

Anexo 2	Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón
---------	--

1.- TITULO

"MEJORA DE CALIDAD EN UN PROGRAMA DE H.T.A."

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos LUIS A. HIJÓS LARBAZ

Profesión DUE Centro de trabajo C.S. DE GRAÑEN

Dirección AVD. FLUMEN Nº 9

Localidad GRAÑEN Código postal y provincia 22260 HUESCA

Teléfono 974390176 Fax 974 391287 Correo electrónico

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
LUIS HIJOS LARBAZ	D.U.E.	E.A.P. DE GRAÑEN
MARIANO MUNIESA ABADIA	MEDICO	" "
SILVIA SUÑER ABADIA	D.U.E.	" " 392789
MARIA DOLORES GARCIA BELLO	MEDICO	" "
MARIA DOLORES LEDESMA ROMANO	MEDICO	" "
ALICIA PUY CABRERO	MEDICO	" "
FERNANDO ARANGUREN MARTINEZ	MEDICO	" "
ELENA OLIVEROS USED	MEDICO	" "
DOMINGO ARA LAUNA	MEDICO	" "
ANGEL CASTELLANOS DE MUR	D.U.E.	" "
ANA MENDOZA ESCUER	D.U.E.	" "

Anexo 2

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Inadecuado control de la tensión arterial de los pacientes hipertensos. Las oportunidades de mejora irán encaminadas a la resolución de los problemas de:

1. ESTRUCTURAS: calibración de aparatos...
2. PROCESO: falta de hojas de registro, actividades de formación específica...
3. RESULTADOS: eficacia y cobertura...

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

- La alta prevalencia de la H.T.A. y sus secuelas nos marca la importancia de mejorar en las áreas relativas a ella.

- Debemos descubrir y describir las posibles causas de los problemas detectados en la realización del programa de H.T.A. para poder aplicar las oportunidades de mejora necesarias.

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- Aportaciones del estudio HOT al manejo de pacientes hipertensos (A. COCA) Unidad de Hipertensión del Instituto de Investigación Biomédica Agust Pi Suñer.

- Mejora de calidad en A.P. B.Solans Aisa. Unidad Docente de M. F. y C. de Huesca.

- Tratado de hipertensión 2ª Ed. Fundación para Estudio de Enfermedades Cardiovasculares. J.L. Rodicio, J.C. Romero y L. M. Ruilope.

Anexo 2

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

OBJETIVOS DEL PROYECTO:

1. Realización de Audit para identificación de las causas.
2. Reiniciar la realización de evaluaciones internas de los distintos programas.
3. Favorecer la instauración de un programa de mejora continua en H.T.A.
4. Aplicación de medidas correctoras: motivar el registro de las actividades, favorecer ADH al Ttº y medidas higienodietéticas y promocionar la formación continuada de H.T.A. y calidad.
5. Reevaluación.

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

Hemos creado un grupo de trabajo de mejora de calidad.
Entre los problemas identificados hemos priorizado dos:

1. Inadecuado control de la H.T.A.
2. Disminución en la cobertura de gripe en pacientes menores de 65 años con factores de riesgo.

Para este proyecto hemos decidido presentar el plan de mejora de H.T.A. Queda pendiente el calendario de actividades.

ACTIVIDADES Y CALENDARIO

Hemos creado un grupo de trabajo de mejora de calidad. Entre los problemas detectados hemos priorizado dos:

- Inadecuado control de la HTA
- Disminución en la cobertura de la vacunación antigripal en los distintos grupos de pacientes

Después de la selección del problema "inadecuado control de la HTA" procedemos a realizar un audit medico cuyas actividades detallamos a continuación

TAREA	ENCARGADOS	FECHA FINALIZACION
<ul style="list-style-type: none"> • Diseño del estudio. • Construcción de criterios. • Elaboración de estándares. 	Grupo de trabajo de Calidad y responsables del programa de HTA.	Octubre de 2000
<ul style="list-style-type: none"> • Obtención del índice 	EAP	Noviembre de 2000
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de discrepancias 	Grupo de trabajo de Calidad	Noviembre de 2000
<ul style="list-style-type: none"> • Propuesta de medidas correctoras 	Responsables del programa HTA	Diciembre de 2000
<ul style="list-style-type: none"> • Implantación de medidas • Monitorización 	EAP	Un año
<ul style="list-style-type: none"> • Reevaluación 	EAP	sept-oct de 2001

RECURSOS Y VALORACION DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

Material Inventariable		
Material Fungible		
	Material de oficina	50000
Viajes y dietas		
		200000
Otros gastos		
	Calibración de esfignomanómetros	75000
	Formación continuada. Interconsultas con AE.	80000
	Asesoramiento informatico	25000
	TOTAL	430000

Consideramos interesante la utilización de un registro continuado de HTA durante 24h (tipo Holter) o esfignomanómetros electrónico de fácil uso para el diagnóstico diferencial de la HTA de "bata blanca".

Anexo 2. Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón.

1. TITULO

Tratamiento adecuado de la gripe en Atención Primaria. ¿En qué medida prescribimos antibióticos?

2.1. RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Andresa Gil Domingo.

Profesión: Médico. Centro de trabajo: Centro de Salud de Calamocha.

Dirección: Paseo San Roque s/n.

Localidad: Calamocha. Código postal y Provincia: 44200 (Teruel).

Teléfono: 978731014 Fax: 978731281 Correo electrónico:

2.2. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

<u>Nombre y apellidos</u>	<u>Profesión</u>	<u>Centro de trabajo</u>
M ^a Aurita Auria Lambán	Médico	Z.S. Calamocha
Andresa Gil Domingo	Médico	Z.S. Calamocha
M ^a Angeles Herrero Gil	Médico	Z.S. Calamocha
Emilio Jiménez Marín	Médico	Z.S. Calamocha
Cristina Lueza Lampurlanés	Médico	Z.S. Calamocha
José Luis Ramos Lobera	Médico	Z.S. Calamocha

Anexo 2. Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón.

3.1. OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

1. Registro incompleto en las historias clínicas de la actuación médica en la consulta a demanda.
2. Uso inadecuado de antibióticos en procesos gripales.

3.2. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

- La historia clínica es la base de una adecuada atención al paciente. Es conveniente su correcta cumplimentación.
- Es muy importante el uso racional del antibiótico en Atención Primaria para evitar resistencias, reducir gastos, buena praxis médica...
- Creamos criterios consensuados entre los componentes del Equipo.
- Creamos conciencia de nuestro trabajo al realizar una evaluación interna.
- Nos permite establecer ciclos de mejora y reevaluaciones posteriores.
- Permite mejorar los resultados tras introducir algunas medidas de cambio.

4. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- Saturno PJ. Curso de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Métodos de Evaluación, Técnicas y Herramientas para la Mejora de la Calidad Asistencial en Atención Primaria. Universidad de Murcia. Dupont Pharma. 1997.
- Palmer. Evaluación de la asistencia ambulatoria: Principios y práctica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1990.
- González Daquino A. Calidad total en Atención Primaria de Salud. Díaz de Santos, 1994.
- Saturno PJ, y cols. Prescripción inadecuada de antibióticos en el resfriado común: ¿es posible mejorar?. Atención Primaria. Vol.24, Núm.2:59-65. Junio 1999.
- Saturno PJ, Gascón JJ, Fonseca Y. El uso racional de medicamentos en la terapéutica de las infecciones respiratorias agudas de vías altas. Rev. Española de Quimioterapia. 1994; 783); 238-245.
- Saturno PJ, Gascón JJ, Antón J. Efectividad de las actividades internas de evaluación y mejora de la calidad. Resultados de un estudio randomizado. Revista de Calidad Asistencial 1995; 10(4):177.

Anexo 2. Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón.

5.1. PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

En la Zona de Salud de Calamocha desde el día 1 de Noviembre de 1999 hasta el día 31 de Marzo de 2000 se han declarado 240 gripes, se han realizado 10375 consultas médicas a demanda, 1383 consultas médicas a domicilio, se atendieron 1212 urgencias en el Centro de Salud y 302 urgencias a domicilio.

A partir de estos datos, queremos conocer en qué medida estamos usando bien los antibióticos y en qué medida se reflejan bien todos los datos en la historia clínica. Para ello, todos los profesionales del equipo estamos trabajando en un muestreo sobredimensionado, proporcionado y aleatorio.

Se pretende conseguir los siguientes objetivos:

1. Utilizar la historia clínica para registro de toda actividad médica.
2. Usar adecuadamente los antibióticos en Atención Primaria.
3. Adecuar el gasto farmacéutico.
4. Manejar habitualmente la Guía Antimicrobiana del Área.

5.2. PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

1. Creación de un grupo de trabajo dentro del Equipo de Atención Primaria. Mayo 2000.
2. Formación técnico-científica de los profesionales. Comienzo en Abril 2000 y continúa.
3. Estudio de los problemas sentidos según técnica del grupo nominal. Mayo 2000.
4. Priorización y elección de problemas a trabajar. Mayo 2000.
5. Diseño de estudio:
Recogida de datos: total de historias clínicas de la Zona, número de gripes declaradas en el período a estudio, consultas médicas a demanda, consultas médicas a domicilio, urgencias atendidas en el Centro de Salud y a domicilio.
Junio 2000.
6. Elaboración de criterios. Junio 2000.
7. Diseño de la evaluación: Sobre un muestreo sobredimensionado de 1045 historias clínicas se realizará una evaluación interna, proporcional y cruzada. Julio 2000.
8. Análisis de los resultados. Fijación de estándares. Septiembre 2000.
9. Medidas de cambio consensuadas entre todo el Equipo en sesiones clínicas. Octubre 2000.
10. Reevaluación. Noviembre 2000-Abril 2001.

11. Anexo 2. Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón.

6. RECURSOS Y VALORACION DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

<u>Material inventariable</u>	<u>Pesetas</u>
- Bibliografía: Palmer y otros.	20.000
- Ordenador portátil	300.000
<u>Material fungible</u>	
- Folios y hojas de transparencias	15.000
<u>Viajes y dietas</u>	
- Cursos de formación (para 3-4 personas, duración 3-4 días)	50.000
<u>Otros gastos</u>	
12. Suscripción a Curso de mejora de la calidad a distancia, Suscripción a revistas como Cuadernos de Gestión.	50.000
TOTAL PESETAS	435.000

Anexo 2

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la
Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

1.- TITULO

CICLO DE MEJORA DE CALIDAD EN LA CUMPLIMENTACION DEL
INFORME CLINICO DE URGENCIAS Y POSTERIOR CIRCUITO

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y Apellidos: RAFAEL GOMEZ NAVARRO

Profesión: MEDICO Centro de Trabajo: EAP TERUEL RURAL

Dirección: C/ DEAN BUJ s/n

Localidad: TERUEL Código Postal y Provincia: 44001- TERUEL

Teléfono: 978- 607664 Fax: Correo electrónico:

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
SILVIA CARRASCO BONILLA	Enfermera	EAP Teruel Rural
CARMEN MARTINEZ ALCON	Enfermera	EAP Teruel Rural

Anexo 2	Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón
---------	--

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

MALA CUMPLIMENTACION Y CIRCUITO POSTERIOR DE LOS INFORMES DE URGENCIAS

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

EL PROYECTO DEBE SERVIR TANTO PARA AUMENTAR LA CALIDAD CIENTIFICO-TECNICA EN LA CUMPLIMENTACION DE LOS INFORMES CLINICOS DE URGENCIAS COMO PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS USUARIOS AL GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS CON EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO POSTERIOR DEL CIRCUITO

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

CURSO DE CALIDAD ASISTENCIAL EN ATENCION PRIMARIA

Pedro J. Saturno

Universidad de Murcia. Du Pont Pharma

Muy util como guia básica para el desarrollo de un Ciclo de Mejora de Calidad en A.P. para EAP sin experiencia previa

LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DE CALIDAD. DEFINICION Y METODOS DE IDENTIFICACION

En: Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Cap 7; 17-45

Josep Davins

Muy util para la fase de identificación y priorización de problemas

ANALISIS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA. LA BUSQUEDA DE CAUSAS

En: Tratado de calidad Asistencial en Atención Primaria. Cap 8. 49-72

Joaquin Uris/Emilio Pariente

Detallada exposición de los métodos para el análisis de las causas de los problemas de calidad

MANUAL PARA EQUIPOS DE MEJORA DE CALIDAD

Fundación Avedis Donabedian

Imprescindible siempre leer a un "clásico" en esta materia

Anexo 2

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

OBJETIVOS

- 1.- ASEGURAR LA CUMPLIMENTACION DE LOS INFORMES CLINICOS DE URGENCIAS.
- 2.- MEJORAR LA CALIDAD CIENTIFICO-TECNICA DE LOS INFORMES CLINICOS DE URGENCIAS.
- 3.- AUMENTAR LA COORDINACION ENTRE LOS PROFESIONALES DEL EAP Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS EN LOS USUARIOS QUE DEMANDA ASISTENCIA URGENTE.

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

SE DETALLA EN LA MEMORIA QUE SE ADJUNTA

Anexo 2	Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón
---------	--

6.- RECURSOS Y VALORACION DEL PRESUPUESTO SOLICITADO	
Material inventariable	Pesetas
—	—
— PROYECTOR DE TRANSPARENCIAS — MODELO OVERTRAC (OT)	121.000
— PANTALLA MURAL PM-1 — 1500x1500 mm.	20.700
— PIZARRA — 100 x 150 cm.	18.200
—	—
Material fungible	
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
Viajes y dietas	
—	—
—	—
— Los que se pudieran derivar de la — Selección del proyecto presentado	sin cuantificar
—	—
Otros gastos	
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—

TOTAL PESETAS	169.900
----------------------	---------

Anexo 2	Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón
---------	--



1.- TITULO

PLAN ESTRATEGICO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos	BENITO LUÑO GARCIA		
Profesión	MEDICO	Centro de trabajo	C.S. UTRILLAS
Dirección	AVDA VALENCIA S/N		
Localidad	UTRILLAS	Código postal y provincia	44760 TERUEL
Teléfono	978 758212	Fax	978757166 Correo electrónico med008828 nacom.es

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ANA BELEN ASENSIO MARTINEZ	DUE	C.S. UTRILLAS
LUCIA BARTOLOME LALANZA	PED	"
ANA CALVO ABANTO	DUE	"
LORENZO CLADERA CRESPI	MED.	"
ALBERTO COMPES LORENTE	MED.	"
FRANCISCO CORTES PEREZ	MED:	"
WENCESLAO GOMEZ LOPEZ	DUE	"
ELVIRA IBAÑEZ CUBERO	MED	"
LUIS FERNANDO MARIN HERRERO	MED:	"
ISABEL MINGUILLON SANZ	DUE	"
M ^a ANGELES MONTON ESCOLANO	DUE	"
GEORGES NASSAR ALLAN	MED.	"
M ^a VICTORIA RUBIELLA RAMOS	DUE	"
ALEX VILLANUEVA CABRERA	DUE	"

Anexo 2

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

"OBSERVACION DEFICIENTE DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN LA DIABETES MELLITUS".

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

La diabetes mellitus es un prototipo de enfermedad crónica de alta prevalencia que precisa del cuidado sanitario del paciente durante toda su vida. También requiere la participación activa del enfermo. El objetivo en Atención Primaria debe ser coseguir un seguimiento del paciente que sea accesible, integral, de buena calidad y a un coste razonable.

La observación de los indicadores de calidad propuestos por los expertos con la periodicidad indicada, siguiendo un protocolo, nos permite desde nuestro nivel un mejor control metabólico del paciente diabético, que a su vez reducirá el número de complicaciones vasculares y de la evolución de las mismas. Para el paciente, estas medidas aumentan su calidad de vida y su satisfacción.

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

La bibliografía que se relaciona a continuación, refiere el beneficio que se obtiene como prevención secundaria mediante el control metabólico del paciente y una determinada práctica médica. Se muestran series estadísticas que lo avalan.

En nuestro caso, destacamos la importancia de la Hemoglobina Glicosilada (HbA_{1c}) como parámetro de referencia del control glucémico y de la microalbuminuria, por su significación pronóstica.

- 1.- R. C. Turner et al, *UKPDS Study Organisation*. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33) *The Lancet* 1998; 352:837-853.
- 2.- J. Espinàs, R.M. Salla y M.Molas. Indicadores de calidad en diabetes mellitus. *Aten Primaria* 1994;13:148-149
- 3.- J.M. Bádenas, et al. *Panel de Expertos, Ministerio de Sanidad y Consumo*. Ordenación de recursos para la atención sanitaria de las personas con diabetes. *Aten Primaria* 1996;17:471-479
- 4.- F. Fernandez Suarez, A. Trueba, J.A. Femús, et al. Influencia de un programa de atención al diabético sobre su control. *Aten Primaria* 1995; 15:341-348.
- 5.- E. Lara, R. Hervás, M.T. Gonzalez et al. Predicción del grado de control metabólico por las normas técnicas mínimas en el programam de diabetes. *Aten Primaria* 1997;19:313-316.
- 6.- F. Piñeiro, V. Gil, M. Donis, M.T. Torres, et al. Factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en la diabetes no inusinodependiente. *Aten Primaria* 1997;20: 415-420.
- 7.- J. Fernández de Mendiola Espino, A. Iza Padilla, I. Lasa Beitia, et al. Evaluación de la población diabética tipo II atendida en un equipo de atención primaria. *Aten primaria* 1996; 17: 432-438.
- 8.- J.L. Sánchez Ramos, J.A. Hidalgo Salvador, E. Romero Andivia, et al. Análisis de la fiabilidad de una hoja de recogida de datos. Estudio de concordancia interobservador. *Aten primaria* 1998; 22: 105-108.

La bibliografía que se relaciona a continuación, refiere el beneficio que se obtiene como prevención secundaria mediante el control metabólico del paciente y una determinada práctica médica. Se muestran series estadísticas que lo avalan. En nuestro caso, destacamos la importancia de la Hemoglobina Glicosilada (HbA_{1c}) como parámetro de referencia del control glucémico y de la microalbuminuria, por su significación pronóstica.

1. R. C. Turner et al, *UKPDS Study Organisation*. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33) *The Lancet* 1998; 352:837-853.
- 2.- J. Espinàs, R.M. Salla y M.Molas. Indicadores de calidad en diabetes mellitus. *Aten Primaria* 1994;13:148-149
- 3.- J.M. Bádenas, et al. *Panel de Expertos, Ministerio de Sanidad y Consumo*. Ordenación de recursos para la atención sanitaria de las personas con diabetes. *Aten Primaria* 1996;17:471-479
- 4.- F. Fernandez Suarez, A. Trueba, J.A. Fermús, et al. Influencia de un programa de atención al diabético sobre su control. *Aten Primaria* 1995; 15:341-348.
- 5.- E. Lara, R. Hervás, M.T. Gonzalez et al. Predicción del grado de control metabólico por las normas técnicas mínimas en el programam de diabetes. *Aten Primaria* 1997;19:313-316.
- 6.- F. Piñeiro, V. Gil, M. Donis, M.T. Torres, et al. Factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en la diabetes no inuslinodependiente. *Aten Primaria* 1997;20: 415-420.
- 7.- J. Fernández de Mendiola Espino, A. Iza Padilla, I. Lasa Beitia, et al. Evaluación de la población diabética tipo II atendida en un equipo de atención primaria. *Aten primaria* 1996; 17: 432-438.
- 8.- J.L. Sánchez Ramos, J.A. Hidalgo Salvador, E. Romero Andivia, et al. Análisis de la fiabilidad de una hoja de recogida de datos. Estudio de concordancia interobservador. *Aten primaria* 1998; 22: 105-108.
- 9.- J.V. Solanas Prats, J.M. Soler Torró, A. Ros García, et al. Validez de los métodos semicuantitativos de cribado de la microalbuminuria en la diabetes mellitus. *Aten Primaria* 1998; 22: 631-635.
- 10.- T. Mur Martí, J. Franch Nadal, J. Morató Griera, et al. Nefropatía y microalbuminuria en la diabetes tipo II. *Aten Primaria* 1995; 16: 516-524.
- 11.- X. Mundet Tuduri, P. Tomás Santos y R. Gimbert Ràfols. ¿Cómo valorar la microalbuminuria? . *Aten primaria* 1996; 17: 175-176.
- 12.- Sociedades Españolas de Diabetes, Endocrinología, Medicina Familiar y Comunitaria y Nefrología. Documento de consenso sobre pautas de detección y tratamiento de la nefropatía diabética en España. *Aten primaria* 1998; 21: 471-476.
- 13.- R. Solans Ruiz, A. Alvarez Limpio, M. Martín Reyes et al. Hoja de registro para el seguimiento de la diabetes I-II. *Aten primaria* 1997; 19: 383-384.
- 14.- M. Malik et al. Can plasma fructosamine substitute for glycated haemoglobin(HbA_{1c}) estimation in the assessment of biabetic control?. *Trop Doct.* 2000 ;30: 74-76.
- 15.- P. Gillery et al. {HbA_{1c}: clinical and biological agreement for standanzation of assay methode. *Diabetes Metab.* 1999; 25: 283-287.

Anexo 2

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General:

Mejorar el control metabólico del diabético mediante indicadores analíticos.

Objetivos específicos:

- El 80% de los pacientes incluidos en el Programa de Diabetes deben tener, al menos, una determinación de HbA_{1c}.
- El 75% de estos pacientes deben tener cifras aceptables de HbA_{1c}. (< 7.5%)
- El 10% de los pacientes incluidos debe tener, al menos, una determinación de microalbuminuria.
- Actuar frente a la microalbuminuria según protocolo contrastado, tanto en determinaciones positivas, como en negativas.
- El 10% de los pacientes incluidos debe recibir formación grupal para educación en la diabetes

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

Mayo 2000 :	Resultados sobre el grupo focal. Inclusión de objetivos.
Junio 2000:	Confección del proyecto.
Julio 2000:	Aprobación del proyecto por el EAP y presentación.
Junio 2000:	Sesión formativa
Septiembre 2000:	sesión formativa
Octubre 2000:	educación grupal a nivel local.
Febrero 2001:	evaluación.

Anexo 2

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

6.- RECURSOS Y VALORACION DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

Material inventariable

Pesetas

+ ORDENADOR CON IMPRESORA	200.000 pta
+ PROSRATA PARA BASE DE DATOS	15.000 "
+ MATERIAL EDUCATIVO PARA EL PACIENTE	15.000 "

Material fungible

+ FOLLETOS EDUCATIVOS	10.000 pta

Viajes y dietas

+ ASISTENCIA A CURSOS RELACIONADOS CON	
- EDUCACION A GRUPOS	
- EDUCACION Y AVANCES SOBRE DIABETES	
- MEJORA CONTINUA DE CALIDAD	

Otros gastos

TOTAL PESETAS 240.000

Anexo 2

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

En el año 1997 se realizó en nuestro Centro de Salud un estudio descriptivo sobre las características del pie de los diabéticos en programa. En este contexto nos encontramos con que en más del 50% de los casos las historias clínicas carecían de registros de HBA1C, determinaciones de proteinuria y fondo de ojo. Con este motivo se priorizó en 1998 la realización de un ciclo de mejora continua de la calidad con la finalidad de que los pacientes se controlaran al menos anualmente mediante la determinación de HBA1C. Al iniciar el ciclo partimos de un 70,4% de historias con HBA1C realizada en el año anterior. Al año siguiente en la reevaluación hemos obtenido un porcentaje del 90,5 % (83,7-95,2). En esta misma evaluación aprovechamos para monitorizar el porcentaje de historias clínicas en las que constaban el registro de informes de fondo de ojo en los dos años anteriores, proteinuria en el año anterior y ECG al menos en los tres años anteriores. Los resultados fueron 44% (34,8-53,5) en el caso del fondo de ojo, 39,7% (30,7-48,2) en el caso de la proteinuria y 60,3% (50,8-69,3) en el caso del ECG. Con estos datos consideramos prioritario iniciar un nuevo ciclo de mejora sobre prevención de las complicaciones en diabetes.

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

La retinopatía diabética es la causa más frecuente de ceguera en los países desarrollados, la prevalencia de amaurosis en los diabéticos es de un 2-3%. Hasta un 20% de los diabéticos tipo II presentan algún grado de retinopatía en el momento del diagnóstico. A los 20 años más del 60% la tienen. Se recomienda la realización de un fondo de ojo anual en la gúla en el diabético sin retinopatía, con mayor frecuencia en los que la tienen (por problemas de demanda en el servicio de oftalmología del hospital de Alcañiz se consensó pedir el fondo de ojo cada 2 años en el diabético sin retinopatía).

Se estima en un 15% la prevalencia de nefropatía en los pacientes con diabetes tipo II, recomendando los grupos de expertos la realización de una determinación de microalbuminuria anual en los pacientes sin nefropatía.

La macroangiopatía es responsable de más del 60% de las muertes en el paciente diabético (el 75% por cardiopatía isquémica). Es por ello que los grupos de expertos recomiendan la realización de ECG con carácter anual o bianual.

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

BIBLIOGRAFIA

1. American Diabetes Association. Screening for Diabetic retinopathy. Diabetes Care 1985; 18:21-23.
2. Davis MD. Diabetic Retinopathy. A clinical overview. Diabetes Care 1992; 15: 1844-1874.
3. Muñoz A., García F., Trilla M. Retinopatía diabética. Atención Primaria 1990; 7: 217-222.
4. American Diabetes Association. Consensus Development Conference on Diagnosis and Management of Nephropaty In Patients with diabetes mellitus. Diabetes Care 1994; 17: 1357-1361
5. Ortiz JC, Rueda D., Cano J.F. Nefropatía diabética. Atención Primaria 1990; 7: 304-311.
6. Schwab SJ, Dunn FL, Feinglos MM. Screening for microalbuminuria. Diabetes Care 1992; 15: 1581-1584.
7. Cano J.F. Diabetes mellitus. En : Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. Martín Zurro / JF Cano. 3ª edición.

Anexo 2

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Tras analizar en diagrama causa-efecto encontramos como principal problema la pérdida de contacto del paciente con la consulta médica en la creencia de que un control periódico de la glucemia capilar basta para controlar la diabetes. Los pacientes en programa están en contacto regularmente con el servicio de enfermería, bien para realización de glucemias capilares, bien para adquisición de tiras reactivas. Sería deseable que fuera enfermería quien remitiera a estos pacientes a la consulta médica con el fin de:

1. Conseguir que los diabéticos incluidos en programa tengan determinaciones al menos anuales de proteinuria, sea mediante albúmina/creatinina o proteinuria de 24 horas.
2. Conseguir que a los diabéticos incluidos en programa se les practique al menos un registro de fondo de ojo cada dos años. (Consensuado con el servicio de oftalmología del hospital de Alcañiz en función de su demanda).
3. Conseguir que los pacientes diabéticos incluidos en programa tengan al menos un ECG cada tres años, y si es hipertenso con carácter anual.

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO.

- Elaboración de criterios (ya realizado): Febrero 2000.
- Diseño de estudio de evaluación del nivel de calidad (152 casos, precisión 6% nivel de confianza del 95%, para el peor de los casos), recogida, análisis y discusión de los datos (Marzo-Abril 2000)
- Diseño de intervención: Mayo 2000. Se ha entregado a enfermería un protocolo de petición de pruebas complementarias para la prevención de complicaciones en el paciente diabético. Con carácter semestral el enfermero/a citará al paciente a consulta médica programada, (con motivo de la petición de HbA1C según protocolo) habiendo solicitado cuando corresponda el índice albúmina/creatinina, ECG y bioquímica. Tras la exploración física en consulta, el médico solicitará cuando corresponda el fondo de ojo. También se ha diseñado una hoja de monitorización de parámetros bioquímicos y pruebas complementarias con el fin de que cuando cualquiera de los profesionales del cupo tenga que pedir una prueba complementaria sepa inmediatamente si se le ha realizado o no con el fin de evitar duplicaciones o ausencia de dichas pruebas por falta de claridad en la historia. Se va a plantear en la comisión paritaria con especializada la implantación de un documento individual para cada diabético en el que consten los informes de fondo de ojo que se les van realizando, año tras año (faltan informes en muchos pacientes con retinopatía).
- Implantación de la intervención diseñada: Junio- Diciembre 2000
- Reevaluación del nivel de calidad: Enero-Febrero 2001. Se utilizarán los criterios anteriormente definidos.
- En dependencia de los resultados iniciaremos otro ciclo o pasaremos a la elaboración de indicadores para monitorización.

**FORMACION EN MEJORA DE CALIDAD:
IMPLANTACION DEL SERVICIO DE CONTROL
DE SINTRON CON COAGUCHEK**

CENTRO DE SALUD DE LUNA
AÑO 2000

1. JUSTIFICACION:

El proyecto se diseña como respuesta a la iniciativa de Diputación General de Aragón e Insalud de apoyar el trabajo de los equipos de atención primaria en mejora de calidad.

Los miembros del equipo no tenemos formación en mejora de calidad pero si estamos interesados en adquirirla y en poner en marcha el proceso que nos permita mejorar de forma permanente la calidad de los servicios que prestamos, tanto desde el punto de vista técnico como para lograr la máxima satisfacción de usuarios y profesionales.

Estamos dispuestos a ponernos en marcha si contamos con el apoyo formativo imprescindible. Hemos elegido el control de sintron con coaguchek, un servicio en fase de implantación en nuestro centro, tanto por el interés que tiene para los usuarios que ya no tendrán que desplazarse hasta Zaragoza, como por las dificultades que nos supone disponer de un solo aparato para 12 localidades, además de la formación en control de coagulación, coordinación entre medicina y enfermería, y con especializada.

NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESION	CENTRO TRABAJO
PILAR ABADIA PARDO	MEDICO	
ELVIRA JORDA REBOLL	MEDICO	
CONCEPCION DE PEREZ MADORRAN	MEDICO	
LUZ MARINA VALLE SERRANO	MEDICO	
BEGOÑA SAIZ PEREZ	A.T.S	
SILVIA GIMENEZ BESCOS	MEDICO	
JESUS ANGEL NAUDIN BERDUQUE	MEDICO	
TERESA GRACIA PELIGERO	A.T.S.	
MARTA DIEZ FLE	MEDICO	
Mª PILAR VALERO OROS	MEDICO	
LOURDES VICIOSO ELIPE	MEDICO	
JUAN RECIO Gª DE LA TORRE	MEDICO	
Mª JESUS ARIZA NAVARRO	A.T.S	
ANA ANGUAS GRACIA	A.T.S.	
Mª LUISA SALAFRANCA NAUDIN	AUX.ADMON	

2. EQUIPO DE MEJORA:

Adjuntamos el listado de los profesionales interesados, incluyendo refuerzos y sustitutos porque son imprescindibles para aspirar a una buena calidad del servicio y porque están motivados con el tema, dentro de lo que sus especiales condiciones laborales les permitan.

3.1. OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS:

Los miembros del equipo no tenemos formación en mejora de calidad.

La organización hace difícil el acceso equitativo de los usuarios de las diversas localidades.

La disponibilidad de un solo aparato hace casi imposible la atención en todas las localidades.

Si se respetase la distribución de funciones entre enfermería y medicina sería imposible el servicio en todas las localidades.

Los refuerzos y sustitutos no participan habitualmente, por sus condiciones laborales, en los procesos de decisión de implantación de servicios pero han de asumirlos en su trabajo diario.

3.2. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO.

La formación en mejora de calidad de todos los miembros del equipo incluyendo refuerzos y sustitutos.

El aprendizaje con un servicio de nueva implantación, que es muy valorado por los usuarios, un reto para los profesionales; exige coordinación entre medicina y enfermería; y además con atención especializada.

La disponibilidad de dos aparatos más puede evitar que las dificultades de organización terminen con un servicio de esta importancia.

Iniciar un proceso que nos permita a los profesionales mejorar la calidad de todos los servicios que prestamos y conseguir una mayor satisfacción de profesionales y usuarios.

4. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA.

No disponemos de libros ni revistas sobre mejora de calidad.

Sobre el uso del coaguehek asistimos a una sesión de formación impartida por la Doctora García del Centro de Salud Actur Sur en la que nos comunicó su experiencia en la utilización, materiales y organización del servicio.

Dos miembros del equipo asistieron a formación impartida por el Insalud.

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Formación de todo el equipo en mejora de calidad.
Facilitar el acceso equitativo a todos los usuarios.
Establecer indicadores del buen funcionamiento del servicio.
Creación de materiales que permitan la evaluación permanente del servicio.
Mejora de los conocimientos técnicos relacionados con el control de la anticoagulación.
Organizar la coordinación sistematizada con atención especializada.

5.2.- PLAN DE MEJORA, ACTIVIDADES Y CALENDARIO.

Una sesión al mes de 9 a 10,15 horas dedicada a formación en mejora de calidad y/o control de anticoagulación. Utilizaremos la reunión del equipo de los martes por la mañana. Precisaremos un profesional externo que al menos oriente y organice el trabajo, además de los materiales bibliográficos adecuados. Duración mínima estimada: 4 sesiones. Inicio: septiembre de 2.000.

Análisis de la organización y funcionamiento del servicio. Identificación de los problemas. Propuesta de soluciones. Duración: dos sesiones. Inicio enero de 2.001.

Puesta en práctica de las soluciones y monitorización de resultados. Duración: 2 meses. Inicio marzo de 2.001.

Valoración final. Mayo 2.001.

Anexo 2	Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón
---------	--

1.- TITULO

Propuesta de mejora de la asistencia en salud mental
en el Centro Penitenciario de Zaragoza

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos	José Manuel Arroyo Cobo		
Profesión	Médico	Centro de trabajo	Centro Penitenciario de Zaragoza
Dirección	Avda. Gómez Laguna 5 10º E		
Localidad	Zaragoza	Código postal y provincia	50009
Teléfono	976350316	Fax	Correo electrónico jmarroyo@nacom.es

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Manuel Becerril	médico	Centro Penitenciario Zaragoza
Marta Sanz	enfermera	Centro Penitenciario Zaragoza
José Antonio Ayesa	enfermero	Centro Penitenciario Zaragoza
Pascual Alcalde	enfermero	Centro Penitenciario Zaragoza
José Manuel Arroyo	médico	Centro Penitenciario Zaragoza
Clara Gayo	médica	Servicios Centrales. Madrid *
Isabel Avendaño	enfermera	Servicios Centrales. Madrid **
Maria Candelas López	médica	Servicios Centrales. Madrid ***

* Jefa de Servicio de Asistencia Sanitaria. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria

** Directora de Programas de Enfermería. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria

*** Técnica Superior. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria

Anexo 2

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

1. Elaborar un procedimiento que regule la comunicación entre los profesionales de atención primaria del Centro y el Servicio de Atención Especializada, capaz de optimizar el cuidado de los problemas de salud y racionalizar las derivaciones.
2. Manejo adecuado de los casos de salud mental más frecuentes en la consulta de atención primaria como son las demandas compulsivas de tranquilizantes y/o analgésicos, las interacciones entre agonistas opiáceos (Metadona), ansiolíticos y otros fármacos. Manejo de los Trastornos de la Personalidad presentes. Estimación del riesgo real de suicidio en los procesos depresivos que den lugar a situaciones pre o para suicidas y su correcta atención. Diagnóstico diferencial de los trastornos de somatización y su tratamiento. Manejo de los enfermos psicóticos y control eficaz de sus brotes.

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

Los cuestiones de salud mental en prisión generan una carga asistencial que supone cerca del 50% de la consulta diaria a demanda, bien por cuadros mentales únicos o por sujetos con patología dual. Sería interesante poder establecer un protocolo de derivación y una pauta consensuada para el manejo de estos pacientes en un entorno tan complicado para el tratamiento de procesos mentales como es el penitenciario. Recientemente la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria facilitó datos de un estudio transversal hecho en junio de 1998² indicando que el 40% de los reclusos son o han sido adictos a drogas y que en la fecha de corte estaban en tratamiento con neurolépticos el 4.9% (4.1-5.8) de los internos, con una antigüedad media de 2 años (553-884 días). Tomaban ansiolíticos el 9.7% (8.5-10.9) y antidepresivos el 5.1% (4.2-6.0), siendo la antigüedad media de los tratamientos de 1 año y 3 meses (365-551 días) y 1 año y 2.5 meses (316-566 días) respectivamente.

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

Un gran número de trabajos obtienen como conclusión la existencia de una mayor prevalencia de trastornos mentales entre los reclusos y como consecuencia un aumento de la necesidad de tratamiento de problemas de salud mental en las prisiones, recientemente Brooke y cols.¹ analizaron sobre una muestra de 750 internos en un corte transversal en 16 prisiones de Inglaterra y Gales en 1996 esta prevalencia, observando un 63% de internos con patología psiquiátrica, de estos, un 38% con problemas de abuso de sustancias psicoactivas, un 26% con trastornos neuróticos, un 11% con otros trastornos de la personalidad y un 5% de psicóticos, muchos de estos enfermos presentaban más de un diagnóstico.

En un extenso metaanálisis Coid J.³ revisó una serie de trabajos sobre trastornos mentales en sujetos encarcelados obteniendo como conclusión que las prisiones tienen un nivel de morbilidad psiquiátrica mayor que la población general o incluso que la población antisocial no encarcelada. Como consecuencias de la vida en prisión, se producen conductas elaboradas por imitación y muchos de los rasgos neuróticos que pueden observarse en el colectivo de presos son en realidad provocados por esta reproducción de conductas, de tinte neurotiforme que en determinados casos refuerzan comportamientos francamente neuróticos previos o desencadenados por el internamiento⁴

1. Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A. Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. Br. Med J. 1996; 313(7071): 1524-16527

2. Area de Salud Pública. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Estudio transversal sobre Sanidad Penitenciaria 22 junio 1998. DGIIIP. Ministerio del Interior. Madrid 1999.

3. Coid J. How many psychiatric patients in prison. Br. J. Psychiatry. 1984; 145: 78-86

4. Wulbert R. Inmate pride in total institutions. American Journal of Sociology. 1965; 71: 1-9

Anexo 2

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón**5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO**

Coordinación entre los profesionales de la sanidad penitenciaria que prestamos servicio en el Centro y el Servicio de Atención Especializada encargado de atender los problemas mentales de los reclusos. Establecer reuniones periódicas con el/los especialistas que fueran asignados para ocuparse de la asistencia a los reclusos, como medio para mejorar esta coordinación que tendría como objeto:

- 1- Analizar los problemas observados en la atención de la salud mental en el Equipo de Atención Primaria del Centro Penitenciario de Zaragoza, los procesos que se realizan y los aspectos susceptibles de mejora.
- 2- La elaboración de protocolos consensuados entre el Servicio de Atención Primaria del Centro Penitenciario, el de Atención Especializada y cuantas otras Instituciones intervengan en el cuidado de la salud mental de los reclusos, priorizando el manejo de las patologías más frecuentes, más graves o más problemáticas.
- 3- Actuaciones en promoción de la salud en materia de prevención de enfermedades mentales.
- 4- La formación en los temas propios de psiquiatría relacionados con la salud mental en las prisiones dirigida a médicos/as y enfermeros/as.
- 5- Elaborar indicadores de los niveles críticos de calidad de estos procesos que permitan su evaluación.

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

De forma aproximada podría establecerse el siguiente calendario:

- 1- Creación de una comisión de miembros del Equipo de Atención Primaria del Centro Penitenciario y del Servicio de Atención Especializada de Psiquiatría correspondiente para consensuar las actividades y el calendario de las mismas (6 meses)
- 2- Puesta en marcha de las mejoras en los procesos enumerados, discusión de los indicadores de medición y registro de los mismos. (6) meses
- 3- Evaluación en periodos de tiempo a determinar, de los resultados del proyecto. (12 meses)

Anexo 2	Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón
---------	--

1.- TITULO	EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO	
2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO		
Nombre y apellidos	RAFAEL DE PABLO	
Profesión	MEDICO	Centro de trabajo C.S. ARRABAL
Dirección	ANDADOR ARAGÜES PUERTO, S/N	
Localidad	ZARAGOZA	Código postal y provincia
Teléfono	976-731500	Fax 976-733324 Correo electrónico

2.2- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Cristina de Pablo Elvira	Psicologa	U.S.M.I.J. C.S. SAGASTA
Rosa Magallon Botaya	Médico	C.S. ARRABAL
Concepción Risco	Enfermera	C.S. FUENTES NORTE
Rosario Miravete	A. Admtvo.	C.S. FUENTES NORTE
Concepción Sanz	Fisioterapeuta	C.S. SEMINARIO

Anexo 2	Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón
---------	--

3.1 - OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Dentro de la cultura de la calidad, las administraciones sanitarias realizan periódicamente encuestas de opinión para conocer la satisfacción de los usuarios del sistema y las opciones de mejora que se pueden derivar de estos estudios. Sin embargo, es bien conocido el hecho de que es igualmente importante conocer la opinión de los trabajadores que dan asistencia a los usuarios, conocer sus expectativas y evaluar su satisfacción como un método indirecto de mejorar la calidad de la atención. La satisfacción del cliente interno está directamente relacionada con la satisfacción del cliente externo y con el rendimiento.

Aunque se respira en el ambiente un cierto grado de insatisfacción profesional, unido al conocido desgaste o burnout, creemos que este aspecto no está suficientemente valorado por la gestión sanitaria, y su conocimiento contribuiría a detectar situaciones mejorables.

3.2 - IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

La utilidad sería doble: por una parte, la derivada del objetivo, es decir, conocer las expectativas, necesidades y motivos fundamentales de satisfacción/insatisfacción de los profesionales que trabajan en atención primaria, para identificar opciones de mejora. Por otra parte sensibilizar a las administraciones sanitarias de la importancia de disponer de un mecanismo ágil y periódico para conocer la opinión del cliente interno, como un método asimilado más de identificación de problemas, dentro de un programa de calidad.

4.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- Métodos de evaluación de la calidad en atención primaria. NUTTING P. Et al. SS Editores. Barcelona. 1991.
- Calidad en el servicio a los clientes. Keith Denton. Ed. Diaz de Santos, Madrid. 1991.
- Marquet, R. Pujol, G. Jiménez J. Cuestionarios de satisfacción ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo? Cuadernos de Gestión 1995; 1: 23-33-
- Sánchez, JA. Saturno PJ. Las encuestas de satisfacción. En Dupont Tomo III cap. 29 1998.

5.1 - PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Analizar la satisfacción del cliente interno.
- Identificar de manera objetiva aquellos puntos críticos que están influyendo en la satisfacción y/o insatisfacción del profesional.
- Introducir en la comisión de calidad del área un método de identificación de problemas basado en la opinión del cliente interno.
- Proponer opciones de mejora que repercutan en una mayor satisfacción del cliente interno.

5.2 - PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

- Elección de una encuesta de satisfacción ya validada en nuestro país para su utilización en profesionales de atención primaria. Octubre 2000
- Determinación del tamaño de la muestra necesaria, por conglomerados. Cada conglomerado representa un estamento. Si se limita el estudio al área II y V cabría la posibilidad de encuestar a todos los profesionales del área. Octubre 2000.
- Difusión de la encuesta, por correo. Se prevé además de la encuesta estructurada, la posibilidad de que el encuestado manifiesta abiertamente sus opiniones, sugerencias, etc. Noviembre 2000-enero 2001.
- Análisis inicial de los resultados de la encuesta. Febrero 2001.
- Realización de un grupo de discusión con una selección reducida de profesionales sobre las propuestas del análisis preliminar. Marzo-abril 2001.
- Informe definitivo. Mayo-junio 2001.

**Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las
Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de
Atención Primaria de Aragón**

1.- TITULO: MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA.

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos CARMEN IZAGUIRRE ZUGAZAGA

Profesión : Pediatra. *Centro de trabajo* :CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

Localidad : ZARAGOZA

Código postal 50007

Teléfono 976556000

Fax 976556922

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE	Médico	C.S. DELICIAS SUR
BELEN BORRAJO GONZALEZ	Administrativa	C.S. DELICIAS SUR
M ^a JESÚS CABAÑAS BRAVO	Pediatra	C.S. DELICIAS SUR
M ^a CLEOFE CRESPO MAINAR	Enfermera	C.S. DELICIAS SUR
M ^a PILAR LACARTA VICIOSO	Enfermera	C.S. DELICIAS SUR
JOSE CARLOS PEREZ VILLARROYA	Médico	C.S. DELICIAS SUR

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- Cita telefónica
- Admisión- programa mostrador
- Falta de comunicación entre profesionales
- Necesidad de conocer la opinión del usuario en el proceso de mejora de la calidad del centro
- Interferencias en la consulta
- Atención domiciliaria
- Falta de tiempo para reuniones
- Tarjeta de largo tratamiento
- Informatización del centro

Estos problemas fueron los que se priorizaron de una larga lista elaborada mediante la técnica de grupo nominal entre varios profesionales del centro. El grupo de calidad seleccionó tres - Falta de comunicación entre profesionales, conocer la opinión del Usuario e Interferencias en la consulta- por su vulnerabilidad y por considerar que es una manera fácil de comenzar con el proyecto.

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

La orientación de la calidad asistencial en los servicios sanitarios hacia los métodos de mejora continua de la calidad es un hecho reciente, que se encuadra en el marco global de la calidad total procedente del mundo empresarial. En el ámbito sanitario sin el conocimiento de las expectativas y necesidades sentidas por los usuarios no se puede proporcionar una correcta orientación de los servicios.

En los primeros años de funcionamiento del Equipo del Centro de Salud Delicias Sur se realizaron distintos trabajos con la metodología del Control de Calidad, así como auditorias internas de historias o de algunos programas. En los últimos años estas actividades se habían dejado de realizar, aunque se sentía la necesidad de constituir un grupo estable de calidad con el fin de

detectar y, en la medida de lo posible, solucionar problemas de funcionamiento, tanto en el aspecto asistencial como organizativo, y promover otros aspectos nuevos de desarrollo asistencial del equipo teniendo en cuenta las necesidades y opiniones de la población.

En el mes de Marzo del presente año varios miembros del equipo participaron en un Curso de Mejora de la Calidad Asistencial, organizado por la Gerencia del Área. Este hecho ha servido de impulso a la constitución del Grupo estable de mejora de la calidad multiprofesional, con la idea de establecer un proceso continuo de calidad que tuviera presente, además de los problemas detectados por los profesionales, la opinión del usuario

4.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO

1. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Barcelona: Masson, 1989. *Primer libro publicado sobre el tema en nuestro país Desarrolla los temas conceptuales y metodológicos y utiliza ejemplos y experiencias europeas.*
2. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989. *Texto clásico sobre la metodología del control de calidad.*
3. Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la calidad asistencial en atención primaria: diseños de proyectos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990. *Se refiere a las primeras experiencias que se llevaron a cabo en nuestro país contando con la colaboración de un grupo estable de profesionales, apoyadas desde el Ministerio de Sanidad por Pedro Saturno.*
4. Vuori HV. Patient satisfaction- an attribute or indicator of the quality of care?. QRB 1987;106-108 . *La satisfacción del paciente como atributo per se de la calidad. Asistencial.*
5. Villatoro V, Corredera A, Escabias J, Fuentes T, Trillo C. Estudio Delphi de la metodología de calidad de Palmer en atención primaria: puntos fuertes y débiles y dimensiones de uso. Aten Primaria 1998; 4: 199-

204. *Estudio que concluye manifestando la utilidad del ciclo de Palmer en Atención Primaria, así como las indicaciones de su uso.*

6. Pascual L, Uris J, Alfonso MD, Sanmartín D, Sanz J, Campos C. Las reclamaciones y las hojas de sugerencias como método de incorporación de la opinión del usuario en atención primaria. Comparación con la perspectiva de los profesionales. *Aten Primaria* 1995; 7: 421-425. *Las hojas de sugerencias se utilizan más que las reclamaciones y hacen referencia sobre todo a problemas de estructura , organización y accesibilidad. En algunos de los problemas detectados se coincide con los detectados por los profesionales.*
7. Marquet R, Pujol G, Jiménez J. Cuestionarios de satisfacción: ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo?. *Cuadernos de Gestión* 1995; 1: 23-33. *Comenta los métodos para valorar la satisfacción de los clientes en atención primaria. Analiza la satisfacción como un aspecto subjetivo y explica de manera exhaustiva la manera de construir un cuestionario para monitorizar la satisfacción.*
8. Ramírez D, Casado P, Zarco J. Gestión de Calidad en Atención Primaria. *FOMECO* 1999; 3:130-142.

5.1.- PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO

- **OBJETIVOS GENERALES**

1. Consolidación del Grupo de Calidad
2. Participación del Consejo de Salud de la zona en el ciclo de mejora de la calidad
3. Implicación del resto de los profesionales del centro que no pertenecen al grupo e implicación del usuario que acude al centro

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Establecimiento un método permanente de detección de nuevos problemas de los usuarios y profesionales
2. Estudio de las interferencias o interrupciones que se producen en las consultas médicas y de enfermería e implantación de medidas correctoras para evitarlas en lo posible.

5.2.- PLAN DE MEJORA. ACTIVIDADES Y CALENDARIO

- *Abril:* Información al Equipo y constitución del grupo estable de mejora de la calidad
- *Mayo:* Información al Consejo de Salud sobre el proyecto del grupo estable de mejora de la Calidad y solicitud de colaboración
- *Julio y Agosto :* Buzones externo de sugerencias e interno de incidencias
- *Septiembre:* Encuesta de opinión del usuario que acude al centro. Para su realización se cuenta con el apoyo y colaboración del Consejo de Salud.
Información a los profesionales del centro

- *Octubre*. Elaboración del cuestionario para la recogida de las interferencias en la consulta.

6.- RECURSOS Y VALORACIÓN DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

	Pesetas
<i>Material inventariable</i>	
1 cartel fijo para el buzón de sugerencias	30.000
Libros	15.000
<i>Material fungible</i>	
Hojas de sugerencias	5.000
Hojas de incidencias	5.000
Encuestas	15.000
<i>Viajes y dietas</i>	
Asistencia a Jornadas de Calidad	
2 personas durante 3 días	100.000
Total pesetas	170.000

Proyecto presentado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de Aragón

1.- TÍTULO

Programa Integral de Garantía de Calidad del Centro de Salud de Cariñena (Anexo I)

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y Apellidos: M^a Victoria Fustero Fernández

Profesión: Médico

Centro de trabajo: C.S. de Cariñena

Dirección: Urbanización Santa Fé, calle 4^a, nº 25.

Localidad: Cuarte de Huerva

Código postal y provincia: 50410 (Zaragoza)

Teléfono: 976/504557

Fax: 976/504557

Correo electrónico: med009749@nacom.es

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Mario Bárcena Caamaño	Médico	Cariñena
Manuel Granado González	Médico	Cariñena
Antonio Oto Negre	Médico	Cariñena
Arturo Pérez Arnal	Enfermero	Cariñena
Israel Roig Bartolomé	Enfermero	Cariñena
Delfin Sarasa Piedrafita	Médico	Cariñena
Pilar Serrano Andrés	Enfermera	Cariñena

Colaboran:

Domingo Casbas Vela

Médico

Cariñena

M^a Pilar de Mingo Franco

Médico

Cariñena

M^a Paz Casanova Ruiz

Médico

Herrera de los Navarros

Isabel Postigo Mtnez.

Enfermera

Herrera de los Navarros

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- a. Por los profesionales del EAP (Anexo II)
- b. Por los componentes del grupo de Calidad (Anexo III)
- c. Por los usuarios, tras el envío de un cuestionario (pendiente de recepción) a un grupo de 47 informadores clave (Anexo IV)

3.2.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

La importancia de este proyecto radica en que con la filosofía explícita de mejorar la Calidad, estructura de manera integradora y práctica las diferentes actividades a realizar "a nuestra medida", basándose en las necesidades y problemas identificados tanto por los profesionales como por los usuarios en este Centro y en este momento.

La utilidad de este programa es que va a contribuir a la prestación de una asistencia sanitaria mejor, adecuando los cuidados a las necesidades de los pacientes, mejorando la continuidad de dichos cuidados y aumentando el grado de satisfacción tanto de los profesionales como de los pacientes.

4.- Bibliografía consultada y comentario de la misma

1. Saturno PJ. La definición de la calidad de la atención. En: Marquet i Palomer R, ed. Garantía de calidad en atención primaria. Monografías Clínicas en Atención Primaria. Barcelona; Doyma, 1993: 7-17.
2. Otero A, Saturno PJ, Marquet R. Mejora de la calidad en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Eds. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, vol I, 4ª ed. Madrid; Harcourt- Brace, 1999: 399-417.
3. Saturno PJ, Quintana O, Varo J: ¿Qué es la Calidad?. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Dupont Pharma. Madrid 1997.
4. Marquet R, Davins J, Casas J, Fernández R M. Garantía de calidad en un centro de salud: dos años de experiencia. Atención Primaria 1991;8: 746-752.
5. Galdos S. El porvenir de la calidad. Anales de la Facultad de Medicina. Vol. 58, Nº 1 - 1997. Lima -Perú
6. Lorenzo S, Mira J.J, Sánchez E. Gestión de la calidad total y medicina basada en la evidencia. Medicina Clínica 2000; 114: 460-463.
7. Arcelay A. Gestión de procesos. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 245-246.
8. Costa JM. Metodología del diseño de procesos. Cuadernos de Gestión 1998; 4: 17-22.
9. Vázquez E. Tratamiento anticoagulante: nuevos aspectos de una antigua terapia. Rev Clin Esp 1999; 2: 89-94.
10. Alonso R, Puche N, De la Fuente MD, Serrano P, García L. Control de calidad terapéutico del seguimiento de la anticoagulación oral en atención primaria: cuatro años de experiencia. Aten Primaria 1995; 15: 555-560.

5.- PLAN DE MEJORA . OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Reorganización del Servicio de Urgencias.
- Reparto de responsabilidades para las diferentes áreas.
- Posibilitar el aporte de las sugerencias o quejas de los pacientes en el Centro de Salud y los Consultorios Locales.
- Actualizar los Protocolos Clínicos del EAP.
- Ofrecer información a los usuarios acerca de los actuales servicios, horarios, etc. del Centro de Salud.
- Mejorar el circuito y validar los resultados de la anticoagulación oral en el medio rural.
- Comprobar la situación actual de "Cobertura de Vacunación Infantil" y de "Cumplimentación de la Hoja de Urgencias".
- Mejorar, unificar y posibilitar el registro y la explotación de datos de atención continuada.
- Analizar las modificaciones en el perfil de prescripción antibiótica tras las diversas intervenciones realizadas en el Centro/Área.
- Realizar una adecuada prevención secundaria en los pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica en la zona de salud.

5.2.- PLAN DE MEJORA . ACTIVIDADES Y CALENDARIO

- Organización del Servicio de Urgencias.
- Reparto de responsabilidades.
- Instalación de Buzones de Sugerencias en el Centro de Salud y los Consultorios Locales.
- Revisión y actualización de los Protocolos Clínicos.
- Mejora del conocimiento de los usuarios de los actuales servicios, horarios, etc. del Centro de Salud, mediante la realización de un tríptico.
- Evaluación del circuito y los resultados de la anticoagulación oral en el medio rural.(Anexo VI).
- Reevaluación de "Cobertura de Vacunación Infantil" y de "Cumplimentación de la Hoja de Urgencias".
- Mejora del registro y la explotación de datos de atención continuada mediante la creación de un sistema informático.
- Análisis de las modificaciones en el perfil de prescripción antibiótica, tras las diversas intervenciones (sesión sobre uso racional y nivel de resistencias en el área etc.)realizadas.
- Evaluación de los niveles de la fracción LDL-colesterol en los pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica en la zona de salud.

El calendario de estas actividades y otras relacionadas con la reorganización del grupo de mejora, queda reflejado en el cronograma adjunto (anexo V)

6 - RECURSOS Y VALORACIÓN DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

<i>Material inventariable:</i>	<i><u>Pesetas</u></i>
3 Coagucheck	255.000
12 Buzones	45.000
1 Ordenador Pentium III a 600 mhz 64 MB SDRAM HD 10Gb, CD-ROM 56 x, SB LIVE PCI, 3d Fx VOODOO 3000 AGP 16 MB, Monitor 15' Impresora Inyección de tinta	275.000

Material fungible

Triptico informativo (4.000 unidades, color)	120.000
Tiras reactivas de Coagucheck (200 unidades a 401,25)	80.250
Material de oficina (Folios, sellos, sobres, disquettes etc)	25.000

Viajes y dietas

Desplazamientos ocasionados por el proyecto	100.000
---	---------

Otros gastos

TOTAL PESETAS 900.250