

II Jornadas de Trabajo sobre

calidad en
salud
servicio aragonés
de salud

Zaragoza, 10 y 11 de febrero de 2003

En el año 2000 se puso en marcha el "Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Aragón"; desde entonces se han realizado cuatro convocatorias del mismo y un número, cada vez mayor, de proyectos de mejora se han integrado en el Programa. La acogida que muchos profesionales han dispensado al Programa hizo que en el año 2002, su ámbito de actuación se ampliase al resto de los niveles asistenciales: atención especializada, salud mental, atención sociosanitaria...

Mientras tanto, han tenido lugar hechos tan importantes como la transferencia al Gobierno de Aragón de los servicios del antiguo INSALUD. En este contexto, SALUD, el Servicio Aragonés de Salud, está construyendo su Sistema de Calidad, integrado en el conjunto de su organización y recogiendo toda la experiencia acumulada durante años en los hospitales y centros de salud de la Comunidad Autónoma.

De esta manera, la política de calidad de SALUD, al igual que otras organizaciones y empresas líderes en su sector, tiene que caminar hacia un modelo basado en la "gestión de calidad total". En SALUD, hemos decidido utilizar el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial, propuesto por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), como un instrumento que ayude a conseguirlo.

El Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en SALUD es otra importante herramienta del Sistema. En estas II Jornadas se presentarán los proyectos seleccionados en la convocatoria del año 2001. Y, además, también se van a exponer las comunicaciones y pósters realizados en nuestra Comunidad Autónoma y seleccionados por la Sociedad Española de Calidad Asistencial, para su Congreso Nacional, celebrado en Pamplona, en octubre del año pasado.

Quiero, finalmente, agradecer a todos los participantes y asistentes, vuestro trabajo en el día a día. Seguro que vuestras aportaciones serán determinantes para mejorar la calidad de la atención que prestáis en SALUD.

Zaragoza, febrero de 2003
Alfonso Vicente Barra

Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud

INTRODUCCIÓN

Las II Jornadas de Trabajo sobre Calidad en SALUD, constituyen una de las actividades del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad, que se desarrolla en el marco del Sistema de Calidad del Servicio Aragonés de Salud.

Las jornadas tienen los siguientes objetivos:

- Compartir experiencias sobre mejora de la calidad asistencial desarrolladas en la Comunidad Autónoma de Aragón
- Proporcionar conocimientos, herramientas y habilidades para la mejora de la calidad
- Impulsar la realización de actividades de mejora de la calidad y afianzar la "costumbre" de evaluar para mejorar
- Favorecer la comunicación y el intercambio de opiniones entre profesionales en lo que respecta a la calidad asistencial

Para lograr estos objetivos, en las jornadas se van a desarrollar los siguientes contenidos:

- Presentación de los proyectos seleccionados en la convocatoria del año 2001 del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en SALUD
- Exposición de las comunicaciones y pósters sobre experiencias realizadas en Aragón y que fueron seleccionados en el Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial del año 2002
- Exposición de las opiniones y aportaciones de expertos sobre el tema de la "satisfacción del usuario de los servicios de salud"
- Debate sobre las circunstancias que acompañan al trabajo sobre mejora de la calidad
- Además, en el focus-coffee, los coordinadores de los proyectos seleccionados en la convocatoria de 2001 del Programa de Apoyo; aportarán, de forma distendida y desde su experiencia, su opinión, quejas y sugerencias sobre los objetivos, la organización y desarrollo del mismo... para mejorar su funcionamiento y resultados
- Y también habrá un espacio para que se presente la futura Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

Por último hay que decir que el número de experiencias que se presentan, hace necesario que en diversos momentos, las jornadas tengan que desarrollarse en dos salas simultáneas, tal y como se puede apreciar en el programa. Los problemas que se deriven de esta circunstancia, como de cualquier otra, son responsabilidad exclusiva del equipo organizador.

Organización

- Aller Blanco, Ana (Area de Calidad de la Gerencia de Atención Primaria de Huesca)
- Andréu Román, M^a Mar (Area de Calidad de la Gerencia de Atención Primaria de Teruel)
- Arencibia Jiménez, Mercedes (MIR Salud Pública del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa)
- Barrabés Rodrigo, M^a Mar (Dirección de Atención Primaria, SALUD)
- Cisneros Izquierdo, Asunción (Area de Formación, SALUD)
- Coca Moreno, Julio (Area de Calidad de la Gerencia de Atención Primaria de las Areas 2 y 5 de Zaragoza)
- De Miguel Negro, Marcos (MIR Salud Pública del Hospital Universitario Miguel Servet)
- Enríquez Martín, Natalia (Area de Calidad de la Gerencia de Atención Primaria de las Areas 2 y 5 de Zaragoza)
- García Aísa, Juan Carlos (Sistema de Calidad, SALUD)
- Martín Sánchez, Juan Ignacio (MIR Salud Pública del Hospital Universitario Miguel Servet)
- Martínez Sánchez, Elena Vanesa (MIR Salud Pública del Hospital Universitario Miguel Servet)
- Ortigas Bueno, Maite (Dirección de Atención Primaria, SALUD)
- Pernas Tobía, Ana (Dirección de Atención Primaria, SALUD)
- Quintín Gracia, Javier (Dirección de Atención Primaria, SALUD)
- Serrano Peris, Diana (Area de Calidad de la Gerencia de Atención Primaria del Area 3 de Zaragoza)
- Torrijos Tejada, Mónica (MIR Salud Pública del Hospital Universitario Miguel Servet)

Coordinación de mesas

- Aller Blanco, Ana (Area de Calidad de la Gerencia de Atención Primaria de Huesca)
- Andréu Román, M^a Mar (Area de Calidad de la Gerencia de Atención Primaria de Teruel)
- Coca Moreno, Julio (Area de Calidad de la Gerencia de Atención Primaria de las Areas 2 y 5 de Zaragoza)
- García Mata, Juan Ramón (Unidad de Calidad del Hospital Universitario Miguel Servet)
- Moliner Lahoz, Javier (Unidad de Calidad del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa)

II Jornadas de Trabajo

Días 10 (tarde) y 11 (mañana y tarde) Febrero de 2003
Ciudad Escolar Pignatelli, C/ Jarque de Moncayo 23, Zaragoza
(Entrada Vía Hispanidad-Valdefierro)



Programa

DIA 10	15 h.	Entrega de documentación	
	16 h.	Presentación de las Jornadas (Aula 105) El Sistema de Calidad de SALUD (Antonio Brun, Director de Coordinación Asistencial de SALUD)	
	17 h.	Mesa 1 (Aula 103) Coordinación entre profesionales y niveles. Gestión por procesos	Mesa 2 (Aula 105) Utilización adecuada de tratamientos/medios diagnósticos
	18 h.	Descanso	
	19 h.	Conferencia (Aula 105): Presentación de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial; Susana Lorenzo (Junta Directiva de la Soc. Española de Calidad Asistencial) J.R. García Mata/J. Palacio (Soc. Aragonesa de Calidad Asistencial)	
DIA 11	10 h.	Mesa 3 (Aula 105) Satisfacción del cliente externo/interno	
	11 h.	Descanso	
	12 h.	Conferencia (Aula 105): ¿Cómo poner en marcha un proyecto de mejora y no morir en el intento? (A. Antoñanzas, J.R. Ara, L. Hijós, J.C. García Aísa)	
	13 h.		
	14 h.	Comida de trabajo. "Focus-coffee" sobre el "Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Salud"	
	15 h.	Participantes: Coordinadores de los proyectos seleccionados En la Convocatoria 2001	
	16 h.	Mesa 4 (Aula 103) Mejora de la organización y registros	Mesa 5 (Aula 105) Iniciativas de mejora en la intervención de unidades clínicas y grupos de pacientes
	17 h.	Descanso	
	18 h.	Conferencia (Aula 105): Los servicios de SALUD, orientados al "cliente externo": ¿qué pasa con la satisfacción? Josefina Caminal (Universidad Autónoma de Barcelona), José Joaquín Mira (Universidad Miguel Hernández)	
	19 h.	Presentación y clausura de las Jornadas: Alfonso Vicente Barra, Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud	

La asistencia a las Jornadas se certificará como un módulo de formación de 12 horas

MESA 1

Lunes 10, 17 horas, Aula 103

Coordinador: Javier Moliner Lahoz, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

1. Adecuación del tratamiento con benzodiazepinas, hipnóticos y antidepresivos e incorporación de terapias no farmacológicas para la ansiedad y/o depresión en atención primaria

Coordinadora: C. Montón

EAP Casablanca y Gerencia Atención Primaria Areas 2 y 5.....Pág 1

2. Evaluación de la aplicabilidad de un nuevo método terapéutico para la mejora de la calidad asistencial de la lumbalgia crónica en atención primaria

Coordinadora: S. Pérez

EAP Zalfonada.....Pág 2

3. Nuevas tecnologías de la comunicación y consentimiento informado en técnicas cardiológicas de riesgo

Calvo Cebollero, F. Fernández Vázquez, J.G. Galache Osuna, J.A. Diarte de Miguel, C. Santolaria Aisa y L.J. Placer Peralta

Hospital Universitario Miguel Servet.....Pág 3

4. Experiencia de implantación de una vía clínica en un servicio de geriatría

J.M. Cucullo López, N. Flaquer Terrasa, I. Guajardo Sinusía, A. Campos Sanz y M. Navarro Cirugeda

Hospital San Jorge de Zaragoza.....Pág 4

5. Gestión por procesos en rehabilitación psiquiátrica

F. Caro, A. Sarasola, M.V. Escolar, C. de la Cámara, M. Pinilla y C. Salavera

Residencia Profesor Rey Ardid.....Pág 5

6. Guía de atención domiciliaria

Coordinadora: P. Mainar

ESAD Areas 2 y 5, otros EAP's y Gerencia Atención Primaria Areas 2 y 5.....Pág 6

7. Coordinación entre los niveles de la asistencia primaria y especializada en el centro penitenciario de Zaragoza

Coordinador: J.M. Arroyo

Centro Penitenciario de ZueraPág 7

MESA 2

Lunes 10, 17 horas, Aula 105

Coordinadora: M^a Mar Andréu Román, Gerencia de Atención Primaria de Teruel

1. Control inadecuado del plan terapéutico farmacológico en los pacientes que usan la cartilla de largo tratamiento
Coordinador: J. García-Araez
EAP Calanda.....Pág 8
2. Mejora en el tratamiento de los pacientes dislipémicos del centro de salud de Alcañiz
Coordinador: A. Guallar
EAP AlcañizPág 9
3. Calidad de la prescripción de antibióticos en las infecciones respiratorias agudas y víricas en cuatro zonas de salud del área IV
Coordinador: F.J. Díaz
EAP Alfambra y otros EAP's.....Pág 10
4. Ciclo de mejora de calidad en la educación para la salud en usuarios de medicación por vía inhalatoria
Coordinador: R. Gómez
EAP Teruel Rural.....Pág 11
5. Control de interacciones medicamentosas en pacientes diabéticos y en pacientes hipertensos
Coordinador: V. Olivas
EAP Mosqueruela.....Pág 12
6. Ciclo de mejora continua de la calidad en hipercolesterolemia. Adecuación del tratamiento farmacológico en prevención primaria
Coordinador: J.M Turón
EAP Andorra.....Pág 13
7. Ciclo de mejora sobre la deficiente adhesión al tratamiento dietético en el paciente diabético
Coordinador: J.Güell
EAP Mora de Rubielos.....Pág14

MESA 3

Martes 11, 10 horas, Aula 105

Coordinador: Juan Ramón García Mata, Hospital Universitario Miguel Servet

1. Valoración de la satisfacción y expectativas de los usuarios en un centro de salud rural
M.V. Fustero Fernández
EAP Cariñena.....Pág 15
2. ¿Quién dijo que el buzón de sugerencias no es útil?
Antoñanzas Lombarte, J.C. Pérez Villarroya, A. Villanova Lanuza, M.P. Lacarta Vicioso, M.C. Crespo Mainar y M.C. Izaguirre Zugazaga
EAP Delicias Sur.....Pág 16
3. Estudio comparativo de dos técnicas quirúrgicas. Metodología de estudio de la satisfacción de los pacientes
T. López Giménez, I. Cerdà Calafat, C. Guiteras Mauri, R. Carrera Goula, C. Janes Sariola y R. Soldevila Vidal
Hospital de Barbastro.....Pág 17
4. Estudio de las sugerencias de los pacientes atendidos en el hcu en el año 2001
M.T. Escribano, M. Arencibia, J. Moliner, R. Muñoz, A. Vicente y J.I. García
Hospital Clínico Lozano Blesa.....Pág 18
5. Evaluación de las necesidades y expectativas de los equipos de atención primaria: satisfacción del cliente interno, continuación del proyecto.
Coordinadora: R. Miravete
EAP Las Fuentes Norte y otros EAP'sPág 19

Mesa 4

Martes 11, 16 horas, Aula 103

Coordinadora: Ana Aller Blanco, Gerencia de Atención Primaria de Huesca

1. Revisión de la adecuación de las estancias hospitalarias. Un estudio concurrente de 700 casos
J. Moliner, M. Arencibia, J.I. García, A. Vicente, R. Fernández e I. Barrasa
Hospital Clínico Universitario.....Pág 20
2. Puesta en marcha de un programa progresivo de gestión de calidad en los servicios clínicos
J.R. García Mata, J.R. Ara Callizo, J.J. Rivas Andrés, F. Martínez Lozano y P. Martínez Mongay
Hospital Universitario Miguel Servet.....Pág 21
3. Aplicación de ciclos de mejora en el área logística: salidas de emergencia libres de obstáculos
J. Martín Pérez, A.Revuelto López, M. Valtueña López y Caballero Agreda
Hospital Universitario Miguel Servet.....Pág 22
4. Mejora continua de la calidad asistencial y organizativa en el centro de salud delicias sur de Zaragoza II
Coordinadora: C. Izaguirre
EAP Delicias Sur.....Pág 23
5. Programa integral de garantía de calidad del centro de salud de Cariñena para 2001
Coordinadora: M.V. Fustero
EAP Cariñena.....Pág 24
6. Historia clínica domiciliaria: creación de un registro escrito en el domicilio de los pacientes inmovilizados y/o terminales
Coordinadora: M.P. Ruiz
ESAD Area 3.....Pág 25
7. Documento de asistencia en atención continuada, fuente de información para mejorar la asistencia y la comunicación entre los profesionales
Coordinadora: C. Quintana
EAP Graus.....Pág 26

Mesa 5

Martes 11, 16 horas, Aula 105

Coordinador: Julio Coca Moreno, Gerencia de Atención Primaria de las Areas 2 y 5 de Zaragoza

1. Introducción de la mejora de calidad en un centro de salud mediante un caso clínico

J. Palacio Lapuente, P. Escolano Colás, M. T. Gracia Gracia, O. Navarro Vitalla, G. Olóriz Pérez y L. Portero Uriel

EAP Sagasta-Ruiseñores.....Pág 27

2. Mejora de calidad en una unidad de cirugía torácica

F. Martínez Lozano, J.J. Rivas De Andrés, F.J. García Tirado, P. Martínez Vallina, R. Embun Flor y P. Martínez Mongay

Hospital Universitario Miguel Servet.....Pág 28

3. Calidad en la asistencia del síndrome coronario agudo en el servicio de urgencias

J. Povar Marco, M.E. Ricarte Urbano, A. Herrero Castejón, P. Palazón Saura, P. Parrilla Herránz y L.M. Claraco Vega

Hospital Universitario Miguel Servet.....Pág 29

4. Mejora global de la calidad en programas de detección precoz de cáncer de mama

Calvo Pardo, J. Callau Puente, J.I. Castaño Lasasa, A. Sicilia Ruiz y S. López Gracia

Hospital Provincial de Huesca.....Pág 30

5. Mejora de la calidad en la atención a la mujer: climaterio

Coordinador: L.Hijos

EAP Grañén.....Pág 31

6. Deficiente intervención sobre los factores de riesgo asociados a la diabetes

Coordinador: B. Luño

EAP Utrillas.....Pág 32

7. Mejora de la calidad de atención a enfermos terminales

Coordinadora: A.I. Echeverri

EAP Luna.....Pág 33

**Resúmenes de proyectos,
comunicaciones y pósters...**

ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON BENZODIAZEPINAS, HIPNÓTICOS Y ANTIDEPRESIVOS E INCORPORACIÓN DE TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA LA ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA (Fase II)

COORDINADOR DEL PROYECTO: Carmen Montón Franco

PLAN DE MEJORA. OBJETIVOS DEL PROYECTO:

Objetivos generales:

- A. Mejorar la calidad en la indicación y utilización de tratamientos ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos.
- B. Promover la utilización de técnicas terapéuticas no farmacológicas entre los profesionales de Atención Primaria.

Objetivos específicos:

1. Reducción de la prescripción de psicofármacos de forma sintomática.
2. Establecimiento de diagnóstico psicopatológico previo a la instauración de tratamiento.
3. Reducción de la duración de los tratamientos con benzodiazepinas (BZ) e hipnóticos.
4. Incremento de la adhesión al tratamiento con antidepresivos.
5. Aproximación al establecimiento de estándares para evaluar la calidad de la prescripción de psicofármacos
6. Oferta al usuario de recursos no farmacológicos para afrontar sus problemas de ansiedad/insomnio/depresión.
7. Valoración de la eficacia de los diferentes abordajes terapéuticos.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- *Analizar la prescripción de benzodiazepinas y antidepresivos en el E.A.P. Casablanca correspondiente al año 2000. Estudiar los factores que pueden influir en su variabilidad (1^{er} semestre 2001).*
- *Formación de los profesionales en aspectos relacionados con la salud mental:*
 - Entrevista clínica
 - Detección de los Trastornos de Ansiedad y Depresión,
 - Abordaje de los pacientes con Duelo
 - Causas, consecuencias y pautas para el tratamiento del insomnio
- *Elaboración de materiales escritos para la educación y promoción de la salud mental*
 - HIGIENE DEL SUEÑO
 - Al inicio de prescripción de BENZODIACEPINAS
- *Información a los pacientes con insomnio de pautas no farmacológicas y entrega de material escrito.*
- *Utilización de pautas cortas y reducción progresiva cuando se inicia una nueva prescripción de Benzodiazepinas con apoyo de material escrito*

RESULTADOS CONSEGUIDOS:

- *Sensibilización de los profesionales (médicos y enfermeras) de la necesidad de mejorar la calidad de prescripción de Psicofármacos y de incluir terapias no farmacológicas*
- *Implicación en la revisión de los temas (Insomnio y Tratamiento de Benzodiazepinas) para la elaboración de material escrito*
- *Incorporación de recursos y técnicas no farmacológicas en el abordaje del insomnio, duelo...*
- *Adquisición de conocimientos y habilidades de los profesionales*
- *Mejora de la información a los pacientes*

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

- *Analizar la prescripción de benzodiazepinas y antidepresivos en el E.A.P. Casablanca correspondiente al año 2001 y 2002. Estudiar los factores que pueden influir en su variabilidad (1^{er} semestre 2003).*
- *Formación de los profesionales en aspectos relacionados con la salud mental: (1^{er} semestre 2003)*
 - Diagnóstico de los trastornos de Ansiedad y Depresión
 - Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad y Depresión,
 - Técnicas de Cómo comunicar malas noticias
 - Técnicas de resolución de problemas
 - Deshabitución en pacientes que utilizan de forma prolongada las BZ
- *Elaboración de materiales escritos para apoyar la deshabitución de los tratamientos prolongados con BZ (1^{er} trimestre 2003)*
- *Intervención sobre los pacientes que siguen tratamiento prolongado con Benzodiazepinas (Identificar, priorizar a los pacientes susceptibles y ofertar pautas de deshabitución). (2^o trimestre y 2^o semestre 2003)*
- *Evaluación de la efectividad de las actividades. (2^o semestre 2003)*

EVALUACIÓN DE LA APLICABILIDAD DE UN NUEVO MÉTODO TERAPÉUTICO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LA LUMBALGIA CRÓNICA.

COORDINADOR DEL PROYECTO: Sara Pérez Palomares.

OBJETIVOS:

- 1-Comparar la efectividad en el tratamiento con la aplicación de estimulación eléctrica percutánea (P.E.N.S.), en pacientes que presentan lumbalgia crónica, con el estudio de referencia tomado de la revista "Jama", de Marzo de 1999.
- 2-Comparar los resultados con la utilización de diferentes estimuladores (*portátil o más complejo con posibilidad de software*).
- 3-Cuantificar los beneficios obtenidos en términos de salud percibida y mejora de la calidad de vida.
- 4-Facilitar la aplicación de P.E.N.S. tanto en la consulta de fisioterapia como en la atención en domicilio, con la utilización de equipo portátil.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

Se han incluido a 48 pacientes en el estudio por el momento.

A cada paciente se le realiza:

- 1- Técnica de estimulación eléctrica percutánea, mediante protocolo estandarizado: Aplicación de la terapia con uno de los dos estimuladores utilizados, asignándolo previamente a cada paciente utilizando secuencia de números aleatorios. Se realizan un total de 9 sesiones a cada paciente, distribuidas en 3 sesiones semanales de 30 minutos cada una.
- 2- Escala analógica visual (EAV) para valoración de las siguientes variables: calidad de sueño, intensidad de dolor y grado de limitación de actividades de la vida diaria, todas ellas medidas antes, durante y después de la aplicación de la técnica.
- 3- Cuestionario de salud Health Status Survey Short Form (SF-36) para valoración subjetiva del estado de salud, antes y después de la aplicación de la técnica.
- 4- Valoración a los tres meses del estado de salud del paciente mediante cuestionario telefónico.

	Dallas	Zarag	p	% mejRef	% mejZar	P
dolor1	6,3(1,5)	5,17(2)	,0021*			
d9	3,4(1,4)	2,45(2,02)	,0075*	46%	53%	,5
activ.1	5,5(2)	5,03(2,22)	,2838			
a9	3,2(1,7)	2,95(2,14)	,5260	42%	41%	,9
Sueño1	5,5(1,9)	4,66(2,98)	,0930			
S9	3,1(1,6)	2,31(1,46)	,0581	44%	48%	,6
TOTAL (%MEJORIA)				44%	48%	,7

- La apreciación subjetiva de dolor es más alta en Dallas (se quejan más).
- Nuestros datos son algo mejores, aunque no de forma significativa.
- No existen diferencias significativas entre los 2 aparatos utilizados.
- No se han producido reacciones adversas. Ha sido bien tolerada.
- No hay razones para pensar que no pueda aplicarse en nuestro me

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

De los 48 pacientes incluidos, 11 abandonaron en tratamiento (por causas ajenas y por mala adaptación o problemas con la técnica). No se encontraron diferencias significativas en los abandonos en función de la utilización de uno u otro aparato. De los 37 pacientes que finalizaron el estudio, 9 eran varones y 28 mujeres, la edad media fue de 51,59 +/- 11.97 (máximo 77, mínimo 22). El tiempo medio de evolución de la lumbalgia fue de cerca de 4 años (47, 89 meses) con un mínimo de 3 meses y un máximo de 204. Un 75,3% habían recibido tratamiento farmacológico en el último mes por este motivo. El dolor, las actividades de la vida diaria y la calidad del sueño mejoraron significativamente ($P < 0.0001$ para las tres variables) desde el inicio de las sesiones hasta la finalización de las mismas. Respecto a la evaluación realizada a los tres meses de la finalización del tratamiento: todos los pacientes encuestados recomendarían la técnica; el 86 % de ellos mantenían la mejoría obtenida. La aplicación de la técnica resultó sencilla, de fácil adiestramiento y no dió lugar a ninguna complicación a nivel local. Nuestros resultados hasta ahora son similares a los del estudio de referencia; tampoco hay diferencias significativas entre los dos equipos utilizados.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

Durante los meses de Enero y Febrero realizar nuevas sesiones recordatorio de los criterios de inclusión del estudio, en los EAPs con los que ya se estaba trabajando.

Completar el número de pacientes hasta un total de pacientes incluidos en el estudio. Realizar la aplicación de los tratamientos sin cambiar de profesional para cada paciente para evitar sesgos. Elaborar las conclusiones definitivas para poder generalizar la aplicación del PENS en nuestro ámbito de Atención Primaria. Finalización del estudio en Junio de 2003.

NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO EN TÉCNICAS CARDIOLÓGICAS DE RIESGO.

I Calvo Cebollero, F Fernandez Vazquez, JG Galache Osuna, JA Diarte De Miguel, C Santolaria Aisa y LJ Placer Peralta.

OBJETIVO:

Mejorar la información del paciente antes de la toma de decisiones, en procedimientos cardiovasculares percutáneos diagnósticos y terapéuticos de riesgo.

METODOLOGÍA:

Elaboración de una sección informativa interactiva, en la página web de la Sección de Hemodinámica de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), utilizando como eje de la página el documento de consentimiento informado escrito propuesto por la SEC, adaptado por la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

RESULTADOS:

La sección “Rincón del paciente” incluida en www.hemodinamica.com incluye tres bloques informativos:

- El corazón con una animación explicativa de la anatomía y fisiología cardíaca.
- El cateterismo diagnóstico que utiliza el mismo texto del consentimiento informado escrito que el paciente recibe en el hospital, como opciones para acceder mediante vínculos a imágenes, videos y animaciones que responden a cuatro preguntas: ¿Qué es?. ¿Para qué sirve?. ¿Cómo se realiza?. ¿Qué riesgos tiene?, además de otras opciones interactivas que completan opcionalmente la información anterior, entre las que se encuentran el vínculo al documento completo sobre el consentimiento informado en cardiología publicado en Rev Esp Cardiol 1998; 51: 782-796.
- La angioplastia coronaria que siguiendo el mismo esquema interactivo mediante imágenes, videos y animaciones responde a las preguntas: ¿Qué es?. ¿Para qué sirve?. ¿Cómo se realiza?. ¿Qué riesgos tiene?. ¿Qué resultados tiene?. El usuario puede acceder además a casos clínicos reales de actuaciones terapéuticas en distintos contextos clínicos y anatómicos.

CONCLUSIONES:

La cada vez más amplia utilización de las nuevas tecnologías de la comunicación para el acceso a la información sanitaria, permite que estas pueden servir de apoyo al proceso verbal de consentimiento, facilitando la transmisión de una información lo más completa posible, veraz y comprensible para el paciente que le capacite para participar, voluntaria y activamente, en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA

Cucullo López JM, Nuñez Alonso E, Flaquer Terrasa N, Campos Sanz A, Navarro Cirugeda M.
Servicio de Geriatria Hospital San Jorge. Zaragoza.

Palabras clave: anciano, rehabilitación, hospital de día geriátrico, coordinación entre niveles.

OBJETIVO:

Diseñar un plan de actuación en pacientes que sean candidatos de ser atendidos en la Unidad de Recuperación Funcional (URF), ubicada en el Hospital de Día Geriátrico (HDG), con el fin de unificar criterios de actuación y lograr una mejor coordinación entre los diferentes niveles asistenciales del hospital. Análisis de resultados tras un año del inicio de la vía clínica FR.

METODOLOGÍA:

La documentación de la vía incluye la matriz temporal, la hoja de verificación, los indicadores de verificación, la hoja de información a enfermos/familiares y la encuesta de satisfacción. Se establece un cronograma de la vía: primera quincena de agosto de 1999 para constitución del grupo de trabajo, 30-10-99 finalización de reuniones de trabajo y consenso de documentación, 1-11-99 inicio del ensayo piloto, diciembre 1999 evaluación inicial y análisis de fallos, mayo de 2000 implantación definitiva.

RESULTADOS:

Pacientes en URF 164 (en vía RF17, 10,4%), edad media 82,2, 5 hombres y 12 mujeres, estancia media 15 días. Porcentaje de cumplimentación de la matriz temporal: médicos (día 0-85%, día 1-69%, sucesivos 46%, alta 34%), enfermería (día 0-100%, día 1-48%, sucesivos 23%, alta 23%), URF (día 0-100%, día 1-100%, sucesivos 76%, alta 80%).

CONCLUSIONES:

NEGATIVAS: desinterés general por su puesta en marcha, colaboración escasa y muy laboriosa, excesiva burocracia. POSITIVAS: formación de un grupo de trabajo y desarrollo de su labor a pesar de las dificultades, normalización documental así como la de la sistemática de actuación de la vía RF y URF, mejora de la comunicación entre niveles asistenciales y buena aceptación del procedimiento por parte de los usuarios y familiares.

GESTIÓN POR PROCESOS EN REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

F. Caro, A. Sarasola, C. De la Cámara, V. Escolar, M. Pinilla, B. Serrano

OBJETIVOS:

Tras instaurar un sistema de gestión por procesos en la Residencia Profesor Rey Ardid – Unidad de Media Estancia de Rehabilitación Psiquiátrica –mejoramos la organización del trabajo, la documentación e historia clínica, así como las intervenciones con los pacientes. Se detectaron problemas en la recogida de datos y en la evaluación de los procesos, creemos debido a la inexperiencia del equipo, a la selección de indicadores demasiado ambiciosos y que no dependían enteramente del equipo. A la vista de estas oportunidades de mejora nos planteamos como objetivos: simplificación de los procesos (preingreso, ingreso, atención-rehabilitación y alta) y de sus indicadores, mejora de la coordinación de los departamentos participantes, mejora de la documentación administrativa y de la historia clínica, instauración de un sistema informático de registro y análisis de indicadores automatizado.

METODOLOGÍA:

Para cada uno de los procesos se realiza una evaluación, replanteamiento y rediseño de los indicadores y de los criterios de calidad. Se introduce como método de trabajo el uso sistemático del ciclo PDCA; se utilizan para el análisis de problemas y sus causas herramientas de calidad como la tormenta de ideas y el diagrama de Ishikawa, entre otros. Proponemos la realización de un ciclo PDCA mensual para cada proceso; implantación paralela del sistema de documentación y registro; optimización del software; análisis de indicadores y evaluación del cumplimiento de calidad.

RESULTADOS:

En la gestión de procesos asistenciales complejos como la rehabilitación psiquiátrica, en la que intervienen varios departamentos y agentes externos (familia, equipos de salud mental, recursos sociales), se valora como imprescindible la simplificación de los procesos e indicadores, la no duplicación de los registros, así como la automatización informática del análisis de indicadores. Se aportan los datos más relevantes de esta segunda fase de implantación, las modificaciones introducidas, los indicadores de calidad de los procesos, así como una valoración de las repercusiones en la percepción de la asistencia por parte de los usuarios.

CONCLUSIONES:

El incluir un sistema de trabajo de gestión por procesos y ciclos de mejora continua aportan una mejor organización del trabajo clínico-rehabilitador y optimización/eficiencia del trabajo en equipo.

Este proyecto está financiado parcialmente por el Gobierno de Aragón, siendo el resto financiado por la Fundación Ramón Rey Ardid.

GUÍA DE COORDINACIÓN EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

COORDINADOR DEL PROYECTO: Pilar Mainar García

OBJETIVOS:

Esta guía tiene la finalidad de mejorar la coordinación de los profesionales implicados en la Atención Domiciliaria para favorecer la permanencia del paciente en su domicilio con la mejor capacidad funcional y calidad de vida posible. Para ello es necesario que la guía permita en sucesivas visitas domiciliarias:

- Identificar problemas del individuo o de su entorno que están limitando actualmente o pueden hacerlo en el futuro.
- Identificar los activos u oportunidades que posee el paciente, la familia y su entorno, incluido el ámbito asistencial, para resolver estos problemas.
- Desarrollar un plan de cuidados que garantice que cada factor limitador o potencialmente limitador es abordado teniendo en cuenta el contexto de ese paciente, sus preferencias y calidad de vida, y las posibles intervenciones de otros profesionales,

Población diana:

Personas dependientes, es decir, personas que por razón de la disminución o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de ayuda y/o asistencia importante para la realización de su vida cotidiana.

Usuarios de la guía:

Personal de enfermería y otros profesionales de Atención Primaria.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

Los pasos establecidos en nuestro cronograma, fueron los siguientes:

1. Análisis de la información sobre atención domiciliaria
2. Definición de la población diana, de los problemas de salud que van a ser desarrollados en la guía y de sus usuarios.

Las actividades de los pasos 1 y 2 fueron realizadas durante el año 2001

3. Elaboración de la guía por problemas (tiempo previsto: 18 meses)

Métodos

- Grupo de expertos de varias disciplinas
- Detección de aspectos clave

Fuentes

- Revisión sistemática de la literatura
 - Opinión de expertos clínicos
 - Experiencias de pacientes y cuidadores
4. Seminario sobre metodología para la elaboración de guías de práctica clínica
 5. Estas actividades se han venido desarrollando durante el año 2002; se eligió como problema prioritario la atención domiciliaria en las demencias, por lo que se ha decidido centrar el proyecto en la realización de una **“GUÍA DE DEMENCIAS”**. En este momento hemos realizado el diseño del borrador y nos encontramos en la fase inicial de su redacción.

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

1. Diseño del borrador de la Guía de Demencias
2. Inicio de la redacción de la Guía

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

1. Revisión del borrador final por expertos externos.
2. Evaluación de los aspectos formales (tiempo previsto: 5 meses)
 - Prueba piloto en 3 ó 4 Centros
 - Revisión externa de la Guía
3. Difusión e implantación (aproximadamente 6 meses)
4. Evaluación de la efectividad de la Guía
5. Establecer un procedimiento para futuras revisiones (tiempo previsto: 3 meses)

ATENCIÓN PSIQUIATRICA EN UN CENTRO PENITENCIARIO

COORDINADOR DEL PROYECTO: José Manuel Arroyo Cobo

OBJETIVOS:

Manejo adecuado de los casos de salud mental más frecuentes en la consulta de atención primaria de un centro penitenciario.

EVALUACIÓN DE LO CONSEGUIDO:

Los problemas de salud mental en prisión generan una carga asistencial que supone el 50% de la consulta diaria a demanda. Se ha estudiado la prevalencia de estos trastornos en la población reclusa y también la relación entre determinadas patologías y el clima social de la prisión para comprobar la hipótesis de que el número y el tipo de trastornos mentales, especialmente los Trastornos de Personalidad, influyen en la convivencia entre los internos y los funcionarios, alterando de manera significativa el clima social de la prisión.

Prevalencia de problemas mentales

Se han estudiado las patologías mentales presentes en un momento determinado utilizando por tanto un diseño transversal.

Se ha obtenido una muestra aleatoria de los internos ingresados el 9 de febrero de 2002 en el Centro Penitenciario de Zaragoza (n = 60).

Encontramos un 41% de internos sin patología mental (25/60), como diagnóstico principal, un 17% de toxicómanos (16/60), un 30% de Trastornos de Personalidad (TP) (18/60) y un 2% de otros tipos de patologías (1/60) (Figura 1), los TP se distribuyeron en: Trastorno Antisocial 11,6% (7), Trastorno Límite 11,6% (7), Trastorno Paranoide 3,3% (2), Trastorno Narcisista 1,6% (1), Trastorno Esquizoide 1,6% (1)

Predominan por tanto los TP del grupo B. (Figura 2)

Se recogió también en todos estos internos la existencia de partes disciplinarios por falta leve (L), grave (G) o muy grave (MG) relacionada con comportamientos interpersonales agresivos. Se vio mayor número de estos comportamientos entre los trastornados mentales. La hipótesis a comprobar es que el diseño de un tratamiento adecuado desde un punto de vista tanto farmacológico como conductual, podría mejorar la eficiencia en el funcionamiento de los recursos sanitarios del centro y disminuir los episodios de agresividad y frustración en la relación funcionario-interno.

Incidencia de problemas de salud mental

El número de pacientes atendidos y número de consultas realizadas en los internos durante los 22 meses revisados han sido los siguientes:

- Nº de pacientes atendidos 177
16% del total de internos (177/1093)
- Nº de consultas de psiquiatría realizadas 412
17% del total de consultas (412/2398)

La incidencia respecto a los procesos mentales tratados se ha obtenido analizando las historias clínicas de una muestra aleatoria de 30 sujetos de los atendidos durante el periodo estudiado.

Se obtuvo una incidencia por tipos de trastornos tal y como muestra la figura 3

La incidencia por tipo de sintomatología atendida se muestra en la fig 4 Respecto a la relación entre trastornos mentales y comportamientos interpersonales inadecuados y/o agresivos se observó una diferencia significativa entre las sanciones recibidas por episodios de ese tipo en el grupo de sujetos diagnosticados de Trastorno de Personalidad 90,9% (10/11) respecto del grupo control 9% (1/11).Figura 5

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

Es necesaria una coordinación entre profesionales de la sanidad penitenciaria y el Servicio de Atención Especializada encargado de atender los problemas mentales de los reclusos. Se pretende a lo largo del próximo año :

1-Elaborar protocolos consensuados entre el Servicio de Atención Primaria del Centro Penitenciario y el de Atención Especializada

2-Actuaciones en promoción de la salud en materia de prevención de enfermedades mentales y mejora del clima social del Establecimiento. Sobre todo con funcionarios sanitarios y de vigilancia

CONTROL INADECUADO DEL PLAN TERAPÉUTICO FARMACOLÓGICO EN LOS PACIENTES QUE USAN LA CARTILLA DE LARGO TRATAMIENTO

COORDINADOR DEL PROYECTO: Julio García-Aráez López

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- Mejorar el control terapéutico de los pacientes con cartilla de largo tratamiento.
- Mejor utilización de la historia clínica
- Mejorar la consulta programada
- Prevenir las interacciones farmacológicas graves

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

Se ha realizado el ciclo completo que ha constado de la realización del diseño de estudio de evaluación, análisis de los datos de evaluación, diseño de las actividades de intervención, realización de las actividades de mejora y reevaluación de los datos.

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

Se ha conseguido una mejora relativa amplia en la mayoría de los criterios de mejora evaluados, y se mantiene, al finalizar la evaluación del ciclo, las actividades de mejora diseñadas como actividades de intervención.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

Se pretende realizar una nueva reevaluación en julio de 2003 para ver si se mantiene la mejora obtenida. Si se confirma este mantenimiento, se pasará a realizar la monitorización.

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE DISLIPEMICO

COORDINADOR DEL PROYECTO: Alejandro Guallar Blasco

OBJETIVOS PLANTEADOS:

El 90 % de los pacientes incluidos en programa cumplan el criterio de inclusión

El 80 % de los pacientes incluidos en programa tengan registrado en la H. C. el riesgo cardiovascular.

El 80 % de los pacientes incluidos en programa deberán tener un objetivo terapéutico de colesterol LDL registrado en la H. C.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

Estudio del nivel de adecuación del tto. farmacológico de los pacientes dislipémicos en un solo cupo del C. S. De Alcañiz.

Elaboración de criterios de calidad en el manejo del paciente dislipémico.

Pilotaje de los criterios al objeto de comprobar su consistencia, calculo del Índice de kappa

Evaluación del cumplimiento de los criterios.

Elaboración de un algoritmo de decisión del paciente dislipémico.

Sesión Clínica presentando al Equipo de Salud los resultados de la evaluación así como el Algoritmo de decisión en el paciente dislipémico.

Reevaluación de los criterios

Análisis de los resultados.

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

	Evaluación 2001	Evaluación 2002	Mejora Absoluta	Mejora Relativa	P
1 Criterio	69,57	80	10,43	34,29	0,067
2 Criterio	22,83	42,86	20,03	25,96	0,003
3 Criterio	2,17	1,43	-0,745	-0,762	0,602

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

Sesión Clínica de presentación de los resultados al Equipo de Salud de Alcañiz.

Febrero del 2003

EVALUACION DEL NIVEL DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DE ORIGEN VIRAL (IRAS) Y MEJORAS DE LAS MISMAS EN CUATRO ZONAS DE SALUD DEL AREA IV (TERUEL).

COORDINADOR DEL PROYECTO: Francisco Jesús Diz Brull

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- ◆ Mejorar la calidad de prescripción de antibióticos.
- ◆ Unificar los criterios de prescripción según guía antimicrobiana del área.
- ◆ Utilización de la historia clínica como registro de la actividad asistencial.
- ◆ Promover el trabajo conjunto de los equipos implicados en el proyecto.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- ◆ Realizar un ciclo de mejora de calidad de prescripción de antibióticos.
- ◆ Abril 2000: tras un curso de mejora de calidad, se decide realizar un ciclo de mejora por 4 E.A.P. área IV (Alfambra, Monreal, Calanda y Albarracín).
- ◆ Mayo 2000: estudio de los problemas detectados en las diversas zonas de salud, por la técnica de grupo nominal, priorizando y eligiendo el tema de evaluación.
- ◆ Junio 2000: evaluación de criterios y recogida de datos.
- ◆ Octubre 2000: análisis y presentación de datos.
- ◆ Noviembre 2000: implantación de medidas correctoras, mediante sesiones clínicas, sobre la guía de prescripción antimicrobiana.
- ◆ Junio 2001: reevaluación del ciclo de mejora de calidad.

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

El ciclo de mejora de calidad de prescripción de antibióticos en I.R.A. virales de vías respiratorias altas ha sido efectivo.

Se trabaja para mantener e incrementar con la constante aplicación de las medidas correctoras establecidas (mejora del registro en las historias clínicas, uso del protocolo de actuación en patología infecciosa de vías respiratorias altas y mantenimiento de hojas informativas e información oral por parte del medico sobre uso de antibióticos a los usuarios.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

El proyecto de mejora de calidad se considera finalizado.

MEJORA DE CALIDAD EN LA EDUCACION PARA LA SALUD QUE RECIBEN LOS USUARIOS DE MEDICACION POR VIA INHALATORIA

COORDINADOR DEL PROYECTO: Rafael Gómez Navarro (EAP Teruel Rural)

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- 1.- Mejorar la accesibilidad de los usuarios de medicación por vía inhalatoria a actividades de EpS.
- 2.- Ofertar a estos usuarios una EpS siguiendo una metodología apropiada y uniforme para todos los miembros del EAP.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- 1.-Elaboración de Censo con todos los usuarios de medicación por vía inhalatoria.
- 2.-Búsqueda bibliográfica
- 3.-Sesiones de autoformación
- 4.-Elaboración del material de apoyo para la EpS
- 5.-Calendario de sesiones de EpS
- 6.-Desarrollo de las sesiones
- 7.-Evaluación de los resultados

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

- Usuarios de medicación por vía inhalatoria:	74	
- Reciben EpS	59	80%
-Grupal	41	69%
-Individual	18	30%
- No reciben EpS	15	20%

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

Pendiente desarrollar algún sistema para evaluar el grado de conocimientos actuales de los usuarios de medicación por vía inhalatoria sobre el manejo de los dispositivos. Presenta grandes dificultades por diversos motivos: elaborar un sistema de evaluación, muestra de pacientes muy pequeña para su manejo estadístico correcto que nos pudiera aportar datos válidos, ausencia de observador externo, población muy dispersa en 20 núcleos de población...

CONTROL DE INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS EN PACIENTES DIABETICOS E HIPERTENSOS

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO: Valeriano Olivas Guillen

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- Conocer las interacciones en este grupo de pacientes
- Corregir todas las interacciones graves que se produzcan

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- Seleccionar la población diana en listados
- Crear una base de datos (fármacos, comorbilidad, etc...)
- Crear una hoja para recoger datos

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

- Detección de los fármacos mas frecuentes que producen interacciones
- Cambio de la prescripción de todos los fármacos implicados en interacciones graves

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

- Evaluación en diciembre de 2002 en las historias seleccionadas sin encontrarse interacciones graves.

ACTIVIDADES DE MEJORA DE LA CALIDAD EN HIPERCOLESTEROLEMIA. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA. C.S. ANDORRA (TERUEL)

RESPONSABLE DEL PROYECTO: José María Turón Alcaine

OBJETIVOS:

- General:

Mejorar el proceso de atención al paciente con dislipemia.

- Objetivos específicos:

1. Conseguir que a todo paciente en programa se le realice periódicamente una valoración del riesgo cardiovascular (RCV) según método basado en estudio Framingham.
2. Tratar con hipolipemiantes únicamente los pacientes con riesgo cardiovascular elevado.
3. Garantizar que las medidas higiénico dietéticas formen parte del tratamiento.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO Y RESULTADOS

CONSEGUIDOS:

Se realizó una adaptación para el centro de las recomendaciones del Second Joint Task Force de las Sociedades Europeas de Prevención Coronaria y del Consenso del Control de la Colesterolemia en España del 2000 que fue difundido mediante documento escrito y en dos sesiones clínicas. 3 meses más tarde se realizó estudio del nivel de calidad en una muestra de pacientes en tratamiento farmacológico que mostró como criterios más incumplidos: “Los pacientes deberán tener al menos una determinación de RCV en el último año” ($33,8\% \pm 10,3$ de cumplimiento), “Deberá haber un registro actualizado del hábito de fumar en los últimos 3 años” (cumplimiento $30,8\% \pm 9,9$), el registro en historia clínica de IMC en el último año obtuvo un nivel de cumplimiento del $29,2\% \pm 9,8$, a pesar de que el registro de peso en el mismo período alcanzó un nivel de cumplimiento superior al 80%. Se consideró adecuado el tratamiento farmacológico en el $76,9\% \pm 9,1\%$ de los casos.

Con estos resultados consideramos prioritario conseguir mejorar el cumplimiento del criterio de valoración del riesgo cardiovascular, ya que una vez cumplido éste deberán mejorar tanto el del registro de tabaquismo como la adecuación que constituyen más del 50% de los incumplimientos en el diagrama de Pareto. Con este fin comenzó a realizarse un programa de monitorización de la valoración del riesgo cardiovascular mediante un gráfico de control estadístico de tipo proporción de medida quincenal basado en la valoración del indicador “Los pacientes con en programa de dislipemia deberán tener realizada al menos una determinación de riesgo cardiovascular en el último año” mediante muestra extraída de entre los pacientes de los que se ha recibido analítica en el centro con fracciones de colesterol o han resultado con cifras mayores de 250 mgrs/dl. Los resultados son mostrados al equipo puntualmente.

Se han realizado hasta el momento 8 mediciones, siendo la medida inicial de un 30% de cumplimiento y manteniéndose a partir de la 4ª con un porcentaje de cumplimiento igual o superior al 60% de los pacientes estudiados.

CICLO DE MEJORA SOBRE LA DEFICIENTE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DIETETICO EN EL PACIENTE DIABETICO.

Lucas Boronat, J.M., Vilaplana Bernabeu, C., Güell Ayuda, J., Costart Tafalla, L., Mora Palomares, D., Gasch Salvador, C.

PALABRAS CLAVE: Educación para la Salud. Comunicación. Encuesta. Dieta.

RESUMEN:

Nuestro ciclo de mejora se desarrolla en la Zona Básica de Salud de Mora de Rubielos (Teruel).

La Educación para la Salud (E.P.S.) es esencial en el abordaje terapéutico del diabético. No podemos introducir la dieta, el ejercicio y la medicación sin informar al paciente sobre su importancia y sin motivarlo para que adquiriera protagonismo en el control de su enfermedad, debiendo resaltar el papel primordial desarrollado desde la Atención Primaria.

La E.P.S. pretende que las personas estén preparadas para pensar por si mismas, tomar sus propias decisiones y fijarse metas realistas. El objetivo es que las personas "estén y vivan" lo mejor posible.

Nuestro *objetivo específico* es conseguir que al menos el 80% de nuestros diabéticos reciban E.P.S.

METODOLOGÍA:

El elemento clave utilizado ha sido la comunicación tanto individual (por medio del dialogo, en una entrevista motivada y bidireccional), como colectiva en grupos reducidos (charlas, coloquios, discusiones, talleres...). Nos apoyamos en medios audiovisuales, televisión, vídeo, diapositivas, transparencias, folletos, dietas, menús...

ACTIVIDADES:

Como punto de partida en la intervención se implanta una primera encuesta a los pacientes diabéticos, que nos orientará sobre los conocimientos en los aspectos dietéticos fundamentales de su enfermedad, esperando que sea el reflejo de sus conocimientos y conductas.

Una vez impartida la E.P.S. se reimplanta la encuesta para evaluar lo conseguido.

RESULTADOS ALCANZADOS:

Mediante los indicadores desplegados obtenemos:

- Un grado de cobertura del 100% tanto en las actividades de E.P.S. como en ambas encuestas.
- Un grado de conocimientos que asciende desde el 67,27% de la primera encuesta al 81,52% de la segunda.

CONCLUSIONES:

- a) El nivel de participación ha sido mayoritario (100%) superando con creces el objetivo fijado.
- b) Aumento significativo en todas las áreas de aprendizaje, fundamentalmente las relativas a:
 - Las repercusiones de la dieta en el tratamiento.
 - Diferenciar los principios inmediatos contenidos en los alimentos.
 - Valorar la importancia de los suplementos y los horarios.
 - Identificar los alimentos que contienen Hidratos de Carbono.
 - Tener información sobre edulcorantes artificiales y alimentos de régimen.
 - La importancia de una alimentación equilibrada, proporcionada, rica y variada.

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Fustero Fernández M^a Victoria, Bárcena Caamaño Mario, Roig Bartolomé Israel, Sarasa Piedrafita Delfín, Casbas Vela Domingo, Granado Gonzalez Manuel.

OBJETIVOS:

Conocer el grado de satisfacción actual y las expectativas expresadas de los usuarios de nuestro centro de salud.

Metodología:

- Diseño de una encuesta estructurada de 21 ítems
- Codificación de la misma para el adecuado tratamiento estadístico e informático posterior
- Muestreo estratificado proporcional por localidades adscritas al centro de salud, N= 368 para un error $\alpha = 0,05\%$.
- El trabajo de campo fue realizado por encuestadores ajenos al centro de salud y entrenados en este trabajo
- Las encuestas se realizaron en los diferentes consultorios locales a usuarios que acababan de recibir un servicio.
- Los datos se procesaron con el programa ACCESS de Office 97

RESULTADOS:

De los 368 usuarios entrevistados 90,5% consideran adecuado el sistema de citaciones, un 95,1% creen que su médico tiene un interés alto o muy alto por lo que a él le ocurre y un 87,8 % piensa lo mismo del enfermero. Con respecto al tiempo que se les dedica opinan que es adecuado o muy adecuado el 91,6% en la consulta médica y 87,10 en la de enfermería. La confidencialidad de las consultas es valorada positivamente por el 90,8% de los entrevistados, la coordinación entre médico/a y enfermero/a la consideran buena o muy buena el 92,4%. En cuanto a los recursos materiales disponibles en su consultorio para atenderles piensan que son buenos o muy buenos el 42,4 %. Conocen la existencia de los diferentes servicios que se ofrecen en el centro en las siguientes proporciones: Urgencias 100%, extracciones de sangre 98,9%, pediatría 47,6%, matrona 35,1%.

CONCLUSIONES:

El grado de satisfacción de los pacientes es elevado con respecto a la atención recibida, son más críticos y no se cumplen sus expectativas con respecto a la estructura y dotación de los consultorios locales, el conocimiento de los servicios ofertados es insuficiente por lo que tras conocer tras conocer estos resultados se decide adoptar medidas para subsanarlo.

¿QUIÉN DIJO QUÉ EL BUZÓN DE SUGERENCIAS NO ES ÚTIL?

Antoñanzas Lombarte ,A., Pérez Villarroja J.C., Villanova Lanuza A., Lacarta Vicioso M.P., Crespo Mainar M.C, Izaguirre Zugazaga M.C.

Palabra clave: Sugerencias, Opinión del usuario, Atención Primaria

RESUMEN:

Objetos: Con la finalidad de conocer la opinión del usuario y mantener un sistema permanente de comunicación con los profesionales, se ha desarrollado un método de recogida de sugerencias que se inscribe en un sistema más global de detección de problemas del plan de mejora de calidad del Centro, coordinado por un grupo interdisciplinar.

METODOLOGÍA:

En cada una de las 20 salas de espera del Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza se ha colocado un dispositivo de recogida formado por una tablilla, hojas de sugerencias, bolígrafo y cartel anunciador. En la entrada se ha colocado en lugar visible el buzón de sugerencias. El grupo de calidad ha recogido y analizado semanalmente todas las sugerencias.

RESULTADOS:

Desde Septiembre de 2001 hasta Junio de 2002 se han recogido 240 sugerencias o quejas, lo que supone 30 por mes. El 31,7% se referían al excesivo tiempo de espera para entrar a la consulta, un 9% al exceso de personas por médico, el 6% a la falta de tiempo en consulta y a problemas de mantenimiento del Centro, un 5,5% a la necesidad de consultas por la tarde y un 5% a problemas con el teléfono para solicitar cita. Estos resultados han sido presentados al Equipo de Atención Primaria en dos reuniones de trabajo en las que se ha decidido responder a las sugerencias y quejas del usuario mediante carteles informativos que se han colocado junto a los dispositivos de recogida de sugerencias. En esta respuesta se plantean soluciones para los problemas que dependen del equipo y se trasladan al nivel de gerencia los no dependientes.

CONCLUSIONES:

El método de recogida de sugerencias se ha mostrado muy útil si lo comparamos con el clásico buzón, en general poco utilizado. Se han recogido un elevado número de quejas y sugerencias debido a la accesibilidad para el usuario mientras espera a ser atendido en consulta. Se ha establecido un sistema permanente de comunicación entre usuario y equipo que permite conocer de forma rápida los puntos débiles de la atención que se presta e informar de los pasos que se dan para mejorarla.

ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS TECNICAS QUIRURGICAS. METODOLOGÍA DE ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES Y RESULTADO

López Gimenez T., Cerdà Calafat I.*, Guiteras Mauri C*., Carrera Goula R.*, Janes Sariola C*., Soldevila Vidal R. *

Hospital de Barbastro (Huesca). Hospital general de Vic *(Barcelona)

PALABRAS CLAVE: metodología, satisfacción, cáncer de piel, cirugía.

INTRODUCCIÓN:

Estamos realizando un estudio comparativo de la satisfacción de los pacientes y de la relación coste efectividad de dos procedimientos quirúrgicos (curetage y electrofulguración versus cirugía excisional), para el tratamiento de cáncer de piel de bajo riesgo.

OBJETIVOS:

Averiguar cuales son los aspectos que determinan la satisfacción /insatisfacción de los pacientes (grupo focal).

Elaborar un instrumento que nos permita cuantificar la satisfacción (encuesta).

METODOLOGÍA:

Se ha realizado un grupo focal, constituido por diez personas, escogidas al azar que han recibido tratamiento quirúrgico con una u otra técnica. Se han reunido en un espacio neutral para que opinen acerca del tratamiento. La reunión ha sido conducida por técnicos de Calidad y Atención al Usuario. A continuación se realizó el análisis de los resultados del grupo focal y se elaboró una encuesta.

RESULTADOS:

- El principal motivo de insatisfacción fue la lista de espera para acceder a la Consulta del especialista.
- Aunque se detecta que la información es insuficiente porque desconocen la existencia de otros tratamientos distintos al recibido, y acerca del diagnóstico, en muchos casos por proteccionismo familiar, no es motivo de insatisfacción.
- La duración de la técnica parece adecuada a los pacientes. No se plantea el tema del dolor, que se considera normal después de una intervención. Los pacientes tratados con electrofulguración plantean algunos problemas durante el periodo de curación. Consideran adecuados el número de controles posteriores. Prefieren sentirse controlados.
- La cicatriz posterior no constituye motivo de insatisfacción, aunque depende de su localización
- Elaboracion de una encuesta para administrar a los pacientes cuando acuden a la visita a partir del sexto mes de la intervención, para la monitorización sistemática de la satisfacción.
- Resultados de la encuesta: los pacientes se mostraron satisfechos (34,5%) y muy satisfechos (65,5%). Sin diferencias en un grupo u otro de tratamiento.

CONCLUSIONES:

- La técnica del grupo focal es efectiva para conocer cualitativamente que piensan los pacientes.
- Los pacientes valoran positivamente poder manifestar su opinión.
- No se observan diferencias de satisfacción entre las dos técnicas.

Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria número: 99/1069.

ESTUDIO DE LAS SUGERENCIAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HCU EN EL AÑO 2001

MT Escribano, M Arencibia, J Moliner, R Muñoz, A Vicente, JI García.

Hospital Clínico "Lozano Blesa"

OBJETIVO:

Analizar las sugerencias realizadas por los pacientes como fuente de información para elaborar un plan de mejora de la calidad del hospital.

METODOLOGÍA:

Se recogen las sugerencias propuestas por el 10% de los ciudadanos atendidos en el hospital durante el año 2001.

Se clasifican las sugerencias de los pacientes atendiendo a tres tipos: queja, agradecimiento o propuesta.

Se ha elaborado una lista de motivos según a lo que se refiera cada sugerencia, agrupándolas según traten sobre: estructura del hospital, organización y tiempos de espera, información al paciente y práctica clínica o atención y trato por parte del personal sanitario. La codificación se realizó siguiendo una clasificación probada previamente por los miembros del grupo de trabajo.

RESULTADOS:

Se analizaron un total de 236 sugerencias realizados por 184 pacientes. La distribución de las mismas según el tipo fue la siguiente: 117 quejas (49.6%), 82 propuestas (34.7%) y 20 agradecimientos sobre la asistencia recibida (8.5%). 17 sugerencias han resultado ser inclasificables.

Según los grupos, las sugerencias se distribuyen de forma similar: 24.6% se refieren a la estructura del hospital, 25.8% a la organización y tiempos de espera, 16.5% a la información al paciente y a la práctica clínica y 20.8% a la atención y al trato recibido.

Atendiendo al motivo de cada queja, las más frecuentes son las que se refieren al trato recibido por parte del personal de enfermería (14, 11.9%), a la falta de información sobre la enfermedad (8, 6.8%), al control de las visitas (7, 6%), a la comodidad de las habitaciones (7, 6%) y al trato recibido por parte del personal médico (7, 6%). En lo que respecta a las sugerencias, el motivo más frecuente se refiere a la adecuación de la ubicación de los pacientes en las habitaciones (10, 12.2%), seguido del deseo por parte del usuario de que las habitaciones sean individuales (7, 8.5%) y que haya comodidad para el acompañante (6, 7.3%).

CONCLUSIONES:

El análisis de las sugerencias puede ser un buen método para recoger cuáles son las opiniones de los pacientes sobre el sistema sanitario que los atiende, para así poder realizar tareas encaminadas a mejorar la satisfacción del usuario y la calidad del servicio que ofrece el hospital.

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO.

COORDINADOR DEL PROYECTO: Rosario Miravete

OBJETIVOS PLANTEADOS:

1. Conocer la satisfacción laboral sentida por los trabajadores de la Comunidad Autónoma de Aragón (a excepción del área III) en los equipos de atención primaria.
2. Evaluar qué factores pueden ser desmotivadores o incentivadores de las condiciones del clima laboral.
3. Conocer de manera explícita las opiniones y sugerencias de los trabajadores.
4. Proporcionar a los gestores una herramienta que puedan utilizar para mejorar el servicio que proporcionan los profesionales.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal multidisciplinar en los equipos de atención primaria. La población a estudio ha sido de 1850 profesionales sanitarios y no sanitarios. Se ha utilizado el cuestionario de satisfacción Font Roja, adaptado por J. Aranaz, que mide la satisfacción laboral a través de una escala de 1 (menor grado de satisfacción) a 5 (mayor grado de satisfacción).

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

El porcentaje de respuestas recibidas ha sido de 44.3%.

	<i>SATISFACCIÓN GLOBAL: 2,95 (DT=0,7)</i>	
	Satisfacción profesional	2,96 (IC al 95% 2,91-3,0)
	Relaciones compañeros	3,22 (3,17-3,27)
	Tensión laboral	3,09 (3,05-3,13)
	Relaciones interprofesionales	3,13 (3,08-3,17)
	Competencia profesional	2,59 (2,52-2,67)
	Monotonía laboral	2,89 (2,84-2,94)
	Promoción profesional	2,62 (2,56-2,69)
	Exceso trabajo	3,14 (3,10-3,18)

CONCLUSIONES:

Existen diferencias importantes según los distintos grupos profesionales, siendo peor valorado el exceso de trabajo en médicos. Las mujeres valoran mejor las relaciones interprofesionales que los varones y también según el ámbito de trabajo, la competencia laboral ha sido mejor valorada en el medio urbano, mientras que el reconocimiento profesional lo es en el rural. Comparando este estudio con los realizados en otras comunidades vemos resultados similares. El número de sugerencias aportadas para la mejora nos parece importante y podría servir para activar medidas correctoras por parte de los equipos directivos, en ellas destaca la formación continuada, disminuir la presión asistencial y mejorar la coordinación en el equipo.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

Difusión de los resultados

REVISIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS. UN ESTUDIO CONCURRENTE DE 700 CASOS.

J Moliner, M Arencibia, JI García, A Vicente, R Fernández, I Barrasa.

Hospital Clínico "Lozano Blesa"

OBJETIVOS:

Conocer la proporción de días inadecuados en el hospital y su relación con variables del paciente y del tipo de Servicio.

Analizar la distribución de motivos de estancias inadecuadas.

METODOLOGÍA:

Revisión de días de estancia utilizando el AEP, evaluando todos los pacientes que permanecían hospitalizados un día determinado y que llevaban al menos 24 horas en el hospital. Se evaluó la adecuación del día anterior (de las 0 a las 24 horas), mediante la revisión de la historia clínica por parte de residentes de Medicina Preventiva, previamente entrenados (con sesiones formativas de discusión de casos y un estudio de concordancia). Período de estudio: días elegidos al azar, de lunes a jueves, entre octubre del 2001 y marzo del 2002. De cada caso se recogió: edad, sexo, servicio, días de hospitalización hasta el día revisado, adecuación del día de estancia y motivos de inadecuación, en su caso. Las comparaciones de variables se hacen con los test de ji al cuadrado y U de Mann-Whitney.

RESULTADOS:

Se revisaron 697 días de hospitalización, correspondientes a 665 pacientes. El 54.2% de los pacientes son varones, edad entre 16 y 99 años (media 66.2) Los casos corresponden a 25 Servicios del Hospital. Entre el día de ingreso en el hospital y el día en que se revisó la adecuación pasaron entre de media 11.8 días. El 39.02% de los días de estancia (272 de 697; IC 95%:35.4%-42.7%) no son adecuados según los criterios del AEP. El porcentaje de días inadecuados es algo mayor en mujeres y en pacientes de más edad, pero las diferencias no son estadísticamente significativas. Tampoco la distribución de casos por tipo de Servicio, médico o quirúrgico, presenta diferencias significativas. Sí resulta más probable encontrar días inadecuados cuanto más tiempo lleva hospitalizado el paciente, y también parece más probable en los casos de los Servicios que tienen valores más altos en los indicadores "porcentaje de ocupación" y "estancia media".

Los casos relacionados con la espera debida a pruebas o cirugía (programar, recibir resultados) son los más frecuentes (46% del total de días inadecuados). El otro gran grupo de motivos son los atribuidos a decisiones del médico responsable del paciente (40%, la mitad de ellos por actitud conservadora). El 4% de los días inadecuados se relacionan con la espera de traslado a otro hospital. Apenas el 1.5% se pueden atribuir a motivos sociales. Es más frecuente el motivo "pendiente de interconsulta" en los casos de Servicios con mayor estancia media, y más el de "actitud médica conservadora" en los servicios quirúrgicos.

CONCLUSIONES:

Existe una importante proporción de mejora en la gestión de la utilización de las camas del hospital. El análisis de las variables relacionadas y la comparación con estudios previos permite apuntar hipótesis sobre cuáles serán las intervenciones más efectivas.

PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA PROGRESIVO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS CLÍNICOS.

García Mata JR, Ara Callizo JR, Rivas Andrés JJ, Martínez Lozano F, Martínez Mongay P.

Un Plan de Gestión de Calidad (PGC) en los Servicios implica autoresponsabilizarse de la prestación de una asistencia de calidad de un modo planificado. Los miembros de un Servicio diseñan su futuro de forma participativa y desarrollan procedimientos para alcanzarlo.

OBJETIVOS:

Promover la incorporación de los integrantes de Servicios y Unidades en la mejora de calidad.

- 1- Proporcionando formación metodológica al *staff* médico, de enfermería y no sanitarios en cada Servicio.
- 2- Configurando un grupo de mejora.
- 3- Poniendo en marcha un sistema de detección y priorización de situaciones mejorables adaptado al entorno.
- 4- Elaborando e implantando el PGC del Servicio.

METODOLOGÍA:

Durante 2000-01 se incluyó en el contrato de gestión del 35 % de Servicios y Unidades del Hospital Miguel Servet el objetivo de esbozar líneas de un PGC y designar un responsable y grupo de mejora interdisciplinar. En los Servicios con mayor nivel de involucración, se procedió durante el 2001-02 a un proceso formativo en calidad, impartido por la Unidad de Calidad, sirviendo los trabajos en grupo -de mayor peso docente- de germen del futuro grupo de calidad y del primer borrador del PGP del Servicio; la formación estaba ligada al compromiso de trabajo en el área de calidad.

RESULTADOS:

Durante el 2001-2 se han incorporado 18 Servicios/Unidades. En todos los del 2001 (8), se ha puesto en funcionamiento un grupo de mejora y se ha elaborado un PGC que incluye líneas relacionadas con reducción de variabilidad y riesgo, gestión de procesos, mejora de eficiencia y satisfacción de pacientes; han diseñado indicadores para su monitorización y desarrollado procesos evaluativos. Su contrato hospitalario de gestión incluyó solamente dos objetivos: Elaboración del PGC y memoria de actividades del grupo de mejora. Los 10 Servicios del año 2002 acaban de concluir su periodo formativo y se encuentran poniendo en marcha los grupos de mejora. Los grupos formados en el 2001 participaron en el proceso formativo de sus compañeros del 2002. El Hospital reguló durante el 2002 los grupos de mejora y la figura del responsable de calidad del Servicio.

CONCLUSIONES:

El proceso formativo ha tenido un nivel de acogida muy superior a las otras ofertas formativas de Centro. La implicación en la formación de la Unidad de Calidad facilita su involucración y seguimiento en el desarrollo de los programas. Todos los Servicios han desarrollado líneas de mejora planificadas.

APLICACIÓN DE CICLOS DE MEJORA EN EL AREA LOGISTICA: SALIDAS DE EMERGENCIA LIBRES DE OBSTÁCULOS.

Martín Pérez, J; Revuelto López, A; Valtueña López, M.A., Caballero Agreda.

Palabras clave: Seguridad, calidad en gestión, ciclos de mejora.

INTRODUCCIÓN:

Hemos de manejar la seguridad como herramienta de trabajo, imprescindible para proporcionar la confianza necesaria para llevar a cabo el reto que supone el control de un gran Hospital. En el Hospital Universitario Miguel Servet, históricamente las salidas de emergencia, eran utilizadas como almacenes de material. En 1999 con la implantación del Plan de Emergencia, se vio la necesidad de mantener libres dichas salidas y se creó un marco de actuaciones alcanzar esta meta

OBJETO:

Mantener libres de obstáculos las salidas de emergencia del hospital

METODOLOGÍA

Se planificaron las siguientes 7 actividades, asignando responsables a cada una, cronograma y seguimiento.

Actividades: Elaboración de impresos, revisiones trimestrales, retirada de objetos encontrados, Informatización de los datos, Información a responsables y trabajadores, Seguimiento y análisis de problemas, evaluación anual.

RESULTADOS:

En el H.U.M.S. existen 86 salidas de emergencia. Se realizaron 12 revisiones a lo largo del periodo 1999-2001. De una situación inicial de un 19'57 % de salidas con Obstáculos se ha llegado a obtener un resultado de 0'0 % en la última revisión de 2001.

CONCLUSIONES

La aplicación de los ciclos de mejora continua combinados con la monitorización de indicadores permite controlar y mejorar aspectos clave de seguridad en el ámbito hospitalario. El trabajo en equipo y coordinación de los distintos grupos profesionales implicados se ha confirmado como elemento clave para la mejora de los resultados.

MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR DE ZARAGOZA -II

COORDINADOR DEL PROYECTO: Carmen Izaguirre Zugazaga

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- 1.- *Mejorar la cita telefónica*
 - Analizar la accesibilidad en las distintas franjas horarias
 - Estudiar la adecuación entre la demanda y la capacidad de respuesta del Centro
 - Mejorar la accesibilidad y monitorizar la mejora
- 2.- *Mejorar el sistema de emisión y entrega de prescripciones crónicas (seepc)*
 - Analizar el circuito organizativo del SEEPC
 - Desarrollar la aplicación del programa informático OMI-AP
 - Introducir cambios en las distintas fases del circuito organizativo
 - Monitorizar las mejoras obtenidas
- 3.- *Disminuir la variabilidad en la atención de los pacientes diabéticos del centro de salud*
 - Mejorar el registro informático del proceso de atención al paciente diabético
 - Introducir un sistema de monitorización de indicadores

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- 1.- *Cita telefónica*
 - En colaboración con el Consejo de Salud se realizaron en el mes de mayo y noviembre de 2001 dos estudios sobre la accesibilidad de la cita telefónica.
 - Se han reordenado las tareas del personal administrativo
- 2.- *Sistema de emisión y entrega de prescripciones crónica*
 - Utilización del programa de emisión de recetas crónicas automatizado. de manera experimental por dos médicos del Equipo
 - Reuniones multiprofesionales de médicos, enfermeras y personal administrativo para consensuar el funcionamiento del sistema
 - Evaluación del nuevo funcionamiento a los 18 meses
- 3.- *Disminuir la variabilidad en la atención de los pacientes diabéticos del centro de salud*
 - Sesiones clínicas de medicina y enfermería de revisión del programa de atención al paciente diabético de los siguientes temas: Unificar criterios de inclusión en el programa, taller de insulinización y exploración del pie diabético.

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

- 1.- *Cita telefónica*
 - Organigrama rotativo del personal administrativo.
 - Centralita telefónica interior sin atención directa.
 - Disminución del número de quejas o sugerencias de los usuarios referentes a la accesibilidad de la cita
- 2.- *Sistema de emisión y entrega de prescripciones crónicas*
 - Inclusión en la historia informática de todos los pacientes que requieren tratamiento de larga prescripción
 - Simplificación del proceso y disminución del tiempo de los profesionales dedicado a esta tarea
 - Nuevo puesto dentro del área administrativa dedicado únicamente a la emisión de recetas
 - Mas satisfacción de los profesionales
 - No se producen reclamaciones de los usuarios
- 3.- *disminuir la variabilidad en la atención de los pacientes diabéticos del centro de salud*
 - Ha mejorado el registro de los pacientes diabéticos. En la última evaluación de la Cartera de Servicios, antes de la utilización de la historia informática la cobertura era del 70%. En el año 2002 hemos llegado a una cobertura del 100% sobre la estimada en la población que atendemos.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

- 1.- Seguir con la monitorización periódica de la accesibilidad de la cita telefónica
- 2.- La evaluación realizada después de la incorporación al Centro de salud y al grupo de calidad de la farmacéutica de área ha puesto de manifiesto la necesidad de introducción de cambios para seguir con la mejora del proceso
- 3.- Introducir un sistema de monitorización de indicadores en la atención al paciente diabético

PROGRAMA INTEGRAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL CENTRO DE SALUD DE CARIÑENA 2001

COORDINADOR DEL PROYECTO: M^a Victoria Fustero Fernández

1. OBJETIVOS PLANTEADOS:

2. Conocer el número de pacientes neoplásicos y crónicos terminales de la ZBS, mejorar la formación en cuidados paliativos y establecer pautas conjuntas de actuación y registro en la historia clínica.
3. Conocer la tasa de seroconversión (para enfermedades incluidas en el calendario vacunal de la Comunidad Autónoma) en una muestra de la población correctamente vacunada de la ZBS.
4. Prevenir las complicaciones que se desarrollan por el mal control de la diabetes. Conseguir Hb_{1AC} < 7 mg. en el mayor nº posible de diabéticos
5. Conocer las expectativas y el grado de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud, con respecto a la asistencia sanitaria prestada.
6. Mejorar, unificar y posibilitar el registro y la explotación de datos de atención continuada (continuación del proyecto iniciado el año anterior).
7. Analizar las modificaciones en el perfil de prescripción antibiótica tras las diversas intervenciones realizadas en el Centro/Área.
8. Realizar una adecuada prevención secundaria en los pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica en la zona de salud.
9. Formación en ecografía de un miembro del EAP (Proyecto conjunto con San José Norte)
10. Analizar las sugerencias o quejas de los usuarios del Centro de Salud recogidas en los buzones instalados a tal efecto, realizar las medidas correctoras posibles y exponer los resultados junto al buzón de sugerencias.
11. Continuar la actualización de los protocolos clínicos del EAP.
12. Publicar los resultados de "la evaluación del circuito y los resultados del control de la anticoagulación oral en el medio rural"

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Se llevó cabo un estudio epidemiológico descriptivo de mortalidad y morbilidad por cáncer en la ZBS de Cariñena y un pilotaje para valorar la factibilidad de incluir de forma sistemática escalas de calidad de vida tanto en el momento del diagnóstico como en las diferentes fases de evolución de la enfermedad neoplásica.
- Se ha evaluado la Calidad del seguimiento de la diabetes tipo II en el Centro de Salud de Cariñena, se han presentado los resultados en el EAP y se deciden unas medidas correctoras.
- Se ha diseñado una encuesta directa para conocer las expectativas y el grado de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud, por personal ajeno al Centro y otra telefónica para valorar la satisfacción y expectativas de los usuarios con respecto al uso del Servicio de Urgencias.
- Se ha realizado un curso de formación en ecografía del personal del EAP, impartido por Javier Pardo y se ha realizado la inscripción de 2 miembros del EAP en el curso de Ecografía a celebrar en Madrid en marzo de 2003
- Se han analizado las sugerencias de los usuarios del Centro de Salud recogidas en los buzones instalados a tal efecto.
- Se ha presentado el Programa "AMEDAC" diseñado por un miembro del EAP y se ha comenzado la fase de testeo de la Aplicación informática para el registro y explotación de datos de la atención continuada y se ha colocado un libro de sugerencias/ problemas detectados para anotar las dudas// problemas que surjan relacionados con el programa.
- Se ha diseñado un nuevo registro de licencias del personal de AP, por la auxiliar administrativo.
- Se han evaluado el circuito y la calidad de la anticoagulación oral en los Centros de Herrera y Cariñena
- Se ha adquirido una caja fuerte para guardar con seguridad la morfina a utilizar en las Urgencias y pacientes terminales del Centro de Salud.

ACTIVIDADES PENDIENTES:

1. Analizar la situación de la Cardiopatía isquémica en la ZBS
2. No se ha realizado la investigación de las tasas de seroconversión para enfermedades incluidas en el calendario vacunal, por carecer de medios para ello.

HISTORIA CLÍNICA DOMICILIARIA: CREACIÓN DE UN REGISTRO ESCRITO EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES INMOVILIZADOS Y/O TERMINALES

M.P. Ruiz Bueno,* I. Gonzalez Barrio*, M.T Rubio Moral **, R.I. Villares Andrés*,T. Romance Burillo***

*Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) del Área tres de Zaragoza. *Médico, **Enfermera, *** Auxiliar Administrativo.*

OBJETIVO:

Conseguir que en domicilio del paciente inmovilizado y/o terminal, exista un documento consensuado por los profesionales sanitarios del área tres, que aporte información sobre patologías, problemas, objetivos y plan de cuidados de dicho paciente, y así mismo sirva de comunicación interprofesional, tanto en la atención domiciliaria como cuando el paciente se desplaza a una consulta de urgencias y/o especializada.

METODOLOGÍA:

Consistió en contactar telefónicamente con los coordinadores de medicina o de enfermería de los 32 EAP del área para explicar el proyecto, solicitar colaboración y nominar uno o dos representantes de cada EAP con quien seguir contactando. A los equipos participantes (22), se les envió una carta explicando el proyecto de nuevo. Se tomó como referencia el registro de problemas en el anciano en atención domiciliaria existente en el área tres, e ítem por ítem se solicitó opinión sobre su pertinencia, facilidad de cumplimentación, aporte de información y sugerencias de cambios. Contestaron las encuestas 18 EAP, 81.8 % de los EAP participantes (56.25% de los EAP del área). El 40% opinaba que faltaba espacio en los ítem para poder registrar con claridad y valorar la evolución. La valoración social era considerada como buena en el 66.6% de las encuestas, apuntando como principales cambios la necesidad de ampliar la información recibida sobre el/la cuidadora, de su situación intelectual, física y emocional, así como la evolución de dicho cuidador en el proceso del paciente y posibilidad de claudicación. Se consideraba que el epígrafe de vivienda podía agruparse en habitable y no habitable, habitual y cambios de domicilio. El epígrafe de uso de tiempo libre era difícil de cumplimentar según el 20% de las encuestas. En el apartado de consejo e información, se consideró importante valorar la asimilación de dicho consejo por parte del paciente y/ cuidador en el 100% de las encuestas. Se preguntó asimismo, la posibilidad de unificar el registro del terminal e inmovilizado, el 50% opinaba que si y el 50% valoraba mejor que fuesen registros diferentes. El resto de cambios aportados, fueron matices individuales que cada equipo iba dando a los epígrafes.

Queda pendiente la elaboración de un diseño, con los conceptos aportados, para poder consensuarlo en el área. Dado que existe un proyecto de informatización del área, estamos esperando la posibilidad de adaptación de este registro en el OMI. Así mismo, falta por solucionar, la metodología que se va a emplear para poder dejar la información en el domicilio y que además pueda estar en el centro para facilitar cualquier evaluación que se quiera realizar del registro de inmovilizados y/o terminales.

DOCUMENTO DE ASISTENCIA EN ATENCION PRIMARIA, FUENTE DE INFORMACIÓN PARA MEJORAR LA ASISTENCIA Y LA COMUNICACION ENTRE LOS PROFESIONALES

COORDINADOR DEL PROYECTO: Carmen Quintana Velasco

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- 1- Asegurar la cumplimentación de los informes clínicos de urgencias.
- 2- Que el paciente y el profesional tengan constancia de la asistencia recibida.
- 3- Mejorar la comunicación entre profesionales al tener constancia, en sus pacientes, de los procesos atendidos en horario de Atención Continuada.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- Reunión del EAP que aborda la determinación de causas que provocan la oportunidad de mejora mediante la técnica de lluvia de ideas, que posteriormente se estructura en forma de Diagrama de Ishikawa.
- Se establecen los criterios a evaluar (acompañados de sus aclaraciones y excepciones).
- Se analiza la situación de partida del problema, tomando como referencia el Libro de Registro de Atención Continuada para el año 2001. Se tomaron las demandas de asistencia entre 1 de Enero del 2001 hasta el 28 de Febrero de 2001, contabilizándose un total de 693 pacientes atendidos.
- Se realiza Muestreo aleatorio simple sin remplazo, siendo $N=693$ y $n=50$, para estudiar la cumplimentación correcta de los criterios establecidos.
- Aquí se interrumpe el estudio al no disponer del ordenador solicitado y aprobado, por problemas técnicos del mismo desde un inicio, no subsanados hasta la actualidad.

INTRODUCCIÓN DE LA MEJORA DE CALIDAD EN UN CENTRO DE SALUD MEDIANTE UN CASO CLÍNICO

J. Palacio Lapuente, P. Escolano Colás, M. T. Gracia Gracia, O. Navarro Vitalla, G. Olóriz Pérez, A. Ortiz de Zárate, L. Portero Uriel

PALABRAS CLAVE: Caso clínico, mejora de calidad, formación continuada, atención primaria, coordinación de atención primaria con el nivel de especializada

OBJETIVOS:

- Introducir las actividades de mejora de calidad en el equipo.
- Iniciar la exposición de casos clínicos.
- Adquirir experiencia de trabajo en equipo en mejora de calidad orientada al cliente interno y externo.
- Iniciar contactos para hacer más fluidas las relaciones con el nivel de especializada

METODOLOGÍA:

Se decidió partir de algo ya conocido como los casos clínicos pero dándole un nuevo enfoque complementario: el análisis del tránsito del paciente por el sistema, lo que permitía ver como equipo el caso y tener en consideración la influencia de la actividad de unos profesionales en el trabajo de los otros, y de todos en la atención recibida por el usuario. A tal efecto se presentó un caso de un paciente con lumbalgia y se estudiaron todos sus pasos: desde su alta en el centro hasta su derivación a Reumatología.

RESULTADOS:

En el proceso de preparación y tratamiento del caso se constituyó y comenzó a funcionar el equipo de mejora. En la reunión de los médicos con el radiólogo se practicó la formación continuada mediante el aprendizaje basado en la resolución de problemas. El médico de familia que presentó el caso y el radiólogo documentaron el diagnóstico diferencial y el seguimiento de las espondilitis anquilopoyéticas. Además se trataron aspectos concretos de formas de rellenar los volantes de solicitud y de hacer los informes de manera que ambos niveles se faciliten mutuamente el trabajo y se disminuyan tiempos de espera evitables.

En la reunión de médicos, DUE y fisioterapeutas del centro con los reumatólogos se presentó el nuevo protocolo de derivación de primaria a reumatología. También se buscaron medios de contacto más ágiles entre niveles, según las necesidades de los pacientes.

En la reunión del equipo de salud se detectaron oportunidades de mejora, como la solicitud de las historias clínicas al centro de origen desde el mismo servicio de admisión.

CONCLUSIONES:

Este caso, con sus limitaciones de alcance y desarrollo, ha servido para comenzar la implantación en el centro de la mejora de calidad, tanto a nivel de método como organizativo. De él hemos salido con ideas, en general, un poco más claras y operativas sobre mejora de calidad, con un grupo de mejora en funcionamiento y con una primera experiencia de comunicación para el trabajo coordinado con el nivel especializado de referencia. Respecto al uso de sesiones clínicas como instrumento de mejora de calidad, pensamos que, aunque su alcance está limitado al caso en estudio, este instrumento tiene algunas características potencialmente interesantes:

- Sencillez
- No precisa conocimientos previos de mejora de calidad de los participantes
- No se percibe como una añadido ajeno al trabajo cotidiano de dudosa utilidad
- Ayuda al trabajo en equipo
- Da visión de conjunto del sistema y de su misión
- Centrado en el cliente/usuario/paciente
- Ayuda a comprender y mejorar los roles cambiantes de cliente y proveedor
- Mejora las comunicaciones entre niveles
- Aplicable incluso en colectivos con poca experiencia de trabajo en equipo
- Puede aplicarse tanto en Centros de Salud como en Hospitales: es simplemente una manera de ampliar el punto de vista de los casos clínicos

MEJORA DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA.

Martínez Lozano E., Rivas De Andrés J.J., García Tirado F.J., Martínez Vallina P., Embun Flor R.
Unidad de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

Es de vital importancia mejorar la calidad asistencial que el cliente recibe en nuestro servicio, por ello es necesario que la totalidad de funciones y características del servicio sean potenciadas a su máxima capacidad para satisfacer las necesidades del usuario. En nuestro hospital se puso en marcha el Programa de Mejora de Calidad Asistencial (PMCA) en 1992.

OBJETIVO:

Comunicar los pasos que se dieron en 1999 para diseñar e implantar el PMCA en una Unidad de Cirugía Torácica.

METODOLOGÍA:

- 1) La Unidad de Calidad Asistencial (UCA) impartió en Junio-99 un curso de CA cuyos objetivos eran: adquirir conocimientos metodológicos y analizar elementos conceptuales para identificar y priorizar problemas de calidad, dando apoyo para participar en actividades de Mejora de Calidad (MC).
- 2) Se formó en nuestra Unidad un grupo de trabajo (Diciembre-99) en MC, formado por 4-5 personas que desarrollaron una base de funcionamiento (estatutos).
- 3) Este grupo comenzó el trabajo con detección de problemas utilizando el método de "tormenta de ideas", analizó los problemas con el diagrama "causa-efecto", priorización con la "comparación de parejas" y seleccionó según criterios una propuesta de actividades.

RESULTADOS:

Se seleccionaron unos problemas para comenzar a trabajar con ellos: modificación en la distribución de tarea, protocolo de preparación al paciente prequirúrgico con gráficos de rasurado, reparación y adjudicación de material, guías clínicas (para el profesional y para el paciente), información a la familia tras la cirugía, creación de una pequeña biblioteca, renovación y reparación del mobiliario, encuesta de valoración del paciente, programa de conferencias, organización del "memorandum" científico, etc...

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La formación de un Grupo de Mejora de Calidad Asistencial propio de una unidad, trae consigo la implicación del personal que lo conforman, realizando de una forma ordenada y continua la búsqueda y resolución de problemas para conseguir la satisfacción del cliente al recibir una asistencia sanitaria de excelencia.

CALIDAD EN LA ASISTENCIA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

Povar Marco J, Ricarte Urbano E, Herrer Castejón A, Palazón Saura P, Parrilla Herránz P, Claraco Vega LM.

PALABRAS CLAVE: Síndrome coronario agudo, infarto de miocardio, calidad asistencial.

OBJETIVOS:

Los avances en el tratamiento del síndrome coronario agudo (SCA) han sido ampliamente difundidos y publicados en las guías de práctica clínica, pero no disponemos de datos fiables sobre el grado de aplicación de estas recomendaciones en el manejo de nuestros pacientes.

El objetivo de este proyecto de mejora de la calidad del SCA es aplicar las recomendaciones de las guías en el contexto asistencial de un Servicio de Urgencias.

METODOLOGÍA:

Para el desarrollo del proyecto aplicamos la metodología del ciclo de mejora. Identificamos como problema de calidad la selección del tratamiento más adecuado para el paciente de acuerdo con las evidencias científicas. Se elaboró un protocolo de asistencia consensuado con el Servicio de Cardiología y se establecieron como parámetros a evaluar los siguientes: realización del primer ECG en 10 minutos, tasa de AAS próxima al 100%, retraso puerta-aguja en prioridad I menor de 30 minutos (mediana), tasa de heparina y de inhibidores GP IIb/IIIa en SCA sin elevación del segmento ST. Se utilizó un método de registro con soporte informático en Acces para la recogida de los datos.

RESULTADOS:

Se evaluaron los datos de 139 pacientes recogidos hasta el 31 de Mayo de 2002, 68 con SCA con ST elevado y 71 con SCA sin elevación del ST (70% varones, 30% mujeres). El resultado de los índices analizados fue: primer ECG en 12 minutos, tasa de AAS del 93.4%, retraso puerta-aguja en prioridad I de 35 minutos (n=22), tasa de heparina (HNF o HBPM) 75,4% y tasa de inhibidores GP IIb/IIIa 18%.

CONCLUSIONES:

- 1.- El proyecto de mejora de calidad diseñado en nuestro servicio es una herramienta útil para identificar las deficiencias de manejo de los pacientes con SCA respecto a las recomendaciones de las guías de práctica clínica.
- 2.- La detección de las oportunidades de mejora permitirá en una segunda fase diseñar intervenciones dirigidas a mejorar el tratamiento de los pacientes.
- 3.- La aplicación de los ciclos de mejora es una metodología válida para la mejora de la calidad asistencial en el servicio de urgencias.

MEJORA GLOBAL DE LA CALIDAD EN PROGRAMAS DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA.

A, Calvo Pardo; J. Callau Puente; J.I. Castaño Lasaosa; A. Sicilia Ruiz; S. López Gracia.

PALABRAS CLAVE: Calidad, acreditación, programas prevención cáncer de mama

OBJETIVOS:

Analizar las principales metodologías de acreditación existentes y valorar las que mejor se adapten a los Programas de detección precoz de cáncer de mama, dentro del Sistema Sanitario Español. Comprobar que la metodología elegida es aplicable a este tipo de intervención sanitaria.

MÉTODOS:

Tras analizar las ventajas e inconvenientes que supone la aplicación de distintas metodologías de acreditación (normas ISO, EFQM, Joint Commission) a los Programas de detección precoz de cáncer de mama, se concluye la conveniencia de elaborar un Manual de Acreditación propio, basado en el propuesto por la Joint Commission.

RESULTADO:

El manual elaborado parte del concepto de función y de la definición de una serie de criterios o declaración de expectativas y de estándares o niveles esperados de éxito. Los 72 criterios elaborados se distribuyen en tres funciones: funciones centradas en la población diana, funciones centradas en la organización y estructuras con funciones. Se establece una escala de 1 a 5 para cada criterio, creando reglas de decisión. El incumplimiento de algún criterio con el suficiente peso específico puede, por sí solo desacreditar todo el Programa o únicamente disminuir la valoración general del mismo.

CONCLUSIONES:

El manual de elaboración propia, adaptado de la metodología de la acreditación de la Joint Commission, puede aplicarse a los programas de detección precoz de cáncer de mama, lo que se pone de manifiesto tras validarlo externamente en uno de ellos. La aplicación del manual supone un instrumento de mejora de la calidad global, un incentivo para los profesionales implicados y una señal de prestigio para el programa.

MEJORA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LA MUJER: CLIMATERIO.

COORDINADOR DEL PROYECTO: Luis Alfonso Hijós Larraz

OBJETIVOS PLANTEADOS:

El problema detectado abordado fue un bajo conocimiento en las mujeres climatéricas de las repercusiones fisiológicas y psicológicas y las “posibles complicaciones patológicas” que conlleva la menopausia. Evaluamos las siguientes dimensiones sobre el conocimiento de la misma: aspectos biológicos, psicosociales, riesgos de salud y cuidados y actividades de prevención y mejora de la salud. Y por otro lado, para analizar el problema, hicimos una reevaluación interna del servicio 209 del Insalud: “Atención a la mujer climatérica”.

Los objetivos fueron:

- Instaurar un programa de mejora continua en atención a la mujer climatérica.
- Mejorar el cumplimiento de los criterios de proceso con respecto a las Normas Técnicas Mínimas (NTM)1999.
- Mejorar los conocimientos sobre la menopausia e identificar de las necesidades educativas de las mismas.
- La consolidación del grupo de trabajo en calidad.

ACTIVIDADES REALIZADAS/RESULTADOS CONSEGUIDOS:

Procedimos a realizar un Audit médico retrospectivo para la valoración de Norma Técnica Mínima en una muestra de 49 mujeres incluidas en el programa de atención a la mujer ($\alpha=0.95;e=0.12$) y una encuesta sobre conocimientos del climaterio a una muestra de 62 mujeres de 40-60 años($\alpha=0.95;e=0.12$).

En la evaluación de las NTM de estos resultados se debe resaltar :

- Valoración inicial: en este apartado todos los criterios tienen un alto cumplimiento (mayor del 70 %).
- Seguimiento: Aquí el incumplimiento es mayor (mas del 60 %) y es donde fueron encaminadas las distintas medidas de mejora. Resaltar todos los puntos con mayor incumplimiento sobre la anamnesis (rango cumplimiento: 24.4-33.3) y los consejos (rango cumplimiento:31.1-53.1).

Estos datos son similares a la evaluación de NTM del área del año 1999.

En la encuesta los datos indican que a pesar de que la puntuación media obtenida fue de 24.13 (DS 13.16) solamente en la dimensión de los aspectos psicosociales la puntuación fue muy baja 3.13 (DS 2.8) en las otras dimensiones el rango oscilo de 4.84 a 5.41.

Las actividades a mejorar serán las relacionadas con el seguimiento (Anamnesis y Consejos). Las oportunidades de mejora van encaminadas a todos los aspectos educativos en general, y en particular al aumento de los conocimientos en la dimensión de los aspectos psicosociales realizando las siguientes actividades:

1. Información a los profesionales del EAP.
2. Uso de la hoja del programa
3. Mejorar el registro en la historia
4. Realización de sesión auto formativa incidiendo en las Oportunidades de Mejora detectadas.
5. Mejorar la EPS individual a este grupo de mujeres. Se realizaron trípticos que son explicados por el personal sanitario.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

Actualmente, al tratarse de un problema del área cognitiva (nivel de conocimientos) decidimos que la aplicación de las medidas correctoras seria de 2 años. Estamos pendientes de la reevaluación en Mayo/Junio del 2003.

CORRECCIÓN DE ERRATAS: Se añade la página 31 bis.

OBSERVACIÓN DEFICIENTE DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN LA DIABETES MELLITUS

COORDINADOR DEL PROYECTO: Benito Luño García

OBJETIVOS PLANTEADOS:

Implantar la práctica sistemática de solicitar control de microalbuminuria en orina de 24 horas y de hemoglobina glicada una vez al año, al menos, siguiendo la guía de actuación. Implantar la educación sanitaria al diabético en pequeños grupos de pacientes. Desarrollar actividades de formación continuada entre los profesionales en materia de Diabetes. Obtener mejoras significativas en los resultados obtenidos de control metabólico en los diabéticos.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- Sesiones clínicas de formación continuada. Actualización en DM2 .
- Cursillo de educación para la salud en un grupo de 14 diabéticos, que representa el 10% de los censados.
- Solicitud de pruebas de laboratorio: hemoglobina glicada y microalbuminuria en orina.
- Actuación frente a microproteinuria según la guía de actuación clínica.
- Recogida de datos para nueva reevaluación.
- Proceso de datos obtenidos y presentación de resultados al equipo.

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

Todos los profesionales del equipo han recibido sesiones clínicas de formación y tienen la guía de actuación médica.

En todos los consultorios se registran los resultados de las pruebas solicitadas.

Se ha solicitado microalbuminuria al 60% de los pacientes; representa una mejora absoluta del 6,7% respecto al año pasado. Se solicitó HbA₁C al 91%, que es 16% más que en el ejercicio 2000. Se ha obtenido 69,5% de HbA₁C dentro de límites aceptables, que supone una mejora del 14,5%.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

Como el año pasado, en diciembre se revisa el censo de diabéticos para el próximo ciclo.

En diciembre 2002 se recogen las propuestas de mejora del ciclo.

Enero 2003 se planifican las sesiones clínicas de formación continuada y su contenido.

Las sesiones clínicas se desarrollan de enero a junio 2003

En junio se hace evaluación intermedia del ciclo en curso y se hacen valoraciones de lo obtenido.

Noviembre 2003 recogida de datos para la reevaluación.

DEFICIENTE INTERVENCIÓN SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DIABETES MELLITUS

COORDINADOR DEL PROYECTO: Benito L. Luño García

OBJETIVOS PLANTEADOS:

Desarrollar actividades de formación continuada entre los profesionales para mejorar la anamnesis y la exploración física del diabético.

Detectar y cuantificar el hábito tabáquico en los pacientes. Observar los factores de riesgo cardiovascular y calcular el valor del RCV según tablas convencionales. Intervención educacional sobre el estilo de vida; consejo antitabaco. Obtener mejoras significativas en los resultados obtenidos sobre disminución del riesgo cardiovascular y control del tabaquismo.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

Sesiones clínicas sobre la exploración física del diabético y el consejo antitabaco.

Talleres prácticos en cuantificación del RCV (con tablas) y en el manejo la sonda eco-doppler.

Valoración del perfil lipídico. Detección de HTA y seguimiento. Exploración vascular periférica y determinación del índice tobillo brazo. Cuantificación del riesgo cardiovascular.

Cursillo de educación grupal al 10% de los pacientes.

Consejo antitabaco, individualizado, a 8 de los 14 fumadores en el grupo.

Recogida de datos. Proceso de datos obtenidos y presentación de resultados.

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

Valoramos según el grado de cumplimiento de los criterios establecidos.

Formación continuada en diabetes a través de sesiones clínicas a todos los profesionales.

Detección sistemática de los factores de riesgo cardiovascular en el diabético y exposición porcentual en su historia clínica en el 69,5% de los pacientes, frente al 55% inicial.

En el 98% de éstos se conocen los valores lipídicos, con colesterol <200 en el 44,69%.

Se hace seguimiento de peso y TA al 100% de los diabéticos. Al 23% se les ha determinado el índice tobillo/brazo, frente a un 15% inicial. No hubo abandonos del hábito tabáquico.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

Revisión del censo de diabéticos, en diciembre 2002, para la próxima reevaluación.

Enero 2003: se planifican las sesiones clínicas de formación continuada y su contenido en materia de diabetes. Se recogen las propuestas. Las sesiones clínicas se desarrollarán de enero a junio 2003

Durante los meses de marzo-abril 2003 repetiremos la formación grupal al diabético.

En junio 2003 haremos una reevaluación intermedia del ciclo en curso y valoración de lo obtenido

En noviembre 2003, segunda reevaluación.

ATENCION DE ENFERMOS TERMINALES. TESTAMENTO VITAL. CENTRO DE SALUD DE LUNA 2002.

COORDINADOR DEL PROYECTO: Ana Isabel Echeverri Oyaga.

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- Mejorar la atención de los enfermos terminales
- Mejorar la satisfacción de enfermos, profesionales y familiares
- Posibilitar un ahorro del sistema evitando hospitalizaciones si los enfermos terminales deciden fallecer en su domicilio por sentirse bien cuidados.
- Continuar trabajo y formación en Mejora de Calidad
- Establecer indicadores de buen funcionamiento de los programas instaurados
- Mejorar los conocimientos técnicos de los profesionales sobre el tema

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- Reuniones del Equipo de Mejora cada mes
- 3 Reuniones del Equipo del Centro de Salud
- Una sesión de formación y asesoramiento con el Dr. Flordelis por su experiencia en un programa similar en C.S. de Sadaba y en el Area II.
- Revisión y recopilación de información sobre atención clínica de terminales.
- Elaboración de propuesta de proceso de cuidado de enfermos terminales en atención continuada.
- Participación de la coordinadora en el curso de mejora de calidad organizado por SALUD
- Elección de indicadores del programa de uso de coaguchek
- Elaboración del borrador de documento para domicilio, centro de salud e historia clínica.
- Recogida de información, ocasional, sobre la opinión de los usuarios sobre el Testamento Vital.

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

- Utilización de recursos técnicos, (colchones, cojines..) para la prevención de úlceras de decubito en el 100% de los enfermos.
- Discusión y clarificación del proceso de atención continuada en enfermos terminales
- Continuación del equipo de mejora y consolidación de su trabajo anterior
- Formación inicial de un miembro del equipo en mejora de calidad.
- Borradores de protocolos y documentos

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

- Febrero: Reunión del equipo del centro incluyendo refuerzos para consenso sobre tratamiento de procesos clínicos en terminales; procedimientos y documentos.
- Marzo: Reunión del equipo de mejora para consenso del documento y procedimiento de testamento vital
- Abril: Reunión del equipo para consenso de introducción de procedimiento de testamento vital

TITULO DEL POSTER: ESTUDIO DE CALIDAD EN UN PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL: ANALISIS DEL PROBLEMA.

L. A. Hijós Larraz**, D. García Bello.*, D. Ara Launa.*, A. Castellanos de Mur.**, F. Aranguren Martínez de Moretin.*, L. Rubio Buisan.*

*Médicos **DUE

PALABRAS CLAVE: hipertensión arterial, calidad, atención primaria.

OBJETIVO:

- Fomentar la creación y mantenimiento de un Grupo de Trabajo en Calidad.
- Reiniciar la realización de evaluaciones internas de los distintos programas.
- Análisis y Priorización de las causas del problema seleccionado: Hipertensión arterial. (HTA)

METODOLOGÍA:

En el año 2000, se creó un grupo de trabajo en calidad, identificándose y priorizándose el problema: Inadecuado control de la HTA. Se propuso la realización de un estudio retrospectivo mediante un audit, para lo cual se determinaron 19 criterios relativos a la calidad científico-técnica siendo los tipos de datos obtenidos de estructura, proceso y resultado intermedios. Sobre los pacientes incluidos en programa de hipertensión arterial se realizó un muestreo sistemático de 64 historias ($\alpha=0.95; e=0.12$). Las fuentes de datos utilizadas fueron la historia clínica, registro de formación continuada y la encuesta sobre adhesión al tratamiento. Para el análisis de los datos y obtención de las oportunidades de mejora se usaron gráficos de Pareto, de estrella, histogramas de cumplimiento

RESULTADOS:

La cobertura del programa fue de 943 pacientes (98,74 %) La edad media fue de 70.2 años (± 10.9); el 56.25% fueron del sexo masculino y el 43,75 del sexo femenino. Se procedió a valorar los criterios agrupados, observando que la mayor parte de los incumplimientos se deben a los problemas estructurales (11,99 % de cumplimientos). En segundo lugar, obtenemos que las oportunidades de mejora radican en las causas de proceso.

Al analizar los criterios y subcriterios se priorizaron los problemas detectados siendo por este orden: problemas estructurales (criterios relativos a revisión de esfigmomanómetros, manguitos de obesos, esfigmomanómetros electrónicos), de proceso (realización de analítica, microalbuminuria, fondo de ojo y reconocimiento específico) y de resultados (control HTA y disminución factores de riesgo cardiovascular).

CONCLUSIONES:

En primer lugar, en el análisis del problema se observaron causas por déficits estructurales, y a continuación causas organizativas (internas y externas) y causas dependientes del profesional y del cliente externo. Esta priorización se utilizó para la aplicación de distintas medidas correctoras: mejoras estructurales, organizativas (actualización del programa), educativas (mecanismos de feed-back, elaboración de trípticos). Implícitamente, se ha consolidado el grupo de trabajo en calidad mediante la realización de otros proyectos.

Nota: Proyecto financiado a través del “Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de Calidad” de la Diputación General de Aragón.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ESPIROMETRÍA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN:

A través de la realización de un grupo nominal se identificó que la técnica realización y la interpretación de la espirometría era deficitaria.

Entre las causas que ocasionaban este problema estaban: que el paciente no colaboraba por falta de preparación previa, que la calibración no era sistemática, falta de formación en la realización de la técnica por parte del personal de enfermería, mal registro de los resultados de la espirometría en la historia, falta de formación por parte del médico en la interpretación correcta de los resultados.

OBJETIVOS:

Una vez identificadas las causas, se procedió al diseño de un programa de mejora con los siguientes objetivos:

- Explicar al paciente el correcto procedimiento.
- Formación al personal de enfermería de la técnica y al personal médico de la interpretación.
- Registrar los resultados de la espirometría en la historia clínica.

PLAN DE MEJORA

- Elaboración de una hoja informativa al paciente que se le dará al darle la cita.
- Calibración del espirómetro diariamente con la jeringuilla y quincenalmente con calibración dinámica.
- Actualización del programa del EPOC del centro.
- Realización de dos talleres de un taller de 4 horas par la realización de la técnica y otro de 2 horas para la interpretación de resultados.
- Consensuar en que parte de la historia quedarán registradas las espirometrías para ver la continuidad.

En este momento el proyecto esta iniciándose porque acaba de ser aprobado, y esperamos presentar en octubre los resultados y conclusiones de muchas de las actividades iniciadas.

¿CÓMO SE SIENTEN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE UN AREA DE SALUD?.

Serrano Peris D.; Cebrian Martín C.; Cortes Rama A; Bendicho Rojo C.; Flordelis Marco F.; Grima Moliner J.L.

GERENCIA ATENCION PRIMARIA AREA 3.

PALABRA CLAVE: Satisfacción laboral, Calidad, Profesionales sanitarios, Atención Primaria.

OBJETIVO:

El objetivo de este estudio es conocer el nivel de satisfacción laboral y analizar sus componentes en los trabajadores del Área 3 de Zaragoza.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal realizado mediante el cuestionario auto administrado de satisfacción laboral "Font Roja", al que se le ha añadido una pregunta de sugerencias. Las preguntas se agrupan en 9 dimensiones que exploran diferentes aspectos de la satisfacción.

RESULTADOS:

Han respondido a la encuesta 538 profesionales del Área (69,3%); En general los profesionales están moderadamente satisfechos, 3.15 de una puntuación de 1 a 5; los que mejor valoran su trabajo son el colectivo de enfermería 3.24, y los que peor los administrativos, 2.95 Por dimensiones, las mejor valoradas son el contenido de trabajo y la autonomía profesional; las peor valoradas la tensión y el exceso de trabajo.

La satisfacción media en los centros urbanos es ligeramente inferior a los rurales, existiendo diferencias en la comunicación con los superiores, la tensión con el puesto de trabajo, el exceso de trabajo, la autonomía profesional y la relación con los compañeros.

Por colectivos, los administrativos de los C.S. rurales están más satisfechos que los urbanos, con diferencias significativas en este sentido en la comunicación con los superiores, la satisfacción y el contenido del trabajo, y la autonomía; en enfermería es mayor la satisfacción en los centros rurales, siendo significativa la mejor comunicación con los superiores. En medicina en el ámbito urbano es significativamente mayor la carga de trabajo (en ambos insatisfactorio) y la relación con los compañeros.

Se han recogido 215 sugerencias, siendo las dos más frecuentes entre los profesionales médicos: mejora de la formación continuada y disminución de la carga asistencial; en enfermería mejora / ampliación de recursos materiales y mejora de la formación continuada.

CONCLUSIONES:

La información obtenida en esta encuesta concuerda con la sensación que se advierte en los centros de salud; los administrativos urbanos están insatisfechos, los médicos sufren una mayor carga en los centros urbanos, siendo mejor la relación entre compañeros en los centros rurales. Respecto a las sugerencias debería hacerse una notable inversión en formación continuada.

PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD DE C. TORÁCICA: IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA DE NEUMONECTOMÍA.

J. García Tirado, J.J. Rivas de Andrés, F. Martínez Lozano, P. Martínez Vallina, J.R. García Mata, R. Embún Flor.

Cirugía Torácica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN:

A partir de 1992, el INSALUD puso en marcha en su estructura sanitaria el Contrato Programa. Los Programas de Mejora de Calidad Asistencial (PMCA) constituían una finalidad obligada, derivada de la complejidad creciente de la Atención Sanitaria, la limitación de recursos económicos, y la necesidad de definir al usuario entre sus objetivos.

OBJETOS:

Presentar la sistemática empleada para la elaboración de un PMCA en una Unidad de Cirugía Torácica (UCT), implantando una Vía Clínica (VC) de Neumonectomía.

METODOLOGÍA:

- 1) En Junio-99 se impartió en nuestra UCT un Curso de MCA, desarrollado por la Unidad de Calidad Asistencial (UCA) del H.U.M.Servet; el curso se orientó hacia la adquisición de conceptos y metodología para identificar y priorizar problemas de calidad.
- 2) Con el apoyo técnico/estratégico de la UCA, en Dic-99 se crea el Grupo de Mejora de Calidad en CT formado por 1 médico, 2 enfermeras y 1 auxiliar.
- 3) Dicho Grupo, a partir de la formación obtenida por el Curso, detectó los problemas existentes en la UCT mediante "tormenta de ideas", analizó dichos problemas con el método de diagrama causa-efecto, priorizó con técnicas de comparación de parejas y seleccionó con la técnica de parrilla según criterios explícitos.
- 4) Se eligió una actividad asistencial compleja como es la neumonectomía, para abordar su MCA. Se decidió la elaboración de una VC como método de trabajo: la VC permite aunar los conceptos de efectividad y eficiencia bajo la condición de Medicina Basada en la Evidencia.

RESULTADOS:

Se presenta la VC de Neumonectomía desarrollada por los Servicios de CT, UCI y Anestesia; incluida la elaboración gráfica de la información para el paciente y familiares. Para dicho desarrollo, se consideró necesaria:

- 1) la modificación en la distribución de tareas.
- 2) la preparación prequirúrgica del paciente.
- 3) la reparación de material y dotación precisa.
- 4) la definición del curso clínico en la VC.
- 5) la información a la familia tras la cirugía, así como durante el curso clínico. La evaluación de la VC se efectúa mediante áudit anual.

CONCLUSIONES:

La MCA es un objetivo asistencial derivado de una actitud más profunda. Para trabajar en PMCA debemos utilizar la metodología apropiada, existente para ello. La VC de Neumonectomía está reduciendo la variabilidad, estancias innecesarias (y por tanto, coste), proporcionando seguridad legal.

ÁUDIT DE LA VÍA CLÍNICA DE NEUMONECTOMÍA IMPLANTADA POR EL PROGRAMA DE CALIDAD DE UNA UNIDAD DE C. TORACICA

García Tirado, J.; Rivas de Andrés, J.J.; Martínez Lozano, F.; Embún Flor, R.; Martínez Vallina, P.; García Mata, J.R.* Unidad de C. Torácica. *Unidad de Calidad Asistencial. H.U.Miguel Servet

OBJETIVO:

Las vías clínicas (VC) son planes asistenciales sistemáticamente desarrollados para contribuir a la toma de decisiones clínicas sobre los cuidados de salud apropiados para patologías concretas, de curso clínico predecible. Las VC suponen una de las formas más actualizada de trabajar aunando los conceptos de efectividad y eficiencia bajo la condición de Medicina Basada en la Evidencia. En nuestra Unidad se creó en dic-99 el Grupo de Mejora de la Calidad en C. Torácica, habiéndose elaborado e iniciado el uso de la VC de neumonectomía; se presentan los resultados iniciales, sobre los que se replantean actualmente las posibles modificaciones a realizar.

METODOLOGIA:

El MATERIAL empleado para su desarrollo consistió en:

- 1) Revisión bibliográfica.
- 2) Participación de servicios de investigación en salud (unidad de calidad asistencial del hospital), y expertos clínicos de los servicios implicados (uci, anestesia y c. Torácica).
- 3) Diseño y edición de la vía.

El MÉTODO a seguir consistió en:

- 1) Identificación y definición del proceso clínico a abordar, mediante criterios de frecuencia, riesgo y coste y curso clínico predecible.
- 2) Contraste con la revisión bibliográfica.
- 3) Desarrollo por el equipo de médicos y personal sanitario no facultativo implicados en la atención del enfermo con dicho proceso clínico, junto con un coordinador en calidad.
- 4) Diseño escrito.
- 5) Áudit anual de la misma.

RESULTADOS:

Durante 2000-2001 se intervinieron 43 pacientes, 7 de los cuales fueron excluidos de la VC por razones diversas (5 éxitos). Como criterios de evaluación se eligieron: 1) Intervención al día siguiente del ingreso; 2) alta al 7º día de la intervención. Respecto al criterio 1, 33 de los 36 pacientes lo cumplieron (91,66 %); sin embargo, respecto al criterio 2, sólo con 16 de 36 pacientes se cumplió la indicación de la VC (44 %). En 20 de los pacientes la estancia fue diferente a 7 días, siendo en 13 de ellos (65 %) superior a 7 días, y en 7 pacientes (35 %), inferior a 7 días.

CONCLUSIONES:

Las VC constituyen un excelente método en la mejora de calidad de los cuidados médicos, al asegurar una atención basada en la evidencia científica, y la posibilidad de detectar situaciones de desviación que alerten acerca de la necesidad de efectuar cambios en la práctica clínica empleada. En nuestra experiencia en curso, la VC de neumonectomía requiere una revisión, a partir de los datos obtenidos por el áudit acumulativo tras sus dos primeros años de implantación, a fin de ajustar la variabilidad y las estancias innecesarias, con las repercusiones consecuentes en el coste y en la calidad de la asistencia dispensada.

DISPOSITIVOS HEMOSTATICOS FEMORALES. MEJORA DE LA EFICIENCIA EN PROCEDIMIENTOS CARDIOLÓGICOS PERCUTÁNEOS.

J.G Galache Osuna, I. Calvo Cebollero, A Marquina Marcos, E Moreno Esteban y JA Diarte De Miguel

OBJETIVO:

Evaluar el impacto de los dispositivos hemostáticos femorales sobre la estancia hospitalaria y la tasa de complicaciones vasculares mayores tras la realización de un cateterismo diagnóstico o una angioplastia coronaria.

METODOLOGÍA:

Estudio comparativo entre el grupo de pacientes sometidos a un procedimiento cardiológico percutáneo por vía femoral tras la implantación de los dispositivos hemostáticos de sellado utilizados de forma protocolizada entre el 13 de Mayo y el 13 de junio de 2002 y el mismo periodo del año 2001 antes de la implantación de dichos dispositivos. Criterios de exclusión: Prolongación de estancia por causas extracardíacas o implantación de DAI o Marcapasos. Análisis estadístico T de Student y U de Mannwhitney para variables cuantitativas y Chi cuadrado para variables cualitativas.

RESULTADOS:

Pacientes totales 116 en el 2001 (excluidos 7 el 6%) y 103 (6 el 6%) en el 2002. El porcentaje de pacientes en los que se utilizó el dispositivo fue de 35/54 (64,3%) en los procedimientos diagnósticos y 14/26 (52%) en los terapéuticos. En procedimientos terapéuticos se produjeron 2 complicaciones mayores en el año 2001 y una complicación mayor en el año 2002 esta última en paciente sin sellado vascular. No se produjo ninguna complicación mayor en pacientes tratados con sellado hemostático.

La estancia hospitalaria en función del tipo de procedimiento y del año se describe en la tabla siguiente.

	Procedimientos Diagnósticos	Procedimientos Terapéuticos	Total
Año 2001	2,6	4,31	3,1
Año 2002	1,9	3,1	2,3
IC y p	(0,04-1,4) p= 0,061	(0,3-2,6) p = 0,07	(0,13-1,45) p=0,021

Valoramos la estancia media hospitalaria en función de la utilización de sellado hemostático. La estancia media en pacientes con procedimiento diagnóstico pasó de 2,4 a 1,6 días (IC 0,03-1,7) con $p<0,05$. En procedimientos intervencionistas pasó de 4,2 a 2,54 (IC 0,5-2,8) con $p=0,7$.

CONCLUSIONES:

La utilización de los dispositivos de sellado vascular se asocia a una mejora de resultados en el paciente por disminución de complicaciones vasculares mayores y disminución en la estancia media hospitalaria tras el procedimiento. El beneficio se produce tanto en procedimientos diagnósticos como terapéuticos.

CALIDAD ASISTENCIAL EN ENFERMERIA: GRUPOS DE MEJORA EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES.

Bailo Gay A; García Fernández N; Martínez Fernández S; Lanza Salcines Y; Nadal Queralt R.

PALABRAS CLAVE: Calidad asistencial en enfermería, Grupo de mejora, Residencias de personas mayores.

OBJETIVOS:

Dentro del sistema de Gestión por procesos de las Residencias de mayores de Alagón y Barbastro, (Residencias públicas gestionadas por la Fundación Ramón Rey Ardid), consolidar el método de trabajo “tutorización de residentes”, en relación con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia concretada en la personalización de la atención a usuarios y familiares.

METODOLOGÍA:

Encuadrado en los objetivos de calidad asistencial en la Fundación Ramón Rey Ardid, y liderado por la dirección del centro de Alagón, se creó un grupo de mejora que llevó a cabo las acciones siguientes: análisis del funcionamiento del sistema de trabajo de “tutorías”, detección de problemas; propuestas de mejora; definición de estándares e indicadores de evaluación; control de los resultados de los indicadores en relación con los objetivos.

RESULTADOS:

Se presentan los resultados más relevantes de los diferentes apartados trabajados: 1/ Detección de problemas; 2/oportunidades de mejora; 3/ estándares e indicadores; 4/ aplicación de las mejoras y 5/ resultados del control.

CONCLUSIONES:

- 1) El sistema asegurara la ejecución de las actividades del método de trabajo de “tutorización de residentes”.
- 2) La participación de los diferentes profesionales contribuye a la consolidación del sistema de trabajo multidisciplinar de las Residencias, y en concreto a la profesionalización del personal auxiliar.
- 3) La supervisión de la actividad mediante la monitorización de los indicadores posibilita la estabilización del proceso y el establecimiento de las acciones correctivas oportunas para mejorar la atención al residente y su familia.

ADAPTACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA MEDIANTE UN GRUPO DE MEJORA.

Esther Samaniego, Pilar Martínez, Tomás López, Sandra West, Avelina Cotaina, Pilar Rived

PALABRAS CLAVE: Gestión por procesos, grupos de mejora, diagnósticos de enfermería, rehabilitación psiquiátrica

OBJETIVOS:

Encuadrar este trabajo dentro de un sistema de gestión por procesos en el centro. Adaptar los diagnósticos de enfermería de la N.A.N.D.A. a las áreas de intervención del modelo teórico OREM. Formación a enfermería y auxiliares que intervendrán. Integrar diagnósticos en el plan de intervención de enfermería y en el plan terapéutico individual.

METODOLOGÍA:

Valoración y análisis sobre qué diagnósticos se adaptaban al modelo teórico OREM y a la población que atendemos. Para la realización del trabajo durante el año 2001 se trabajó en distintas fases:

- 1) Constitución de equipo de mejora: técnico en calidad asistencial, equipo de enfermería, auxiliares en AVD.
- 2) Analisis del sistema de trabajo que se venía desarrollando y planteamiento de una serie de oportunidades de mejora, entre ellas la más importante fue la necesidad de establecer planes terapéuticos de enfermería en base a un diagnóstico de enfermería estandarizado, concretamente diagnóstico NANDA.
- 3) Seleccionar aquellos diagnósticos NANDA adaptables al modelo teórico OREM y a enfermos mentales de una unidad de rehabilitación.
- 4) Formación del equipo de enfermería y auxiliares que lo llevarían a cabo.
- 5) Implantación del sistema diagnóstico NANDA.

RESULTADOS:

Se han seleccionado las áreas de intervención más adecuadas según el modelo para las intervenciones de enfermería en rehabilitación. El trabajo sistemático de enfermería según este modelo es compatible con el sistema de gestión por procesos del centro. La metodología y evaluación diagnóstica NANDA es una buena herramienta en la planificación de cuidados de enfermería.

CONCLUSIONES:

La utilización de diagnósticos estandarizados de la NANDA ha permitido tener un lenguaje común con el resto de profesionales de enfermería, tanto a nivel interno como con otros dispositivos. Este sistema de trabajo permite:

- 1) Avanzar en la sistematización y concreción de planes individuales de intervención derivados de los propios diagnósticos
- 2) Mejorar el sistema organizativo de planificación de cuidados y por tanto la calidad asistencial desde el departamento de enfermería
- 3) Contribuir al avance de la profesión de enfermería a través de un desarrollo cada vez más sistematizado, cualificado y específico, que aporta la gestión de calidad como herramienta de trabajo.

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION (CAR): PROPUESTA DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTAS EXTERNAS.

Cucullo López JM., Flaquer Terrasa N, Manrique Permanyer JM, Gamboa Huarte B, Navarro Cirugeda M, Guajardo Sinusía I.

Servicio de Geriátría. Hospital Geriátrico San Jorge. Zaragoza

PALABRAS CLAVES: CAR, mejora calidad asistencial, salud funcional, demora, paciente anciano

OBJETIVO:

La medición de la salud del anciano viene definida en términos de función. La incapacidad es un marcador de fragilidad y de consumo de recursos asistenciales así como de deterioro de la calidad de vida. Un abordaje precoz ha demostrado la reversibilidad de la incapacidad sino total al menos parcialmente y una demora en su abordaje un deterioro de la calidad asistencial en el servicio de Geriátría. En un esfuerzo de la mejora de la calidad asistencial se propone un desarrollo en el centro de un CAR para el estudio y la orientación terapéutica (nivel asistencia adecuado) en los pacientes ancianos derivados con patología funcional.

METODOLOGÍA:

En el diseño del CAR han sido necesario definir los siguientes puntos: pacientes, vía de contacto, criterios de inclusión, recursos humanos, medios materiales, instrumentos de valoración y respuesta. Indicadores de evaluación: adecuación del paciente derivado (nº de pacientes incluidos/nº de pacientes: 80%; demora de la primera visita (15 días); tiempo de ejecución del proceso asistencial en 2 días (80%); porcentaje de cumplimentación de los instrumentos de valoración (90%).

RESULTADOS:

El CAR se oferta a los médicos de Atención Primaria para mayores de 75 años que presenten enfermedad con deterioro funcional manifestado como pérdida de la capacidad de deambulación o de la ejecución de actividades básicas y/o instrumentadas de la vida diaria que previamente realizaba. Todas las solicitudes serán evaluadas por la unidad de admisión que según los criterios previos las derivará al CAR o a las consultas externas. Instrumentos de valoración; Barthel, Tinnetti abreviado, MSQ. La historia clínica y pruebas complementarias (analítica, radiología, ecografía, ECG) se realizarán en el día y el informe se remitirá a su médico. Los resultados iniciales fueron de 32 solicitudes, siendo el 60% del sexo femenino, la edad media fue de 79,2 (rango 66-91), el 94% procedían de los equipo de Atención Primaria, un 6% del ESAD. Al final de proceso un 56,2% se les incluyeron en programa de recuperación funcional en nuestro Hospital de Día Geriátrico, un 6,25% fue ingresado.

CONCLUSIONES:

La CAR es una propuesta novedosa y factible de abordaje del deterioro funcional en el anciano. Permite una vía de acceso rápida y eficiente a la atención especializada. El abordaje precoz de la incapacidad permite disminuir su prevalencia y el impacto en el consumo de recursos y mejora de la calidad de vida del anciano.

LA VOZ DEL CLIENTE COMO EJE CENTRAL DE LA GESTIÓN DE RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES

Alonso Marchante C; Lanza Salcines Y; Martínez Fernández S; Mur Cascarra R; Martínez Mayor V; Nadal Queralt R.

PALABRAS CLAVE: Calidad percibida, Encuesta a usuarios, Residencias de personas mayores.

OBJETIVOS:

Realizar en las Residencias de mayores de Alagón y Barbastro (Residencias públicas gestionadas por la Fundación Ramón Rey Ardid) una encuesta de Calidad Percibida, con el fin de conocer la opinión de los usuarios respecto a diferentes aspectos del servicio prestado, en relación con el objetivo de mejorar la atención prestada en las residencias y satisfacer las necesidades de los residentes y sus familias.

METODOLOGÍA:

Dentro del objetivo estratégico de la Fundación Ramón Rey Ardid de conseguir que la voz del usuario sea el eje de la gestión de sus recursos, se realizan sistemáticamente en todos los centros gestionados por ésta, unas encuestas a los usuarios y a los familiares; tras su análisis se detectan problemas y se ponen en marcha acciones de mejora.

RESULTADOS:

Se presentan los resultados más relevantes de la encuesta de calidad percibida de usuarios de las residencias de personas mayores, distribuidos en las diferentes áreas que componen la encuesta.

Se apartan también los resultados de las áreas de mejora detectadas y las acciones llevadas a cabo para conseguir dicha mejora.

CONCLUSIONES:

- 1) El usuario y su familia son el eje central de la gestión de la organización.
- 2) La integración de la voz del cliente como eje central de la organización, permite la mejora continua de los procesos de atención.
- 3) La recogida sistemática de la voz del cliente a través de las encuestas de percepción de calidad del servicio, crea en los centros y entre los profesionales, una cultura de enfoque hacia el cliente.

COORDINAR LOS PROCESOS ASISTENCIALES NOS HACE OBTENER MEJORES INDICADORES DE CALIDAD

Martínez Lozano F., Rivas de Andrés J.J., Martínez Vallina P., García Tirado F.J., Embun Flor R.
Unidad de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

Coordinar las diferentes dimensiones de la calidad asistencial, es de vital importancia ya que con ello conseguimos una asistencia de excelencia al mejorar la eficiencia, alcanzar las expectativas de los pacientes y reducir los costes.

OBJETIVO:

Comunicar la efectividad y el ahorro que se produjo en nuestra Unidad al implantar una Vía Clínica en Enero de 2000.

METODOLOGÍA:

- 1) Coordinación de las diferentes actividades de los médicos, enfermeras y otros profesionales al detallar las actividades del día a día, evitando la variabilidad y la individualidad del profesional.
- 2) Se realiza el estudio durante 22 meses, cumpliendo los criterios de inclusión: pacientes que no han tenido complicaciones postoperatorias y han seguido la Vía Clínica.
- 3) Comparamos el antes y el después de la implantación de la Vía Clínica, valorando los días previos a la intervención y los días posteriores hasta el alta.

Grupo I.: 34 pacientes tratados antes de implantar la Vía Clínica (Julio 1996-Abril 1998) con una edad media de 60 años (19-81), hombres 33 (97%), mujeres 1 (3%), con una estancia media hospitalaria de 12,4 días (9-26), días de estancia media hospitalaria previos a la intervención quirúrgica 3,5 (1-13), días de estancia media hospitalaria posquirúrgicos 8,8 (6-12)

Grupo II.: 26 pacientes tratados después de implantar la Vía Clínica (Enero 2000-October 2001) con una edad media de 59 años (35-76), hombres 21 (80,7%), mujeres 5 (19,2%), con una estancia media hospitalaria de 8,2 días (6-12), días de estancia media hospitalaria previos a la intervención quirúrgica 1,1 (1-4), días de estancia media hospitalaria posquirúrgicos 7 (5-11)

RESULTADOS:

En el estudio estadístico que realizamos obtenemos como resultados muy significativos ($p=0,0001$) la estancia media en los días prequirúrgicos y en los posquirúrgicos y por tanto, la estancia media hospitalaria.

CONCLUSIONES:

La implantación de la Vía Clínica asegura la coordinación de los procesos asistenciales de los diferentes profesionales, dando una perspectiva interdisciplinar que es capaz de identificar el propio paciente. Disminuye la ansiedad del paciente ante el ingreso al poder dotarle de una buena información y reduce las estancias inadecuadas, lo que nos proporciona un ahorro considerable.

ELABORACIÓN DE UN SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE

Martínez Lozano F., Rivas de Andrés J.J., García Mata J.R., García Tirado F.J., Martínez Vallina P., Embun Flor R. Unidad de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN:

La medida de la satisfacción del paciente con la atención recibida representa uno de los elementos claves de un sistema de gestión de calidad.

El grupo de calidad de la Unidad ha incluido como sistemas de identificación de problemas de calidad basados en la opinión de los pacientes: las sugerencias, la escucha activa y las encuestas posthospitalización.

OBJETIVO:

Elaborar un sistema de monitorización que permita el control de los niveles de satisfacción de los diferentes ítems contenidos en la encuesta posthospitalización a lo largo del tiempo.

METODOLOGÍA:

Estudio de la tendencia desde 1997 hasta junio del 2001, representación gráfica de la tendencia, aplicación de las medias móviles con cadencia trimestral, aplicación a periodos de 12 meses.

RESULTADOS:

Tomando como base la encuesta posthospitalización, se ha aplicado la media móvil recogiendo trimestralmente las valoraciones de cada paciente a las diferentes cuestiones, prestando especial atención a aquellas relacionadas con la calidad de la información. Los resultados en el gráfico de monitorización se expresan en porcentajes de pacientes satisfechos con la pregunta formulada.

La existencia de datos comunes al Centro en el mismo corte ha permitido comparar los resultados de la Unidad con el conjunto de los Servicios del Hospital y con el Servicio mejor valorado, permitiendo el *benchmarking* interno. La Unidad de Cirugía Torácica ha sido la mejor valorada del Centro, a lo largo de varios periodos: en la explicación sobre resultados de pruebas, en la información previa a la realización de pruebas e intervenciones y en el respeto de los derechos como paciente.

CONCLUSIONES:

La monitorización de los indicadores de calidad percibida ha permitido al grupo de mejora de calidad la objetivación de los niveles de satisfacción de los pacientes con la atención recibida, la comparación con los mejores, la detección de situaciones mejorables y la puesta en marcha de actividades correctoras para mejorar la calidad de la atención prestada. La aplicación de la media móvil a periodos de 12 meses permite reducir el número de pacientes encuestados, incrementa el número de periodos de estudio, debido a su sistema mitigador en el cálculo, los resultados no tienen una traducción inmediata.

ENCUESTA DE CALIDAD ASISTENCIAL REALIZADA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Herrer Castejón, A.; Ricarte Urbano, E.; Gaite Villagrà, A.; Palazón Saura, P.; Gracia Federio, F.; Aparicio Martín, I.

PALABRAS CLAVE: Calidad asistencial. Encuesta hospitalaria

OBJETIVO:

Conocer el grado de satisfacción del usuario de nuestro Servicio de Urgencias, de la atención prestada por el personal facultativo, no facultativo y administrativo que contacta con el paciente durante su proceso asistencial.

Conocer la valoración por parte del usuario de las instalaciones y servicios de hostelería prestados durante su estancia.

METODOLOGIA:

Se trata de un estudio prospectivo realizado sobre la totalidad de los usuarios que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias de un Hospital Terciario durante los periodos del 15 al 31 de Enero y del 1 al 15 de Mayo de 2002. A cada paciente se le entregó un cuestionario en el momento de su admisión en el Servicio. En el mismo se solicitaba su valoración de diversos aspectos del trato recibido, la adecuación de las instalaciones, y en general de su percepción de la asistencia que le fue prestada. Para la recolección de las mismas se dispusieron urnas en diversos puntos del Servicio.

Los datos obtenidos del análisis de las encuestas fueron procesados informáticamente y se realizó un estudio estadístico descriptivo e inferencial con el programa StatView® 4.57.

RESULTADOS:

Se recogieron un total de 390 encuestas. De entre los resultados obtenidos cabe destacar que el 72,25 % de los encuestados consideraron satisfactoria (buena o muy buena) la asistencia recibida, si bien el 35,15% estimó excesivo el tiempo de demora asistencial. El trato recibido por parte del personal fue altamente calificado, con un grado de satisfacción superior al 80% para todas las categorías. Sin embargo, tanto facultativos como DUES omitieron identificarse con frecuencia (68,17% y 72,42% respectivamente).

El grado de satisfacción, disminuyó notablemente al valorar las instalaciones (Sala de Espera:30,78%, Boxes:59,15%, Sala de Observación :44,4%).

Se constató una relación estadística evidente ($p<0,01$) entre la calidad de la asistencia percibida y los siguientes aspectos: identificación del personal sanitario, demora asistencial y tiempo de permanencia en el Servicio.

Tan sólo el 15,96% de los pacientes consideró vulnerado alguno de sus derechos, aunque existe una proporcionalidad directa con el nivel de estudios del encuestado.

CONCLUSIONES:

- 1.- El grado de satisfacción de los encuestados resultó alto en cuanto a la calidad de la asistencia recibida.
- 2.- Un importante porcentaje consideró excesivo el tiempo de demora.
- 3.- La identificación del personal sanitario se relaciona con una percepción de mejor calidad de la asistencia, siendo sin embargo un aspecto muy descuidado en nuestro Servicio.
- 4.- Los peores resultados se obtienen en la valoración de los aspectos estructurales.

LA GESTIÓN POR PROCESOS AÑADE VALOR A UN PROGRAMA AUTONÓMICO DE MEJORA DE LA CALIDAD

García Aísa, JC (*), García Orea, MA (*), Garuz Bellido, R (*), Gaspar Escayola, JI (**)

(*) Dirección de Atención Primaria, Servicio Aragonés de Salud

(**) Dirección Provincial de Salud, Consumo y Servicios Sociales

PALABRAS CLAVE: Gestión por procesos, mejora continua de la calidad, planificación sanitaria

OBJETIVOS:

Describir el diseño y presentar los resultados de la aplicación de un entorno de gestión por procesos a la organización del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Servicios de Salud de Aragón, como consecuencia de la primera evaluación realizada en 2001.

METODOLOGÍA:

El proceso base, o de nivel 0, correspondió al Programa de Apoyo, identificando su misión y los grupos de interés relacionados. A partir de él se desplegaron los demás procesos y subprocesos, derivados de la aplicación de las distintas fases del ciclo PDCA. La utilización del lenguaje “idef0” con el software “iGrafx FlowCharter 2000 Professional” facilitó visualizar y comprender mejor las relaciones existentes entre los distintos procesos.

RESULTADOS:

Fueron identificados un total de quince procesos y se describió la misión, los clientes y los límites de cada uno. Se asignaron los coordinadores o “propietarios” de cada proceso y así mismo, se enumeraron las actividades que se realizaban en ellos, identificando a las personas implicadas en su desarrollo y las características de calidad de cada actividad. Se diseñaron, también, indicadores para evaluar y monitorizar cada proceso.

Conclusiones:

La evaluación del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en los Servicios de Salud de Aragón detectó, en 2001, oportunidades de mejora en varios aspectos, entre ellos los relacionados con su organización y se decidió la aplicación de un “entorno” de gestión por procesos. La realización del “mapa de procesos” ofreció, ya inicialmente, la posibilidad de modificar y/o introducir tareas que podrían mejorar el Programa, así como aumentar el número y la implicación de personas en relación a la gestión de los distintos procesos identificados. La monitorización de indicadores específicos de cada proceso está facilitando el control de los mismos en base a hechos y datos. En definitiva, podemos decir que la aplicación de la gestión por procesos a nuestro Programa de Apoyo está mejorando su organización y funcionamiento.

Direcciones de consulta en relación al área de calidad asistencial en SALUD

Abad Sazatornil, Reyes	Hospital San Jorge de Zaragoza	976300531 rabads@salud.aragob.es
Aller Blanco, Ana	Gerencia de Atención Primaria de Huesca	974212321 aaller@salud.aragob.es
Andréu Román, M ^a Mar	Gerencia de Atención Primaria de Teruel	978621281 mmandreu@aragob.es
Berisa Losantos, Francisca	Hospital Obispo Polanco de Teruel	978621150 fberisa@hopl.insalud.es
Calvo Pardo, Aurora	Hospital Provincial de Huesca	974292020 acalvop@aragob.es
Cano del Pozo, Mabel	061	976715703 tecsalud@aragob.es
Carrión Pareja, Juan Carlos	Hospital de Barbastro	974313511 ucalid@hbrb.insalud.es
Celorrio Pascual, José Miguel	Hospital de Calatayud	976880964 m_preven@hcalatayud.es
Coca Moreno, Julio	Gerencia de Atención Primaria de las Areas 2 y 5 de Zaragoza	976769510 jcoca@aragob.es
Díez Manglano, Jesús	Hospital Royo Villanova de Zaragoza	976466912 jdiez@aragob.es
Enríquez Martín, Natalia	Gerencia de Atención Primaria de las Areas 2 y 5 de Zaragoza	976769519 cliente@gapz02.insalud.es
García Aísa, Juan Carlos	Sistema de Calidad de SALUD	976765800ext 4860) calidadensalud@aragob.es
García Mata, Juan Ramón	Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza	976765539 jgarcia@hmservet.insalud.es
Martínez Ubieto, Fernando	Hospital de Alcañiz	978830100 fmubieto@wanadoo.es
Moliner Lahoz, Javier	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza	976765799 esta-moliner@hcu-lblesa.es
Morlanes Navarro, Teresa	Hospital de Jaca	974355331 jacahospital@terra.es
Puzo Foncillas, José	Hospital San Jorge de Huesca	974211121 jpuzo@unizar.es
Serrano Peris, Diana	Gerencia de Atención Primaria del Area 3 de Zaragoza	976750750 dserrano@areatres.org
Tomás Rueda, Fernando	Hospital Provincial de Teruel	978605368 ftomas@aragob.es
Torres Andrés, Angelines	Hospital Provincial de Zaragoza	976440022 atorres@aragob.es

Adecuación del tratamiento con benzodiacepinas, hipnóticos y antidepresivos e incorporación de terapias no farmacológicas para la ansiedad y/o depresión en atención primaria Coordinadora: C. Montón EAP Casablanca y Gerencia Atención Primaria Areas 2 y 5	1
Calidad de la prescripción de antibióticos en las infecciones respiratorias agudas y víricas en cuatro zonas de salud del área IV Coordinador: F.J. Díaz EAP Alfambra y otros EAP's	10
Ciclo de mejora de calidad en la educación para la salud en usuarios de medicación por vía inhalatoria Coordinador: R. Gómez EAP Teruel Rural	11
Ciclo de mejora continua de la calidad en hipercolesterolemia. Adecuación del tratamiento farmacológico en prevención primaria Coordinador: J.M Turón EAP Andorra	13
Ciclo de mejora sobre la deficiente adhesión al tratamiento dietético en el paciente diabético Coordinador: J.Güell EAP Mora de Rubielos	14
Control de interacciones medicamentosas en pacientes diabéticos y en pacientes hipertensos Coordinador: V. Olivas EAP Mosqueruela	12
Control inadecuado del plan terapéutico farmacológico en los pacientes que usan la cartilla de largo tratamiento Coordinador: J. García-Araez EAP Calanda	8
Coordinación entre los niveles de la asistencia primaria y especializada en el centro penitenciario de Zaragoza Coordinador: J.M Arroyo Centro Penitenciario de Zuera	7
Deficiente intervención sobre los factores de riesgo asociados a la diabetes Coordinador: B. Luño EAP Utrillas	32

Índice según tipo de presentación

Documento de asistencia en atención continuada, fuente de información para mejorar la asistencia y la comunicación entre los profesionales Coordinadora: C. Quintana EAP Graus	26
Evaluación de la aplicabilidad de un nuevo método terapéutico para la mejora de la calidad asistencial de la lumbalgia crónica en atención primaria Coordinadora: S. Pérez EAP Zalfonada	2
Evaluación de las necesidades y expectativas de los equipos de atención primaria: satisfacción del cliente interno, continuación del proyecto. Coordinadora: R. Miravete EAP Las Fuentes Norte y otros EAP's	19
Guía de atención domiciliaria Coordinadora: P. Mainar ESAD Areas 2 y 5, otros EAP's y Gerencia Atención Primaria Areas 2 y 5	6
Historia clínica domiciliaria: creación de un registro escrito en el domicilio de los pacientes inmovilizados y/o terminales Coordinadora: M.P. Ruiz ESAD Area 3	25
Mejora continua de la calidad asistencial y organizativa en el centro de salud Delicias Sur de Zaragoza II Coordinadora: C. Izaguirre EAP Delicias Sur	23
Mejora de la calidad de atención a enfermos terminales Coordinadora: A.I. Echeverri EAP Luna	33
Mejora de la calidad en la atención a la mujer: Climaterio Coordinador: L.Hijós EAP Grañén	31
Mejora en el tratamiento de los pacientes dislipémicos del centro de salud de Alcañiz Coordinador: A. Guallar EAP Alcañiz	9
Programa integral de garantía de calidad del centro de salud de Cariñena para 2001 Coordinadora: M.V. Fustero EAP Cariñena	24

Aplicación de ciclos de mejora en el área logística: Salidas de emergencia libres de obstáculos J. Martín Pérez, A.Revuelto López, M. Valtueña López y Caballero Agreda Hospital Universitario Miguel Servet	22
Calidad en la asistencia del síndrome coronario agudo en el servicio de urgencias J. Povar Marco, M.E. Ricarte Urbano, A. Herrer Castejón, P. Palazón Saura, P. Parrilla Herández y L.M. Claraco Vega Hospital Universitario Miguel Servet	29
Coordinar los procesos asistenciales nos hace obtener mejores indicadores de calidad F. Martínez Lozano, J.J. Rivas de Andrés, F.J. García Tirado, P. Martínez Vallina y R. Embun Flor	44
Encuesta de calidad asistencial realizada en un servicio de urgencias hospitalario A. Herrer Castejón, E. Ricarte Urbano, A. Gaite Villagrà, P. Palazón Saura, F. Gracia Federio e I. Aparicio Martín	46
Elaboración de un sistema de monitorización de indicadores de calidad percibida por el paciente F. Martínez Lozano, J.J. Rivas de Andrés, F.J. García Tirado, P. Martínez Vallina, R. Embun Flor y J.R. García Mata	45
Estudio comparativo de dos técnicas quirúrgicas. Metodología de estudio de la satisfacción de los pacientes T. López Giménez, I. Cerdà Calafat, C. Guiteras Mauri, R. Carrera Goula, C. Janes Sariola y R. Soldevila Vidal Hospital de Barbastro.	17
Estudio de las sugerencias de los pacientes atendidos en el HCU en el año 2001 M.T. Escribano, M. Arencibia, J. Moliner, R. Muñoz, A. Vicente y J.I. García Hospital Clínico Lozano Blesa.	18
Experiencia de implantación de una vía clínica en un servicio de geriatría J.M. Cucullo López, N. Flaquer Terrasa, I. Guajardo Sinusía, A. Campos Sanz y M. Navarro Cirugeda Hospital San Jorge de Zaragoza	4
Gestión por procesos en rehabilitación psiquiátrica F. Caro, A. Sarasola, M.V. Escolar, C. De la Cámara, M. Pinilla y C. Salavera Residencia Profesor Rey Ardid.	5

Índice según tipo de presentación

Introducción de la mejora de calidad en un centro de salud mediante un caso clínico J. Palacio Lapuente, P. Escolano Colás, M. T. Gracia Gracia, O. Navarro Vitalla, G. Olóriz Pérez y L. Portero Uriel EAP Sagasta-Ruiseñores.	27
La gestión por procesos añade valor a un programa autonómico de mejora de la calidad J.C. García Aísa, M.A. García Orea, R. Garuz Bellido y J.I. Gaspar Escayola Dirección de Atención Primaria.	47
Mejora de calidad en una unidad de cirugía torácica F. Martínez Lozano, J.J. Rivas De Andrés, F.J. García Tirado, P. Martínez Vallina, R. Embun Flor y P. Martínez Mongay Hospital Universitario Miguel Servet	28
Mejora global de la calidad en programas de detección precoz de cáncer de mama Calvo Pardo, J. Callau Puente, J.I. Castaño Lasaosa, A. Sicilia Ruiz y S. López Gracia Hospital Provincial de Huesca	30
Nuevas tecnologías de la comunicación y consentimiento informado en técnicas cardiológicas de riesgo Calvo Cebollero, F. Fernández Vázquez, J.G. Galache Osuna, J.A. Diarte de Miguel, C. Santolaria Aisa y L.J. Placer Peralta Hospital Universitario Miguel Servet	3
Puesta en marcha de un programa progresivo de gestión de calidad en los servicios clínicos J.R. García Mata, J.R. Ara Callizo, J.J. Rivas Andrés, F. Martínez Lozano y P. Martínez Mongay Hospital Universitario Miguel Servet	21
¿Quién dijo qué el buzón de sugerencias no es útil? Antoñanzas Lombarte, J.C. Pérez Villarroja, A. Villanova Lanuza, M.P. Lacarta Vicioso, M.C. Crespo Mainar y M.C. Izaguirre Zugazaga EAP Delicias Sur	16
Revisión de la adecuación de las estancias hospitalarias. Un estudio concurrente de 700 casos J. Moliner, M. Arencibia, J.I. García, A. Vicente, R. Fernández e I. Barrasa Hospital Clínico Universitario.	20
Valoración de la satisfacción y expectativas de los usuarios en un centro de salud rural M.V. Fustero Fernández EAP Cariñena.	15

Adaptación de diagnósticos de enfermería en rehabilitación psiquiátrica mediante un grupo de mejora E. Samaniego, P. Martínez, T. López, S. West, A. Cotaina y P. Rived Residencia Profesor Rey Ardid	41
Áudit de la vía clínica de neumonectomía implantada por el programa de calidad de una unidad de c. Torácica J. García Tirado, J.J. Rivas de Andrés, F. Martínez Lozano, R. Embún Flor, P. Martínez Vallina y J.R. García Mata Hospital Universitario Miguel Servet	38
Calidad asistencial en enfermería: grupos de mejora en residencias de personas mayores A. Bailo Gay, N. García Fernández, S. Martínez Fernández, Y. Lanza Salcines y R. Nadal Queralt Residencia de Mayores de Alagón.	40
¿Cómo se sienten los profesionales de atención primaria de un área de salud? D. Serrano Peris, C. Cebrian Martín, A. Cortes Rama, C. Bendicho Rojo, F. Flordelis Marco y J.L. Grima Moliner Gerencia Atención Primaria Área 3 Zaragoza	36
Consulta de alta resolución (CAR): propuesta de mejora de la calidad asistencial en consultas externas J.M. Cucullo López, N. Flaquer Terrasa, J.M. Manrique Permanyer, B. Gamboa Huarte, M. Navarro Cirugeda e I. Guajardo Sinusía Hospital San Jorge de Zaragoza	42
Dispositivos hemostáticos femorales. Mejora de la eficiencia en procedimientos cardiológicos percutáneos J.G. Galache Osuna, I. Calvo Cebollero, A. Marquina Marcos, E. Moreno Esteban, J.A. Diarte de Miguel Hospital Universitario Miguel Servet	39
Estudio de calidad en un programa de hipertensión arterial: análisis del problema L.A. Hijós Larraz, D. García Bello, D. Ara Launa, A. Castellanos de Mur, F. Aranguren Martínez de Moretin, L. Rubio Buisan EAP Grañen.	34
La voz del cliente como eje central de la gestión de residencias de personas mayores C. Alonso Marchante, Y. Lanza Salcines, S. Martínez Fernández, R. Mur Cascarra, V. Martínez Mayor y R. Nadal Queralt Residencia de Mayores de Alagón.	43

Índice según tipo de presentación

Programa de mejora de calidad asistencial en una unidad de c. Torácica: implantación de una vía clínica de neumonectomía J. García Tirado, J.J. Rivas de Andrés, F. Martínez Lozano, P. Martínez Vallina, J.R. García Mata y R. Embún Flor Hospital Universitario Miguel Servet	37
Proyecto de mejora de la calidad de la espirometría en un centro de atención primaria V. López Cortés, C. Pardos Mtz, J. Fuertes Fernández-Espinar, L. Clemente y A. Aller Blanco EAP Perpetuo Socorro y Gerencia Atención Primaria Huesca	35

