

## 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, Herrero 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.

## **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