múltiples patologías que por su situación de dependencia ven limitada su calidad de vida. Consideramos que la aplicación de estas técnicas podría mejorar globalmente su situación física y mental

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.Aplicación de un programa de relajación y control corporal a todos los pacientes incluidos en Hospital de Día susceptibles de mejora con el tratamiento.  
2.Mejorar la toma de conciencia de la enfermedad y el control sobre ella.  
3.Disminuir el estrés ante al situación de incapacidad.  
4.Potenciar actitudes positivas frente al tratamiento, en su vida diaria y las relaciones con su entorno.  
5.Lograr que el paciente perciba una mejoría en su calidad de vida

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Técnicas de relajación tipo Jacobson o Shultz.  
Técnicas de visulización: imágenes creadas por el paciente o inducidas por el profesional.  
Entrenamiento en la concentración.  
Ejercicios de control respiratorio, abominal, torácica, abdomino-torácica.  
Concienciación corporal, ejercicios de somatognosia, posturología, psicomotricidad.  
Utilización de aparato de biobeedfack para la toma de conciencia de la actividad muscular del paciente.  
Aplicación de escala de calidad de vida al inicio y al final del programa

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes de Hospital de Día que son incluidos en este programa.  
Registro de motivos de no inclusión o de abandono.  
Porcentaje de pacientes con mejoría en la calidad de vida

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. abril-junio 2010: instauración del programa y adquisición del material.  
julio-diciembre 2010: aplicación de programa.

**1. TÍTULO****PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 526****RELAJACION Y CONTROL CORPORAL PARA MEJORAR EL ESTADO FISICO Y PSICOLOGICO DEL PACIENTE**

enero 2011: valoración de resultados del programa

## 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Aparato biofeedback .....	2.600 €
· Espejos .....	460 €
· Camilla hidráulica .....	800 €
· Masas terapéuticas .....	40 €
Total .....	3.900 €

11. OBSERVACIONES. Proyecto enviado el lunes 22, pero que no figura en la lista de recibidos. Se envía de nuevo

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

340

### HACIA UN NUEVO ESTILO EN LA GESTION Y TRABAJO DEL EQUIPO

2. RESPONSABLE ..... MARIA EUGENIA PEREZ COLON
- Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JOSE
  - Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
  - Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MERCEDES FORCANO GARCÍA-FEA GERIATRIA-HOSPITAL SAN JOSÉ  
ELENA LORENTE SANZ-TERAPEUTA OCUPACIONAL-HOSPITAL SAN JOSE  
PILAR MANZANO HERNANDEZ-FISIOTERAPEUTA-HOSPITAL SAN JOSE  
CARMEN AULA VALERO-ENFERMERA-HOSPITAL SAN JOSE  
MARIA JESUS VICENTE ROMERO-ENFERMERA-HOSPITAL SAN JOSE-COORDINADORA DEL HOSPITAL DE DIA  
ALFREDO ASENSIO GIMENEZ-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL SAN JOSÉ  
NURIA QUILEZ SALAS-FEA GERIATRIA-HOSPITAL SAN JOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los equipos de profesionales sanitarios, existe elevado porcentaje de burn-out, favorecido en muchas ocasiones por la falta de conocimientos y recursos en el área de comunicación, gestión de crisis, inteligencia emocional y falta de habilidades para el trabajo organizativo y multidisciplinar. Así mismo, la relación estrecha con el paciente y su familia, puede ser origen de tensiones y conflictos, ya que un patrón que se repite en casi todos las personas enfermas es que se muestran preocupadas, ansiosas o, incluso deprimidas, por ello se requiere de un aprendizaje de técnicas relacionales y emocionales por parte de los profesionales. La satisfacción y el bienestar del profesional en la realización de su trabajo, redundan de forma importante en la calidad de la atención al paciente y el rendimiento del trabajo. "Un aumento del 10% en la ilusión por el trabajo, incrementa en un 15% la satisfacción de los clientes, lo que implica un aumento de los beneficios obtenidos en un 42%" David Maister, 2001. El programa de desarrollo personal y corporativo, "liderazgo coaching", es utilizado ampliamente en el sector de la empresa para propiciar una mejora continua en la implantación de un sistema de calidad, gracias a técnicas de comunicación avanzadas, con excelentes resultados. Pensamos que su aplicación en equipos sanitarios, sería altamente eficaz y contribuiría a mejorar el nivel de comunicación, trabajo en equipo, atención al paciente, establecimiento de objetivos y satisfacción personal del profesional

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
1. Mejorar las relaciones interpersonales e interprofesionales de los miembros del equipo de trabajo.
  2. Dotar al profesional de habilidades en comunicación verbal y no-verbal con el paciente y su familia.
  3. Facilitar la resolución de conflictos y crisis en el trabajo.
  4. Prevenir el burn-out , mejorar la calidad de vida en el trabajo y el bienestar emocional del profesional. Control del estrés y la ansiedad.
  5. Aumentar la capacidad de asumir responsabilidades por cada uno de los integrantes del equipo. Desarrollo del potencial personal, creatividad, flexibilidad y liderazgo.
  6. Mejorar el rendimiento global de la Unidad atendida, a través de la mejora individualizada en la atención a cada paciente.
  7. Facilitar la capacitación de alto nivel profesional en las materias específicas de cada profesional
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. Impartir el "programa de desarrollo personal y corporativo: liderazgo coaching" a los integrantes del equipo multidisciplinar del Hospital de Día Geriátrico. Se trata de una Unidad donde el trabajo diario implica relaciones interprofesionales, establecimiento de objetivos y planes de trabajo y cuidados, implicación con la familia para apoyar y continuar los tratamientos instaurados en el domicilio, sobrecargas emocionales ante la atención de personas con dependencias severas y múltiples déficits relacionales ...por lo que permitiría desarrollar el programa con todos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 340

**HACIA UN NUEVO ESTILO EN LA GESTION Y TRABAJO DEL EQUIPO**

- sus aspectos.  
Consistiría en un seminario de 16 horas, a realizar por 15-16 personas máximo, con los siguientes contenidos:  
-El coaching. Definición. Significado del liderazgo con el estilo de un coach.  
-Sesiones de coaching inspiradoras y habilidades prácticas clave.  
-Tratar con interferencias y creencias limitantes. Prácticas.  
-Habilidades básicas del coaching: escucha activa, feedback constructivo, potenciar fortalezas, comunicación interna y externa, desarrollo del potencial personal...  
-Aprendizaje cognitivo y emocional mediante dinámicas de grupo, talleres y aprendizaje experiencial.  
-Guión de conversación efectiva
2. Taller de ergonomía en el desempeño del trabajo, con la finalidad de prevenir lesiones en las movilizaciones, transferencias y tratamientos de enfermos con dependencias severas.  
3. Curso de comunicación con el enfermo y la familia. Cómo dar las malas noticias. La entrevista como método de trabajo.  
4. Cuestionario de burn-out y satisfacción laboral, al inicio y final del programa.  
5. Reunión mensual extrahospitalaria de los integrantes del equipo, mediante actividades grupales, para mejorar relaciones interpersonales.  
6. Reunión semanal de trabajo interdisciplinar, con preparación previa e intervención de todo el equipo.  
7. Sesión formativa interdisciplinar de forma mensual en el Hospital de Día (colaboración con médico rehabilitadora, psicólogo, logopeda, geriatras, traumatólogo, y otros profesionales externos a la Unidad)  
8. Visita trimestral a otros centros y unidades similares, con objeto de incorporar técnicas nuevas, modos de trabajar, actualización y motivación del equipo.  
9. Asistencia a cursos y congresos por parte de los integrantes del equipo a lo largo de todo el año
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Resultados en el cuestionario de burn-out y satisfacción laboral al inicio y final del programa.  
2. N° de participantes en los talleres y cursos planificados.  
3. Satisfacción de los participantes en cada actividad realizada.  
4. N° de iniciativas, proyectos nuevos, y planteamiento de cambios que surjan tras la realización del programa
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Abril: organización y planificación del seminario coaching, talleres y cursos. Cuestionarios a aplicar.  
-Mayo-diciembre: inicio de sesiones semanales especiales, mensuales formativas y extrahospitalarias. Realización de seminario coaching, cursos y talleres.  
-Enero: áreas de mejora e iniciativas detectadas con el curso. Cuestionarios finales. Evaluación
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- |  |         |
|--|---------|
| · Seminario de coaching de desarrollo personal (16 horas para 16 personas) ..... | 3.000 € |
| · Estancia y viaje del entrenador del programa coaching .....                    | 400 €   |
| · Curso de comunicación con el paciente y la familia .....                       | 300 €   |
| · Taller de ergonomía en el trabajo .....  | 400 €   |
| · Asistencia a cursos y congresos de miembros del equipo .....                   | 1.000 € |
| Total .....  | 5.100 € |
11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

**PROFILAXIS DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO INGRESADO EN TRAUMATOLOGIA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS VICENTE ROMERO
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JOSE
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE VALORACION SOCIO SANITARIA
  - Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CONCEPCIÓN ESTEBAN SILVESTRE-ENFERMERA-HOSPITAL OBISPO POLANCO-SUPERVISORA DE PLANTA DE TRAUMATOLOGÍA  
PALOMA GONZÁLEZ GARCÍA-MEDICO-UNIDAD DE VALORACIÓN GERIÁTRICA HOSPITAL SAN JOSE-JEFE DE SECCIÓN DE GERIATRÍA  
ISABEL BALAGUER GUALLART-MÉDICO- UNIDAD DE VALORACIÓN GERIÁTRICA HOSPITAL SAN JOSE-FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA DE GERIATRÍA  
CARLOS MARTIN HERNANDEZ-MEDICO-HOSPITAL OBISPO POLANCO-JEFE DE SECCION DE TRAUMATOLOGÍA  
ALICIA HERNÁNDEZ LÓPEZ-ENFERMERA- HOSPITAL OBISPO POLANCO-SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA  
MARISA PANADERO ROMERO- ENFERMERA-HOSPITAL OBISPO POLANCO- SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA  
PILAR LÁZARO BLASCO-ENFERMERA- HOSPITAL OBISPO POLANCO-SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La incidencia de delirium durante el ingreso es un indicador de déficit en la atención sanitaria al paciente anciano. El delirium o estado confusional agudo se define como la alteración aguda del nivel y contenido de la conciencia, con evidencia de una etiología orgánica subyacente. Se estima que afecta al 14-56% de los pacientes hospitalizados, siendo más frecuente y más intenso en el caso de los ancianos y en aquéllos ingresados en unidades de cuidados intensivos y en servicios quirúrgicos.

En todos los casos el delirium se caracteriza por:

- .- asociación con complicaciones graves, con aumento de mortalidad (10-65% según las series), morbilidad y pérdida de autonomía;
- .- infradiagnóstico e infratratamiento (entre 1/3 y 2/3 de los casos de delirium no son identificados como tales por los facultativos);
- .- asociación con eventos yatrogénicos;
- .- incremento de los costes directos e indirectos de la atención sanitaria.

El delirium puede detectarse fácilmente si se busca de forma activa, y se ha demostrado que las intervenciones dirigidas a prevenir y tratar de forma precoz los cuadros confusionales en los pacientes hospitalizados son coste-efectivas (ahorro estimado de 831\$ por paciente en situación de riesgo intermedio).

Bibliografía:

? Inouye SK. A practical program for preventing delirium in hospitalized elderly patients. Clev Clin J Med 2004;7(11):890-6.  
? Conn DK, Lief S. Diagnosing and managing delirium in the elderly. Can Fam Phy 2001;47:101-8.  
? Furlaneto ME, Garcez-Leme LE. Delirium in elderly individuals with hip fracture: causes, incidence, prevalence, and risk factors. Clinics 2006;61(1):35-40  
? Robinson TN, Eisenman B. Postoperative delirium in the elderly: diagnosis and management. Clinical Interventions in Aging 2008;3(2):351-5.  
? Vidán MT, Sánchez E, Alonso M, Montero B, Ortiz J and Serra JA. An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. J Am Geriatr Soc 2009;57:2029-36.  
? Inouye S.D., Bogardus ST, Charpentier PA. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med 1999;340:669-76

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
1. Conocer la incidencia del SCA en los pacientes mayores de 75 años ingresados en el Servicio de Traumatología.
  2. Sensibilizar al personal facultativo y de enfermería adscrito al Servicio de Traumatología en relación con el síndrome confusional agudo (SCA).
  3. Poner en marcha una intervención multicomponente integrada en la práctica clínica diaria para prevenir el delirium en el paciente anciano ingresado en el



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

350

### PROFILAXIS DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO INGRESADO EN TRAUMATOLOGIA

Servicio de Traumatología.

4. Mejorar la capacidad de intervención profiláctica y terapéutica sobre el delirium por parte del personal sanitario adscrito al Servicio de Traumatología.

5. Disminuir la yatrogenia asociada al síndrome confusional agudo en el paciente anciano ingresado en el Servicio de Traumatología.

6. Extender la intervención al resto de Unidades de Hospitalización

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1ª fase: estudio de la incidencia de delirium entre los pacientes mayores de 74 años ingresados en la planta de Traumatología. Como variables secundarias se estudiarán la situación funcional (determinada por el índice de Barthel) y la ubicación del paciente. Las variables secundarias se determinarán al alta del Servicio de Traumatología y a los 3 meses). Responsables: Mª Jesús Vicente Romero y Concepción Estaban Silvestre. Contenido: Administración diaria del Confusion Assessment Method (CAM) a los pacientes mayores de 74 años ingresados en la planta de Traumatología. Determinación de la situación funcional basal y al alta mediante la administración del índice de Barthel.

2ª fase: programa educativo dirigido al personal facultativo y de enfermería. Responsables: Paloma González García y Carlos Martín Hernández. Contenido: sesiones clínicas sobre detección, profilaxis y tratamiento del delirium dirigidas específicamente a personal facultativo, enfermeras y auxiliares de enfermería. Poster sobre medidas ambientales y generales de prevención en los controles de enfermería.

3ª fase: programa específico de actuación en áreas consideradas de riesgo. Responsables: todos los miembros del equipo de mejora. Contenido: medidas sencillas sin coste económico adicional dirigidas a mejorar siete áreas específicamente:

- Orientación: relojes y calendarios en las habitaciones, saludo diario a los pacientes con información relativa al espacio, lugar y motivo del ingreso, educación al familiar/cuidador. Responsable: personal de enfermería.
- Aislamiento sensorial: proporcionar a los pacientes sus gafas y prótesis auditivas. Responsable: personal de enfermería.
- Sueño: horarios adecuados de toma de constantes y administración de fármacos. Infusión o leche templada al acostarse. Responsable: personal de enfermería.
- Movilidad: levantar a los pacientes diariamente si es posible, iniciar la movilización precozmente, estimular la movilización fuera de la habitación, cambios posturales c/3 horas si no es posible levantar al paciente, evitar las medidas de restricción física, evitar la perfusión endovenosa continua s/p, retirar sonda vesical en cuanto sea posible. Responsable: facultativos de la orden médica, personal de enfermería de la aplicación de la misma.
- Hidratación: tópica y enteral. Proporcionar al menos cuatro vasos de agua/gelatina al día. Aplicación de crema hidratante. Responsable: personal de enfermería, facultativos de la valoración del estado de hidratación sistémica.
- Nutrición: control de la ingesta alimentaria, proporcionar suplementos nutricionales en caso de necesidad. Responsable: personal de enfermería, facultativos de la valoración nutricional y la indicación del suplemento.
- Utilización de fármacos: revisión diaria de los fármacos que se administran al paciente, retirada de fármacos anticolinérgicos, retirar o reducir la dosis de fármacos psicoactivos y sedantes. Responsable: facultativo de la orden médica, enfermería de la aplicación.

4ª fase: determinación de la incidencia de delirium tras la institucionalización de la intervención multicomponente. Como variables secundarias se estudiarán igualmente el grado de autonomía funcional y la ubicación del paciente al alta del Servicio de Traumatología y a los 3 meses.

5ª fase: publicidad de los resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Variable principal: incidencia de delirium entre los pacientes mayores de 74 años ingresados en el Servicio de Traumatología. Comparación de las incidencias en la fase 1ª y en la 4ª.

Variable secundaria 1: grado de deterioro funcional determinada por el índice de Barthel al alta del Servicio de Traumatología y a los 3 meses.

Variable secundaria 2: ubicación del paciente al alta del Servicio de Traumatología y a los 3 meses

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1ª fase: abril de 2010

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

350

**PROFILAXIS DEL DELIRIUM EN EL ANCIANO INGRESADO EN TRAUMATOLOGIA**

2ª fase: última semana de abril de 2010

3ª fase: mayo a diciembre de 2010

4ª fase: enero a marzo de 2011

5ª fase: abril de 2011

## 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ARMARIO ARCHIVADOR .....	625 €
· CAJONERA .....	300 €
· ORDENADOR DE MESA .....	400 €
· IMPRESORA MULTIFUNCIÓN .....	450 €
Total .....	1.775 €

## 11. OBSERVACIONES.