

## INDICE PROYECTOS HUESCA 2005

89_2005 "Iniciativa de mejora de la calidad en la utilización del Servicio de Urgencias de Atención Primaria en un medio rural" del CS de Ayerbe	Pág. 2 a 8
92_2005 "Cuidar al cuidador" del CS de Ayerbe	Pág. 9 a 12
93_2005 "La captación y atención sociosanitaria a mujeres con conducta sexual de riesgo en la ciudad de Huesca" del CS Santo Grial	Pág. 13 a 18
102_2005 "Posibilidades de mejora en la atención a las actividades de cirugía menor en Atención Primaria" del CS de Sabiñánigo	Pág. 19 a 25
103_2005 "Posibilidades de mejora en la monitorización ambulatoria de la tensión arterial (MAPA) desde Atención Primaria (act-68)" del CS de Sabiñánigo	Pág.26 a 28
117_2005 "Tratamiento anticoagulante en A.P. Mejora en la atención a los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral" del CS Santo Grial	Pág. 29 a 34
118_2005 "Buceando en la gestión por procesos II: procedimiento mantenimiento de la sala de urgencias. (Proceso de primer nivel: apoyo logístico) del CS de Grañén	Pág. 35 a 39
119_2005 "Buceando en la gestión por procesos (act-119)" del CS de Grañén	Pág. 40 a 45
120_2005 "Mejora de la atención al usuario no urgente, sin cita previa que acude a la consulta de medicina del Centro de Salud "Los Monegros" de Sariñena"	Pág. 46 a 50
131_2005 "Diabetes Mellitus Tipo 2 en OMI-AP: introducción correcta de inicio del proceso" del CS Pirineos	Pág. 51 a 55
132_2005 "Diagnóstico e inclusión del paciente con obesidad en la cartera de servicios del programa OMI-AP" del CS Pirineos	Pág. 56 a 61
17_2005 "Pintura mural para la integración en salud mental: "camino de hormigas" del H. Sagrado Corazón de Jesús	Pág. 62 a 66
116_2005 "Adopción de nuevas medidas preventivas para la disminución de los riesgos en la atención al paciente geriátrico" del H. Sagrado Corazón de Jesús	Pág. 67 a 71
141_2005 "Proyecto de ocio y tiempo libre para personas con enfermedad mental y sus familias: "intercambio de experiencias" del H. Sagrado Corazón de Jesús	Pág. 72 a 75
135_2005 "Contribución del equipo de enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en salud menta. Sector Huesca"	Pág. 76 a 79

**1.- TITULO**

**INICIATIVA DE MEJORA DE LA CALIDAD**  
**EN LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS**  
**DE ATENCION PRIMARIA EN UN MEDIO RURAL**

**2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**Nombre y apellidos: **Angel Ara García**Profesión: **Medico de familia (Refuerzo)** Centro de Trabajo: **Centro Salud Ayerbe**Dirección: **C/ Joaquín Costa, s/n**Localidad: **Ayerbe** Provincia: **Huesca**Teléfono: **974 380177** Fax: **974380014** Email: **brotoara@hotmail.com****3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA**

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de Trabajo
Isabel Bergua	Médico de familia	Ayerbe (Refuerzo)
Belén Escartín	Médico de familia	Ayerbe (Refuerzo)
Virginia Dieste	DUE	Ayerbe (Refuerzo)
Patricia Giménez	DUE	Ayerbe (Refuerzo)
M <sup>a</sup> Carmen Villanúa	DUE	Ayerbe (Refuerzo)

#### **4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

El centro de salud de Ayerbe se encuentra ubicado en una zona rural. Desde él se presta asistencia sanitaria a un total de 32 pueblos. Geográficamente se trata de un entorno montañoso con comunicaciones mediante carreteras comarcales en su mayoría. De estos 32 pueblos, 7 se encuentran a una distancia de alrededor de 30 km. 4 a unos 40 km. y el resto a menores distancias que oscilan entre 2 y 21 km<sup>(5)</sup>.

La población asignada es de 2.090 personas, el 60% residen en el mismo Ayerbe y el resto repartido entre los distintos pueblos. De ellos el 45% son pensionistas, de los que sólo el 57% reside en Ayerbe<sup>(6)</sup>. Muchos de ellos viven solos sin medio de transporte ni un cuidador más joven que los atienda, hecho que plantea importantes problemas sociales que acaban sobrecargando el trabajo sanitario.

La zona además en los últimos años se ha convertido en un enclave de interés turístico durante todo el año pero esencialmente en los meses de verano, época en la que se duplica la demanda de asistencia médica, manteniéndose el mismo número de profesionales.

Nos enfrentamos por tanto a unas características propias: zona turística, dispersión geográfica, mediocres vías de comunicación, envejecimiento y la problemática social de la dependencia. A las que viene a sumarse una tendencia observada en todo el Sistema de Salud: el aumento de utilización de los servicios de urgencia por los usuarios. De manera que según la bibliografía consultada se ha observado que un 70%<sup>(4)</sup> de los usuarios acude en algún momento a un servicio de urgencias, a lo largo de un año. La cifra resulta aún más alarmante al observar, también según las mismas fuentes, que los estudios demuestran cómo la mayoría de esas consultas suponen un uso inadecuado del servicio de urgencias<sup>(1)</sup>.

La llamada Atención Continuada en nuestro Centro de Salud, se presta desde las 15:00 horas hasta las 8:30 horas del día siguiente entre semana, los fines de semana y los festivos. El equipo de guardia que presta este servicio está constituido por un médico y un diplomado en enfermería, no existiendo personal de otras categorías profesionales.

En el año 2003 se atendieron 3.680 consultas, de las 2.523 fueron en días festivos, de ellas 594 (el 19%) fueron domicilios (por encima de lo registrado en otros estudios)<sup>(3)</sup> de ellos 116 fueron realizados por ambos profesionales conjuntamente debido a la gravedad del caso ( 19% de los domicilios) viéndose obligados en estos casos a dejar el Centro de Salud sin ningún profesional de presencia física. La media diaria anual es de unos 10 casos/día pero en los meses de verano llega a ser de 18,8 (agosto)<sup>(7)</sup> y en festivos 21,5.

En nuestra zona, por tanto las tendencias actuales de rentabilizar servicios, eficiencia, optimizar el uso de recursos y todo cuanto va orientado al reparto equitativo y ético de recursos ante la demanda, alcanza el máximo interés. Esto y el conocimiento intuitivo de todos los profesionales implicados en la Atención Continuada de nuestra zona, de que se está utilizando mal este servicio nos llevó a la necesidad de intentar mejorar esta situación.

Por esta razón fue identificado como una oportunidad de mejora mediante la técnica de la "tormenta de ideas" y priorizado a continuación mediante un Grupo Nominal.

Posteriormente se realizó un análisis de las causa de mala utilización mediante el diagrama "de espina de pescado" o de ishikawa.

## **5.- RESULTADO QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Como objetivo genérico nos planteamos elaborar estrategias de calidad en la mejora de la utilización del servicio de urgencias del Centro de Salud de Ayerbe

De forma más específica:

1. Evaluar el grado de conocimiento que tiene los usuarios de la zona de salud sobre horarios y funcionamiento del servicio de urgencias del centro.
2. Evaluar la utilización por parte de los usuarios de la zona de salud del servicio de urgencias del centro
3. Conocer el número de consultas inducidas desde el horario matinal al servicio de urgencias
4. Definir un plan de mejora que garantice una mayor calidad en la utilización del servicio de urgencias que incluya:
  - A. Plan de formación e información
  - B. Plan de mejora de funcionamiento del centro
5. Planificar la evaluación periódica de actividades y resultados

## **6.- RELACION DEL PROYECTO CON LAS LINEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Lineas de intervención	++++	+++	++	+	-
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados					
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas					
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes/usuarios/pacientes con los servicios recibidos					
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado					

## **7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Situación de partida:

Mala utilización del servicio de Urgencias percibida por los profesionales

Posibles causas:

- 1.- Causas estructurales inmodificables
  - A. Problemas de recursos sociales
  - B. Asignación de recursos sanitarios
- 2.- Causas sobre las que podemos intervenir
  - A. Falta de información de los usuarios
  - B. Picaresca de los usuarios
  - C. Deficiencias en el sistema de la Atención Urgente en el horario matinal
  - D. Falta de criterios unificados en la toma de decisiones ante la urgencia Incorrecta.
- 3.- Causas que tendrán que ser investigadas y cuantificadas

Fuentes de información utilizadas en el análisis inicial:

- 1.- Información tipos usuario por CIAS. SALUD. (7- Oct-2.004)
- 2.- Reglamento interno de funcionamiento del equipo de atención primaria de la zona de salud de Ayerbe.
- 3.- Libro de registro de Urgencias del Centro de Salud de Ayerbe

## **8.- METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

### 1.- METODO.

Estudio del nivel de calidad:

- 1.1.- Nos informará de la situación en la que nos encontramos en la actualidad. Se obtendrá una muestra de pacientes que han accedido al servicio de urgencias mediante un muestreo aleatorio sistemático eligiendo una persona de cada tres. Se calculó un tamaño muestral mínimo de 120 personas a las que se les hará una serie de preguntas recogidas en un cuestionario y relacionadas con los criterios que queremos investigar (ver anexo).
- 1.2 - En el mismo cuestionario se recogerá datos descriptivos:  
Edad, sexo, lugar de residencia, nivel de estudios y si vive sólo o acompañado.
- 1.3.- Se ha diseñado 9 criterios (ver apartado 9) que serán evaluados en cada uno de los individuos de la muestra.
- 1.4.- Se espera presentar los resultados en forma de estimaciones de cumplimiento de cada uno de los criterios, con su intervalo de confianza del 95%. Representación gráfica de dicho cumplimiento en forma de diagrama de Pareto. Finalmente se investigará con pruebas de significación la asociación entre el cumplimiento de los criterios y posibles causas hipotéticas de calidad deficiente.

**2.- ACTIVIDADES:****2.1.- Reunión del equipo**

Elaboración de criterios y organización de un sistema de atención urgente en horario matinal.

**2.2.- Contacto con trabajador social de la zona.****2.3.- Actuaciones sobre usuarios mediante charlas informativas y motivacionales, trípticos y carteles.****9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

	<b>CRITERIO</b>	<b>ACLARACION</b>	<b>EXCEPCION</b>
1	Conocimiento del usuario de la organización y horario del centro	Se le harán dos preguntas y tiene que contestar correctamente ambas para dar por buena la respuesta: horario de consulta y horario de urgencias.	No se le hará la encuesta a desplazados. No se hará la encuesta a usuarios que utilicen el horario de urgencias como Atención Continuada/ curas programadas
2	Conocimiento del usuario acerca del personal de guardia	Se dará por correcta la respuesta si nos dice número y categoría del personal que la atiende en esos momentos	Idem
3	Conocimiento del paciente de cómo acceder al Servicio de Emergencias	Nos tiene que decir al menos un número de Emergencias de Aragón (061, 112, ...)	Idem
4	Conocimiento del usuario del acceso urgente al Centro de Salud	Preguntaremos si tiene en su casa, a mano el teléfono del Centro de Salud	Idem
5	Investigar si la urgencia es derivada del horario 'no urgente'	Preguntaremos si ha pedido cita a su médico para ese día y no se la han podido dar.	Idem
6	Investigar el motivo por el cual se ha utilizado el servicio de urgencias	Esta parte de la encuesta es a rellenar por el profesional Se clasifica la urgencia en: Urgencia médica, urgencia sentida, no urgencia y urgencia de passe (2)	Idem
7	Investigar la adecuación de la utilización por parte del usuario del servicio de urgencias	(A rellenar por el profesional) Pondremos si es correcta la utilización o no lo es En los datos descriptivos especificamos cinco formas de una utilización incorrecta.	Idem
8	Investigar la adecuación de la información que se da en los avisos a domicilio (tanto telefónicos como presenciales)	Para valorar el aviso como correcto han de dar los siguientes datos reales: nombre, apellidos, dirección y nº de teléfono del domicilio al que hay que acudir	Idem
9	Investigaremos la utilización adecuada del servicio de urgencias a domicilio	(a rellenar por el profesional sanitario) Valoraremos si está justificado el domicilio o no	Idem

**Reevaluación:**

Se realizará transcurrido un año del estudio del nivel de calidad inicial y tras haber desarrollado las actividades previstas en el plan de mejora. Se plantearán pruebas de significación estadística de la mejora obtenida. Representación gráfica de la comparación entre los resultados del estudio inicial con los de la reevaluación (diagramas de estrella, gráfico de Pareto...).

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Fecha inicio: 20-Enero-2005

Fecha finalización: 31- Mayo-2006

TAREAS	2005												2006				
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Presentación al equipo del estudio	■																
Recogida de datos de la población mediante el cuestionario de calidad	■	■	■														
Análisis de los datos.				■													
Presentación de resultados al equipo				■													
Preparación de charlas informativas					■												
Actividades formativas para la población (Charlas, carteles)					■	■				■	■						
Nueva recogida de datos tras las actividades formativas.												■	■	■			
Análisis de los datos																■	■
Conclusiones a partir de resultados.																■	■
Presentación al equipo de resultados y conclusiones.																■	■
Discusión grupal y propuesta de nuevas medidas correctoras.																■	■

**BIBLIOGRAFÍA**

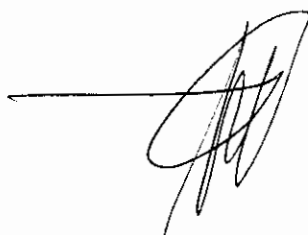
- (1) Carta de presentación del grupo de trabajo de Urgencias en Atención Primaria de la S.M.M.F.Y.C.
- (2) F. Rodríguez Alcántara. "Doctor, vengo de Urgencias". Atención Primaria. Vol. 22, Núm. 10, Dic-1998.
- (3) A. Acevedo Grajera, J. Mateos Delgado. Urgencias a domicilio en un centro de Salud Rural. Salud Rural. Vol. XX, Núm. 2.
- (4) J. Mancera Romero, M. Guerrero Moreno, J. F. Cardenas del Río, M. J. Ferrás Escalona, L. Ginel Mendoza, T. Paniagua Gómez. "Atención domiciliaria en un Servicio de Urgencias extrahospitalario mixto (urbano y rural)". Centro de Salud, Vol. 9, Núm. 10, Dic-2001.

- (5) Guía CAMPSA de carreteras.  
(6) Información de tipos de usuarios por CIAS, SALUD (7-Oct.-2004)  
Reglamento interno de funcionamiento del equipo de atención primaria de la zona de Salud de Ayerbe.  
(7) Libro de Registro de Urgencias del Centro de Salud de Ayerbe.

### 11.- PREVISIÓN DE RECURSOS

Material / Servicios	Euros
Kilometraje	82,45
Dietas (comidas)	216,00
Horas de trabajo (fuera horario habitual)	964,80
Imprenta (carteles, tripticos)	494,16
Cañon proyección	3300,00
Puntero laser	20,00
<b>TOTAL</b>	<b>5077,41</b>

Fecha y firma: HUESCA a DIECISIETE de ENERO de 2005







Dirección de Salud y Consumo

 Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de  
 Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

“CUIDAR AL CUIDADOR”

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos	JOSÉ MARÍA BORREL MARTÍNEZ		
Profesión	MÉDICO	Centro de trabajo	Centro de Salud de AYERBE
Correo electrónico:	pepeborrel@terra.es		

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Juan José Martínez Trivez	Médico	C.S. Ayerbe
Francisco Javier Tortosa Cavero	Médico	C.S. Ayerbe
Jose Maria Calvo Sanz	Médico	C.S. Ayerbe
Maria Paz Salamero Esteban	Médico	C.S. Ayerbe
Sergio Naya Atares	Médico	C.S. Ayerbe
Trinidad Castro Murillo	Enfermera	C.S. Ayerbe
Amparo López Castro	Enfermera	C.S. Ayerbe
Rosa Castrillo Salcedo	Administrativa	C.S. Ayerbe



Departamento de Salud y Consumo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

Habitualmente prestamos mucha atención al enfermo pero no a la persona que cuida de él. Esto hace que en poco tiempo haya dos enfermos en la casa.

A través de los enfermos crónicos de la zona de salud accederemos a sus cuidadores para prestarles la atención necesaria.

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Esperamos detectar los aspectos que más influyen en la patología del cuidador para ofrecer el apoyo material y emocional precisos, y la información práctica que le ayude a superar la sobrecarga.

**6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	X				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	X				
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	X				
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>		X			



Departamento de Salud y Consumo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

El cuidador ni es consciente de estar enfermo en su caso, ni de poder llegar a estarlo. Está sometido a múltiples agresiones tanto físicas como psicológicas e incluso sociales, que pueden tener serias repercusiones sobre su salud y su entorno.

Ello está motivado por la dedicación hacia su familiar enfermo, que le hace olvidarse de su propia vulnerabilidad. El dedicar todo su tiempo a él le impide buscar apoyos.

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

El inicio es la realización del test de Zarit (de 22 ítems) a los cuidadores principales de enfermos graves, crónicos e inválidos de la zona de salud de Ayerbe. Ahi detectaremos cuales son las carencias que ellos perciben e iniciaremos las medidas correctoras en ese sentido.

### 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

El test de Zarit se repetirá a los tres, seis y doce meses, y podremos entonces evaluar qué incidencia subjetiva han tenido las acciones emprendidas.

### 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: OCTUBRE 2004 Fecha de finalización: MARZO 2006

Calendario: En octubre recogimos el listado de pacientes crónicos de la zona y en base a él se definió el tipo de cuidador sobre el que actuar. Se iniciaron las entrevistas en diciembre. En febrero-marzo se evaluarán los ítems que hayan resultado más deficitarios y se iniciarán las medidas correctoras.

Re-evaluación en agosto-septiembre y febrero 2006, y presentación de las conclusiones.



Anexo 2	Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)</b>
---------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p><b>“ LA CAPTACIÓN Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A MUJERES CON CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN LA CIUDAD DE HUESCA.”</b></p>
--

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos : Marisa Juan Germán</p> <p>Profesión: Trabajadora Social      Centro de trabajo: C.S. Santo Grial y Pirineos</p> <p>Correo electrónico: mjuang@salud.aragob.es</p>
--

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Lola Idañez	Médica	C.S. Santo Grial
Daniel Laliena	Médico	C.S. Santo Grial
Elena Monzón	Enfermera	C.S. Santo Grial
Ana Pueyo	Enfermera	C.S. Santo Grial
Aurora Sanz Jaca	Matrona	Pirineos, P.Socorro, Grial
Antonio Castellón Fantova	Médico	C.S. Prineos
Maveli Asensio	Médica	C.S. Prineos
Virtudes Pelegrina	Médica	C.S. Prineos
Mercedes Peña	Enfermera	C.S. Prineos
Miguel Luesma	Enfermero	C.S. Prineos
María José Herrer	T.Social	C.S.P.Socorro
Virginia López	Médica	C.S.P.Socorro
Rosa Gimeno	Enfermera	C.S.P.Socorro

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

“Desde el fondo de Naciones Unidas para la población y la Organización Mundial para la Salud, manifestaron recientemente la crítica situación que afrontan las mujeres en el mundo; la OMS puso acento en la necesidad de promover programas para la protección de las relaciones sexuales y la salud integral del aparato reproductivo, además de prevenir y combatir la violencia doméstica.”

Tras la coordinación con la entidad de carácter social “Hermanos de la Cruz Blanca” que trabajan diferentes aspectos sociosanitarios con mujeres trabajadoras del sexo, se nos plantea a los centros de salud la posibilidad de favorecer el acceso al sistema sanitario a estas mujeres que trabajan en clubs-locales de nuestra ciudad, ejerciendo la prostitución y que no acuden al sistema sanitario público, por motivos de desconocimiento del sistema, incompatibilidad de horarios por su trabajo y por miedo a ser juzgadas en nuestras consultas.

Por otra parte, la importancia de la transmisión de la epidemia de Sida, dependerá en gran medida de la reducción de prácticas sexuales de riesgo; por lo que los profesionales sanitarios, con las diferentes organizaciones que trabajan con colectivos desfavorecidos, como entre toda la población, hemos de promover y facilitar las pruebas del VIH y serologías de las diferentes enfermedades de transmisión sexual, siempre con respeto y confidencialidad, prestando la máxima atención a connotaciones emocionales y sociales.

No podemos dejar de tocar temas como el aborto, la sexualidad, la anticoncepción de emergencia, SIDA, las opciones sexuales, la violencia de género, etc..., a la hora de atender a las mujeres en nuestras consultas; es por todo esto, por lo que decidimos hacer un programa de acercamiento de los servicios sociosanitarios a mujeres con mayor vulnerabilidad personal y por lo tanto que les expone al riesgo.

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Acercar los servicios sanitarios y/o sociales a mujeres con dificultades en el acceso al sistema sanitario público. Detección de al menos un 25% de las mujeres con perfiles de riesgo ( que trabajan en los clubs) y/o que mantienen prácticas sexuales de riesgo. (Datos aproximados de Huesca unas 90 mujeres).
- Promover y facilitar las diferentes pruebas para la detección del VIH, como de las ITS a la población.
- Mejorar y procurar mayor información a la población sobre medidas de protección para no contraer, ni transmitir enfermedades.
- Detección de posibles situaciones de malos tratos.
- Promover autoresponsabilidad, potenciando el uso del preservativo masculino y/o femenino.
- Detección de posibles interrupciones de embarazo y anticoncepción de emergencia.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)</b>
---------	---

--

<b>6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD</b>					
Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto					
Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>		X			
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>			X		
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	X				
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>		X			

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

En la actualidad, en nuestro país el ejercicio de la prostitución no constituye un delito, pero las personas que la ejercen carecen de derechos; habitualmente la prostitución está unida a bajos niveles socioeconómicos y otros factores que propician la desventaja social, lo que constituye un fuerte factor de vulnerabilidad social, aproximando a estas mujeres trabajadoras del sexo a la discriminación y exclusión; además en estos últimos años hay un importante aumento de personas inmigrantes, una disminución en la edad y una menor presencia de consumo de drogas.

Desde Los Hermanos de La Cruz Blanca que trabajan algunos aspectos sociosanitarios con mujeres trabajadoras del sexo, se nos plantea a los centros de salud la posibilidad de favorecer el acceso al sistema sanitario y normalizar su asistencia. Hasta ahora resolvían sus problemas de salud acudiendo a consultas privadas, y utilizando el sistema público sólo en casos de urgencia.

Tras varias reuniones de coordinación de las Trabajadoras Sociales de los Hermanos de la Cruz Blanca y del Salud y una primera visita con las voluntarias que visitan los clubs de la ciudad, estimamos que el número de mujeres que trabajaban en esos momentos era de unas 90 – 100 aproximadamente, la mayoría de ellas inmigrantes, en situación de irregularidad administrativa, sin domicilio estable y la mayoría de ellas sin tarjeta sanitaria. La demanda primordial de ellas era al respecto de aspectos de salud y legales. Se realizaron varias reuniones con los equipos para transmitir la preocupación, considerando entre los diferentes miembros del EAP que se trata de un tema de interés prioritario y de salud pública; por lo que se decidió elaborar este proyecto con el fin de mejorar el acceso y la atención social - sanitaria de este colectivo de mujeres. Se ha contado con la figura de la matrona para la realización de las citologías que se procurarán en el plazo de tiempo más corto posible, además de la atención inmediata por parte de ginecología si se precisase.

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Información, y ayuda en la tramitación de la TIS; (acompañamiento por voluntarias de Cambalache).
- Elaboración de un programa de actuación específico que contemple aspectos sociales y sanitarios, especialmente en prevención y captación rápida de ETS. Inclusión en el programa de Atención al Inmigrante los aspectos específicos como serologías y las pruebas complementarias (citología y cultivo) y derivación a ginecología si se precisa.
- Selección de profesionales de referencia de cada centro de salud, (aunque colaboran todos los miembros del EAP); matrona y ginecología del centro de orientación familiar u hospital de referencia.
- Visitas cuatrimestrales a los Clubs acompañadas por voluntarias, para acercar el sistema sanitario y crear un clima de confianza.
- Reuniones periódicas con Cambalache para coordinar la atención de mujeres que se atienden por las dos partes. Registro informático.



Anexo 2	Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)</b>
---------	---

- Solicitud y disponibilidad en los centros de salud de folletos aconsejando el uso del preservativo.( ya editados por DGA ).
- Disponibilidad de preservativos gratuitos en el centro para proporcionar a la población sobre todo a los clubs y entre los jóvenes.

#### 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicadores:

- .. Nº de mujeres atendidas en el centro de salud / nº de mujeres detectadas por Cambalache.
- .. Nº de pruebas (serologías) / nº de mujeres detectadas.
- .. Nº de citologías remitidas y atendidas por la matrona / nº de mujeres detectadas.
- .. Nº de reuniones con Cambalache durante el programa.
- .. Nº de visitas a la Clubs por los profesionales de referencia del programa.

#### 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Enero 2005

Fecha de finalización: Enero 2006

Calendario:

- . Cada 4 meses visitas a los Clubs (responsables del proyecto y médica) con las voluntarias de Cambalache que las realizan semanalmente.
- . Reuniones cada 3 meses con las voluntarias de Cambalache y con la T.Social, por responsable del proyecto.
- . Reuniones de coordinación con la Matrona cada 3 meses, con responsable del proyecto.
- . Revisión del programa al año por los responsables del mismo cada 6 meses.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Posibilidades de mejora en la atención a las actividades de cirugía menor en Atención Primaria

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Teófilo Lorente Aznar

Profesión Médico Centro de trabajo Centro de Salud Sabiñánigo

Correo electrónico: tlorente@teleline.es

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Asunción González	DUE	C.Salud Sabiñánigo
Enrique Villarroya	DUE	..
Susana Galindo	DUE Refuerzo	..
Patrocinio Larripa	Pediatra	..
Gabriel Betrán	Médico	..

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

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

Los médicos de familia asumen cada vez más la cirugía menor como una actividad más en su labor habitual. Con ello se mejora la eficiencia de la prestación sanitaria, se contribuye a disminuir la lista de espera del nivel especializado y se aumenta la capacidad resolutive de la Atención Primaria. Además, se aumenta la satisfacción del usuario, que es atendido por su médico de siempre, en su Centro de Salud y sin demoras.

Se trata de una actividad que involucra distintos estamentos, además de los sanitarios que intervienen directamente: personal médico y de enfermería, las auxiliares de clínica que colaboran con el manejo de las muestras, el servicio de admisión que cita los pacientes y tramita las muestras, y el servicio de anatomía patológica que las analiza. A lo largo de todo el proceso son muchas las situaciones en las que pueden contemplarse actividades que mejoren aspectos concretos de la actividad.

La cirugía menor es una actividad contemplada en la Cartera de Servicios de los Centros de Salud, en concreto, en Sabiñánigo se viene realizando de forma reglada desde hace al menos 7 años. Las evaluaciones que se realizan anualmente en el contexto de la evaluación de la Cartera de Servicios tan solo prestan atención a la cobertura alcanzada. Un mayor conocimiento de aspectos cualitativos de la actividad permitiría detectar situaciones mejorables y poder exportar la experiencia a otros Centros de Salud.

La decisión de elegir a la cirugía menor como campo en donde detectar situaciones de mejora procede de una técnica de consenso llevada a cabo entre el Equipo del Centro de Salud, en concreto, un Grupo Nominal, que permitió detectar y priorizar dicha actividad.

#### 5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Conocer las circunstancias relacionadas con el proceso de realización de actividades programas de cirugía menor
2. Mejorar y unificar el registro de las intervenciones de cirugía menor
3. Mejorar la adecuación en las indicaciones de la técnica
4. Detectar situaciones de mejora en el proceso de realización que faciliten la coordinación entre estamentos y minimicen las demoras.
5. Conocer el grado de satisfacción de la técnica entre los usuarios.

**6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Lineas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	X				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>		X			
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	X				
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>		X			

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

En el momento actual se vienen realizando entre de 200 y 300 intervenciones programadas anuales de cirugía menor en el Centro de Salud de Sabiñánigo. Se trata de una actividad implantada desde hace al menos 7 años, en el que están implicados todos los estamentos profesionales. Sin embargo no existe unificación respecto al proceso de realización: distintos horarios, varios lugares de realización, no hay unificación de registros, etc. La heterogeneidad de los procedimientos dificulta la obtención de información acerca de los procesos, complicando la posibilidad de detección de actividades de mejora.

La información disponible de la actividad tan solo se limita a indicadores de cobertura procedentes de la evaluación anual de la cartera de servicios. Hay un perfecto desconocimiento acerca del grado de adecuación de la prueba, de la demora desde su indicación, del grado y la calidad de los registros de la actividad, de la uniformidad y calidad de los impresos de consentimiento informado, y desde luego, de la satisfacción del usuario.

La ausencia de reuniones periódicas de los miembros del Equipo para unificar criterios y actitudes podría ser un factor importante que explicase todo lo anterior. Pero también, la escasa implicación en actividades de formación continuada, la ausencia de adopción y difusión de un protocolo o guía clínica adecuados, y por último, pero no por ello menos importante, la escasez de información acerca de cómo se lleva a cabo el proceso completo de la realización de actividades de cirugía menor en los usuarios de nuestro Centro de Salud.

## 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Información al Equipo de la actividad que se va a realizar en el tema de la cirugía menor, de la metodología a seguir, del cronograma y definición y asignación de responsabilidades entre los miembros del Equipo.
2. Estudio de nivel de calidad. Se prevé realizar un estudio con metodología tipo Audit Médico, revisando las historias clínicas de una muestra de las intervenciones realizadas en el año anterior. Se investigarán al menos 50 casos obtenidos por muestreo sistemático del listado de pacientes incluidos en el servicio de cirugía menor de la cartera de servicios de 2004. Se han definido 6 criterios explícitos que serán investigados para cada una de las intervenciones. Se obtendrá el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los criterios, estimándolo mediante intervalos de confianza del 95%. Se relacionará el grado de cumplimiento de los distintos criterios con distintas circunstancias con las que puedan estar asociados: diagnóstico de la lesión, edad del paciente, lugar de realización de la técnica, etc.
3. Análisis de los resultados y presentación de los mismos al Equipo.
4. Elaboración y puesta en común de ideas y propuestas que supongan iniciativas de mejora. Especificación de responsabilidades.
5. Con independencia de las nuevas propuestas, se contemplan como iniciativas de mejora, entre otras:
  - Sesiones clínicas de formación acerca de indicaciones y técnicas de cirugía menor.
  - Propuestas para unificar sistemas de registro.
  - Confección de nuevos impresos de información para el usuario. Elaboración, adopción o adaptación de un documento de consentimiento informado.
  - Mejora en el equipo y material, incluyendo focos de luz fría, actualización de la dotación del material quirúrgico y provisión de una cámara digital con objeto de tomar imágenes con fines docentes.
  - Cualquier otra iniciativa que sea consensuada por el Equipo.
6. Reevaluación. Tras un periodo de al menos 10-12 meses, se reevaluará el plan, investigando nuevamente el grado de cumplimiento de los criterios. Comparación de los resultados de la evaluación con los resultados previos. Valoración en común del grado de la mejora y propuesta de nuevas medidas correctoras.

Adicionalmente se prevé confeccionar una breve encuesta de satisfacción que será administrada a los nuevos pacientes a los que se les realicen técnicas de cirugía menor, a partir de la fecha de inicio del estudio, y durante un periodo de un mes. Por medio de 3-4 sencillas preguntas se pretende investigar aspectos relativos a la satisfacción general del procedimiento y sugerencias para mejorar el proceso.

**9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

CRITERIO	ACLARACIÓN	EXCEPCIÓN
1. Toda actividad de cirugía menor debe quedar registrada en la historia clínica.		Exceptuándose las actividades y procedimientos urgentes o no demorables, como es el caso de la sutura de heridas, drenaje de abscesos, etc.
2. Deberá constar el diagnóstico de presunción, previo a la intervención.	Al menos debe figurar una sospecha diagnóstica o diagn. diferencial.	
3. Debe de constar anamnesis preoperatoria acerca de contraindicaciones de la técnica y efectos secundarios.	Con especificación de anamnesis dirigida hacia posibles alergias a anestésicos locales, alteraciones de coagulación y antecedentes de cicatrices patológicas.	Cuando no sea la primera vez que se le realiza alguna intervención, y la anamnesis ya se ha hecho alguna vez.
4. El paciente deberá ser informado previamente de la técnica que se le realizará, de sus posibles efectos secundarios y deberá firmar un documento de consentimiento informado.	El documento o una copia del mismo debe permanecer en la historia clínica	
5. Deberá especificarse la técnica quirúrgica realizada	Se especificará si se ha realizado sutura, su tipo y cantidad de empleada	.
6. Toda pieza quirúrgica deberá ser remitida al Servicio de Anatomía patológica para su análisis.	El informe del resultado anatomo-patológico debe quedar archivado en la historia clínica.	Lesiones con indicación de ser sometidas a técnicas destructivas: verrugas vulgares, molusco contagioso, queratosis actínicas

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Abril 2005

Fecha de finalización: Junio 2006

## Calendario previsto:

Abril 2005.	Presentación del proyecto al Equipo. Determinación de responsables de las distintas funciones.
Mayo 2005.	Estudio del nivel de calidad mediante audit. de historias clínicas.
Junio 2005.	Análisis y discusión en Equipo de los resultados obtenidos. Propuesta para realización de medidas correctoras
Sept. 2005.	Puesta en marcha de medidas correctoras, con inclusión al menos de: Sesiones formativas de recuerdo de la técnica y sus indicaciones. Elaboración / adopción de material impreso. Otras medidas correctoras propuestas por el Equipo tras el audit..
Mayo 2006.	Reevaluación
Junio 2006.	Análisis y discusión en Equipo de los resultados obtenidos en la reevaluación. Propuesta de nuevas medidas correctoras.





## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

Posibilidades de Mejora en la Monitorización Ambulatoria de la Tensión Arterial (MAPA) desde Atención Primaria.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Teófilo Lorente Aznar

Profesión Médico Centro de trabajo Centro de Salud de Sabinánigo

### 3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: marzo 2004

Fecha de actualización: enero 2005

### 4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar los objetivos del proyecto y las variaciones que se hayan producido en cuanto al responsable, componentes del equipo de mejora, fechas previstas, resultados esperados, relación con las líneas de intervención, indicadores, etc

#### Objetivos del proyecto

1. Potenciar el empleo de la MAPA en nuestro Centro de Salud
2. Mejorar la adecuación en la indicación de la técnica mediante formación del Equipo.
3. Garantizar una adecuada realización de la técnica, minimizando fallos y lecturas erróneas. Asegurar un tiempo mínimo de demora desde que se solicita la prueba hasta que se entregan los resultados, que inicialmente se establece en 7 días.
4. Conocer la opinión del paciente: efectos adversos, incomodidades, la satisfacción general tras la técnica
5. Investigar la efectividad de las medidas y el proceso de realización de la técnica mediante un estudio de Nivel de Calidad

No se han producido variaciones en lo referente al responsable, cronograma, ni otros aspectos del proyecto

## 5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

Se han realizado las actividades de mejora, en forma de sesiones clínicas formativas y actualización y rediseño de los impresos de solicitud de la prueba.

Se ha realizado una evaluación para investigar la situación actual tras dichas actividades, que ha mostrado resultados muy positivos. (ver apartado 6)

## 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

Se estudiaron 30 pruebas consecutivas, realizadas en 22 mujeres y 8 varones, con una edad media de 61.6 años (DE: 14.5) y un IMC medio 28.8.

La cumplimentación del impreso de solicitud fue del 93%. La adecuación en la indicación, del 96%, la demora mediana en la realización: 7 días, y el porcentaje de lecturas fallidas: 3.5% (41/1182).

En 17 de las 30 pruebas se refirió algún efecto adverso, en todos los casos leves. Los más frecuentes: la interferencia con el sueño (12 casos), la erupción cutánea leve bajo el brazal (4) y la ansiedad leve (4).

Se interrogó a los usuarios acerca de la comodidad del instrumento, que sobre una escala de 1 a 10 fue de 6.7 (DE: 1.6), y sobre la satisfacción general de la prueba: 8.2 (DE=1.4).

Sugerencias: más pequeño-ligero: 9. Silencioso: 1. Sudor: 1

## 7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

La técnica de la MAPA es perfectamente asumible desde la Atención Primaria.

La asignación de una pareja, médico y enfermera, como responsable de la técnica parece la solución más adecuada. Así como la confección y cumplimentación de un impreso de solicitud y de resultados de la prueba.

La demora de 7 días es perfectamente asumible en este tipo de técnicas. Se mejoraría la satisfacción del usuario con el empleo de instrumentación más ligera.

Se prevé una nueva evaluación al a finales del 2005.

**8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO**

Ninguno.

**9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)**

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<b>TOTAL</b>	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TITULO

**TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN A.P.  
MEJORA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES QUE RECIBEN  
TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**NOMBRE Y APELLIDOS:** JOSE RAMON DE JUAN ASENJO  
**PROFESIÓN:** MEDICO  
**CENTRO DE TRABAJO:** CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL – HUESCA  
**CORREO ELECTRÓNICO:**

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

<b>NOMBRE Y APELLIDOS POR ORDEN ALFABETICO</b>	<b>PROFESION</b>	<b>CENTRO DE TRABAJO</b>
<b>ALBERTO CALVO MUR</b>	<b>MEDICO</b>	<b>C.S. SANTO GRIAL</b>
<b>ANA PUEYO CALVO</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>BLANCA BESCOS GARCIA</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>DANIEL M. LALIENA CLEMENTE</b>	<b>MEDICO</b>	<b>"</b>
<b>DOLORES IDAÑEZ RODRÍGUEZ</b>	<b>MEDICO</b>	<b>"</b>
<b>ELENA MONZÓN MORENO</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>JOSE RAMON DE JUAN ASENJO</b>	<b>MEDICO</b>	<b>"</b>
<b>JUANA RUIZ CARCAVILLA</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>JULIA BUIL CALVO</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>LAURA GONZALEZ DELGADO</b>	<b>MEDICO</b>	<b>"</b>
<b>LOURDES CLEMENTE JIMÉNEZ</b>	<b>MEDICO</b>	<b>"</b>
<b>MANUEL GARRIDO GONZALEZ</b>	<b>MEDICO</b>	<b>"</b>
<b>MANUEL TOME BOSQUED</b>	<b>MEDICO</b>	<b>"</b>
<b>MARIA LUISA ALLER MURO</b>	<b>MEDICO</b>	<b>"</b>
<b>MARIA PICONTO NOVALES</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>MAY MARTINEZ RODRIGUEZ</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>MERCEDES BARRENA LAGA</b>	<b>ADMINISTRATIVO</b>	<b>"</b>
<b>MERCEDES MONTANER MOLINA</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>NATIVIDAD GAVIN ANGLADA</b>	<b>MEDICO</b>	<b>"</b>
<b>PILAR ESCARTIN SUELVES</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>T. ALBERTO NAYA GABARRE</b>	<b>MEDICO</b>	<b>"</b>

#### **4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

Este proyecto nos pareció útil, por la reciente inclusión en la cartera de Servicios del SALUD y su implantación dentro de las actividades de nuestro Centro de Salud y con él queremos evitar:

1. Inconvenientes y molestias ocasionados a los pacientes para la realización del control de la TAO (Viajes al hospital, punción venosa, recogida de resultados...)
2. Registro deficiente en la Historia Clínica de los datos relacionados en la TAO.
3. Deficiencias en la coordinación entre los distintos profesionales y niveles sanitarios (Hospital-C. De Salud)
4. Frecuentes interacciones farmacológicas que dificultan el correcto control de los pacientes con TAO. Se trata de pacientes a menudo poli medicados, con cambios frecuentes de fármacos, lo que conlleva un mayor riesgo de sufrir trombosis y/o hemorragias.

#### **5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Como objetivo genérico nos planteamos estrategias de calidad en la atención al paciente con TAO, con el fin de mejorar su control.

De forma específica:

1. Adquirir conocimientos por parte de los profesionales de la TAO.
2. Dar información a los pacientes sobre la TAO (precauciones, uso correcto...)
3. Registro en todas las Historias Clínicas de los pacientes con TAO, el episodio SINTROM y su indicación-
4. Que los usuarios controlados en el Centro de Salud valoren positivamente el seguimiento del proceso en Atención Primaria.
5. Minimizar el efecto de las interacciones medicamentosas en los pacientes controlados en el Centro de Salud.
6. Mejorar el control, aumentando el nº. de determinaciones del INR dentro del rango terapéutico.

**6.- RELACION DEL PROYECTO CON LAS LINEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

<b>Líneas de intervención</b>	<b>++++</b>	<b>+++</b>	<b>++</b>	<b>+</b>	<b>-</b>
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados.		X			
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas.			X		
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes/usuarios/pacientes con los servicios recibidos.		X			
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado.		X			

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información.

Tras unos meses de la instauración del control de la TAO en nuestro Centro de Salud, mediante la técnica de COAGULOCHEK SYSTEM, de los pacientes estables, anteriormente controlados por el Servicio de Hematología, se detectaron una serie de deficiencias a nivel de registro de datos en la Historia Clínica, falta de conocimientos por los profesionales debido probablemente a que hasta hace poco se trataba de un tratamiento de control y seguimiento hospitalario.

Ante lo cual se realizó una evaluación de las historias de los pacientes que reciben TAO detectando que en el 72% está registrado el episodio "SINTROM" y en un 61% la indicación de este tratamiento.

De los pacientes que determinamos el INR en nuestro centro de salud el 45% de las determinaciones del INR están dentro del rango terapéutico y solo consta su realización después de instaurar o suprimir un fármaco crónico en el 24%.

También hemos constatado que el actual programa informático en el que se sustenta la TAO presenta frecuentes errores.

Por todo ello se priorizó, mediante la técnica de "Grupo nominal" realizado entre los miembros del equipo y con el fin de mejorar el Control y seguimiento de los pacientes que reciben TAO en nuestro Centro de Salud: Crear el episodio SINTROM y la indicación de la terapia anticoagulante en las Historias de todos los pacientes que reciben TAO. Aumentar el número de determinaciones INR dentro de rango y también de las realizadas después de instaurar y/o retirar una medicación crónica. Mantener la cantidad de complicaciones tromboembolicas o hemorragias graves en los mismos estándares que el servicio de hematología y también sería preciso que el personal facultativo realice mas supervisiones de la DTS, mientras no mejore el actual sistema informático.

### **8.- METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- ❖ Listados de todos los pacientes en tratamiento anticoagulante y de los pacientes estables a controlar en Atención Primaria, se solicitarán al servicio de Hematología del Hospital San Jorge.
- ❖ Sesiones de formación en Terapia Anticoagulante Oral: Inter.-consultas con el servicio de Hematología y sesiones clínicas auto formativas entre los miembros del equipo.
- ❖ Registro en todas las historias clínicas el episodio Sintrom el motivo del tratamiento anticoagulante.
- ❖ Los pacientes firmarán la hoja de "consentimiento informado" antes de iniciar el tratamiento en el Centro de Salud.
- ❖ En los pacientes incluidos en el servicio, cuando iniciemos y/o retiremos una medicación crónica, determinaremos el INR antes de los 8 días
- ❖ Reevaluación del nivel de calidad inicial, que se realizara a finales de noviembre de 2005 y tras haber desarrollado las actividades previstas en el plan de mejora.

### **9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

En noviembre de 2005 se reevaluarán los criterios del anexo-1

Comparándolos con los resultados iniciales. Excepto el criterio nº6 que se comparará con los resultados que presente los pacientes controlados por el servicio de hematología.

- ❖ Indicación de cobertura:
  - $\text{N}^\circ \text{ de pacientes Anticoagulados controlados en AP} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes anticoagulados}$
- ❖ Indicador de calidad
  - De pacientes controlados en AP:
    - $\text{N}^\circ \text{ de determinaciones INR en rango terapéutico} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de determinaciones INR}$
    - $\text{N}^\circ \text{ de controles de INR después de retirar y/o iniciar un nuevo tratamiento crónico} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de nuevos tratamientos crónicos instaurados.}$
  - De todos los pacientes:
    - $\text{N}^\circ \text{ de Historias Clínicas con episodios "Sintrom"} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de Htas. De pacientes anticoagulados}$
    - $\text{N}^\circ \text{ de Historias Clínicas en las que consta la indicación de TAO} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de htas. De pacientes anticoagulados.}$
- ❖ Indicador de resultados (en pacientes controlados en AP):
  - $\text{N}^\circ \text{ de episodios de trombosis o hemorragias graves que precisen derivación} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de pacientes incluidos en el servicio.}$



### **10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: ENERO 2005

Fecha de finalización: DICIEMBRE 2005

DICIEMBRE 2004: Evaluación inicial y valoración de los resultados en el equipo del Centro de Salud.

ENERO/ FEBRERO 2005:

- Actualización de los listados de pacientes anticoagulados
- Sesiones clínicas auto formativas.
- Interconsultas con el servicio de Hematología del Hospital San Jorge.

MARZO 2005: Inicio programa.

OCTUBRE 2005: Tener incluidos en el programa al 60% de todos los pacientes anticoagulados que pertenecen al Centro de Salud.

NOVIEMBRE 2005: Reevaluación. Recogida y análisis de los datos, comparación con los resultados iniciales.

DICIEMBRE 2005: Presentación de los resultados a todo el equipo. Introducción de nuevas medidas correctoras.

**11.- PREVISIÓN DE RECURSOS** (Formativos, tiempo, mejoras...)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria el Programa de Apoyo
KIT COAGUCHEK-S (DOS)	1.480,-
PROYECTOR P.C.	2.300,-
INTERCONSULTAS HEMATOLOGIA (DOS DE CUATRO HORAS TIPO TALLER)	490,-
<b>TOTAL Euros</b>	<b>4.270,-</b>
Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo	

Fecha y firma:

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

BUCEANDO EN LA GESTION POR PROCESOS II:

Procedimiento mantenimiento de la sala de urgencias. (proceso de primer nivel: Apoyo logístico)

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **LUIS ALFONSO HIJOS LARRAZ**

Profesión **DUE Centro de trabajo GRAÑEN**

Correo electrónico: **luishijos@monegros.net**

**3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA**

Ana Mendoza Escuer (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Angel Castellanos de Mur (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Angeles Gallego Castán (++)	ADMINISTRATIVA	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Antonio Barbero Ortiz (+).	CELADOR	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Campos Avellanas (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Figueras Ara (####).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen María González Puga (++)	ADMINISTRATIVA	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Diana Sanz Martínez (####).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Divina Doste Larrull (##).	PEDIATRA	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Domingo Ara Launa (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Eva Gracia Trujillo (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Fernando Aranguren Martínez (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Inmaculada Abadías Corvinos (**).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Lorenzo Rubio Buisán (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
M <sup>ª</sup> Dolores Ledesma Romano (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
M <sup>ª</sup> Jesus Andres Soler (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Manuel Giménez Sender (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mariano Muniesa Abadías (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Maribel Hernandez Abadía (**).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mercedes Cabañuz Latorre (####).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Raquel Martínez Sánchez (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Torres Macias (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

ACLARACION: En el anexo 3, figura la continuidad de los proyectos realizados en los años anteriores. cada convocatoria del Programa de Apoyo queremos hacer mas explicita una actividad nueva para facilitar su desarrollo en líneas futuras de intervención. En años posteriores estas actuaciones serán incluidas en el proyecto mas general de "BUCEANDO EN LA GESTION POR PROCESOS"

Tras la puesta en marcha de la gestión por procesos en nuestro EAP, vislumbramos la necesidad de llevar esta a un terreno mas concreto y practico. El proceso critico seleccionado es el Mantenimiento del área de Atención Continuada.

Fue elegido por su importancia tanto por la franja horaria y por uso compartido por todos los profesionales sanitarios del EAP.

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

En primer lugar una descripción de las actividades a realizar, es decir, un procedimiento sobre el mantenimiento de este área. El objetivo final será mantener la operatividad de esta zona en todo momento, dentro de unos criterios de calidad establecidos.

**6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	X				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	X				
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>			X		
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	X				

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información.

Como ya hemos comentado, partimos de la evidencia de fallos constatados de mantenimiento de material y aparataje. Por otro lado para no caer en el desanimo de la tediosa elaboración de la gestión por procesos, decidimos seleccionar este problema para ver la aplicabilidad de la misma.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Las actividades las realiza el Grupo de Trabajo en Calidad (GTC) específico compuesto por una medico y dos enfermeras.

1. Definir el proceso
  - Misión/interrelaciones/clientes
2. Asignar propietarios.
3. Realización de los Indicadores
4. Cambio de gestión. Realización de protocolo.
5. Implantación.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

Los indicadores iran relacionados al registro de las actividades de control realizadas, y al registro de incidencias detectadas.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:		Fecha de finalización:
Misión/interrelaciones/ clientes	GTC. específico	Febrero-2005
Propietario	GTC.	Febrero-2005
Implantación de mantenimiento de urgencias	Equipo de Atención primaria	Marzo-2005
Indicadores de Mantenimiento urgencias.	GTC.	Junio-2005
Ajustes	GTC.	Julio-2005
Monitorización del proceso		

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<u>Presupuesto incluido en el anexo 3 de actualización.</u>	
<b>TOTAL</b>	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD  
ACTUALIZACIÓN

1.- TÍTULO

**BUCEANDO EN LA GESTION POR PROCESOS**

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

**LUIS ALFONSO HIJOS LARRAZ**

Profesión

**DUE** Centro de trabajo **GRAÑEN**

3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: 01-01-04

Fecha de actualización: 30-12-04

4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar los objetivos del proyecto y las variaciones que se hayan producido en cuanto al responsable, componentes del equipo de mejora, fechas previstas, resultados esperados, relación con las líneas de intervención, indicadores, etc

Consideramos que nuestros objetivos eran en un primer momento bastante ambiciosos, ya que por un lado queremos garantizar la continuidad de las actividades realizadas en los proyectos de años anteriores, y por otro introducimos en la gestión por procesos de una forma general e inespecífica. En la actualidad nos hemos centrado en dos procesos "críticos" atención al cliente y en el proceso estratégico de programas de salud. Aunque el desarrollo de cada uno de ellos es desigual, siendo de mayor profundidad en el relativo a la atención al cliente. Asimismo, solamente en estos se ha realizado la asignación de propietarios, por lo que no hemos considerado oportuno medir los indicadores de seguimiento. Dentro de la gestión por procesos continuaremos nuestra actividad focalizandola en otros procesos clave.

Otra meta no alcanzada pero tampoco olvidada es la relativa a la evaluación EFQM, que valoraremos su realización en posteriores etapas de desarrollo de nuestra actividad.



## 5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

Se realizaron las siguientes actividades en el proyecto del año 2004:

1.-Seguimiento de los proyectos ya puestos en marcha: monitorización HTA, monitorización RCV, valoración formación continuada y valoración PAPPS. Como cada año también se ha realizado la revisión de los esfigmomanómetros.  
-Se siguieron realizando actividades del programa del joven y de la consulta específica de deshabituación tabaquica.

2.-Gestión por procesos:

a.-Misión/Visión del EAP.

b.-Mapa de procesos de primer nivel. Misión/interrelaciones/clientes.

c.-Selección de procesos clave: atención al cliente y programación sanitaria.

d.-Desarrollo de procedimientos en los procesos clave.

3.-Siguiendo con la GxP pero en otro ámbito (en un ámbito mas pragmático) decidimos abordar dos de los problemas que surgieron en el centro:

-La falta de procedimiento de acogida al personal de nueva incorporación. (proceso apoyo: coordinación)

-Desconocimiento satisfacción del usuario de esta zona de salud (proceso estratégico: voz del cliente)

## 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

1.-Con respecto a la monitorización/ seguimiento de los **proyectos de años anteriores**:

-Valoración discrepancias datos **PAPPS**: ligera mejora con respecto al año 2001 ( $\pm 5\%$ ), las mejores oportunidades son las relacionadas con el registro de la recomendación de practica de ejercicio físico y sobre el despistaje de hábitos tóxicos (tabaco/alcohol). Reevaluación dentro de 2 años.

-**Programa HTA**: Monitorización mediante muestreo para la aceptación de lotes (LQAS) realizado en diciembre del 2003 y Junio del 2004 fueron aceptados ambos.

-Evaluación del **riesgo cardiovascular** en el paciente crónico: Por el mismo sistema, la muestra de diciembre del 2003 fue rechazada; aceptamos el lote de Junio del 2004.

-Valoración de la **formación continuada**: Los estándares de calidad relativos a la cantidad, planificación y satisfacción fueron alcanzados; el criterio referente a la realización de una sesión específica al mes para cada estamento, solo se cumple en enfermería –al contrario del año pasado-. Entre las diversas causas se valora la realización de múltiples actividades para el desarrollo de los proyectos de Calidad y la realización por parte de medicina de interconsultas en el centro de salud con un miembro del servicio de Medicina Interna. En la encuesta los datos obtenidos sobre distintos parámetros de las sesiones como contenido, objetivos, metodología, utilidad buena y

organización siguen siendo altos-buenos. Por último comentar que la satisfacción general es del 79,78%.

2.- **Gestión por procesos:** Se ha realizado el mapa de procesos del Centro de Salud. Priorizando nuestra actividad en los procesos clave: "Atención al cliente" y "Programas sanitarios"-colaborando con los servicios centrales de SALUD en atención al cliente-.

3.- En cada uno de ellos se constituyó un Grupo de Trabajo en Calidad, con representantes de los distintos estamentos del EAP.

Acogida al **personal de nueva incorporación:** Dentro de este subproceso se ha realizado un manual de acogida para este personal; estamos pendientes de realizar un índice de satisfacción de este personal -indicador-.

Valoración de la **satisfacción del usuario:** Con el fin de garantizar una fiabilidad y utilidad adecuada se va a realizar una encuesta de forma externa. Actualmente estamos comparando una encuesta realizada por este EAP hace unos años con la utilizada por la empresa seleccionada.

**7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES**

<b>TAREA</b>	<b>ENCARGADOS</b>	<b>Fecha probable finalización</b>
Implantación Atención al cliente. Indicadores y Propietarios.	Equipo de Atención primaria	Marzo-2005
IMPLANTACIÓN Acogida personal.	GTC. específicos	Abril-2005
Asignación de propietarios de procesos	Grupo de Trabajo Calidad	Mayo 2005
Valoración de Formación continuada	GTC. Formación continuada	Junio 2005
Monitorización RCV	GTC. RCV	Junio 2005
Monitorización de programa HTA	GTC. HTA	Junio 2005
Arquitectura de procesos clave.	Grupos de trabajo específicos.	Septiembre 2005
Formación especializada en Gestión por procesos-Modelo EFQM	3 miembros Grupo Trabajo Calidad.	Octubre 2005
Valoración de la evaluación PAPPS	Responsables del PAPPS	Octubre-2005
Evaluación de responsabilidades	Grupo específico "toma de responsabilidad"	Diciembre 2005

## 8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Como ya fueron comentados el año pasado, en el Programa del Joven continua existiendo una **duplicidad de actuaciones** con los Servicios Sociales de la Comarca de Los Monegros.

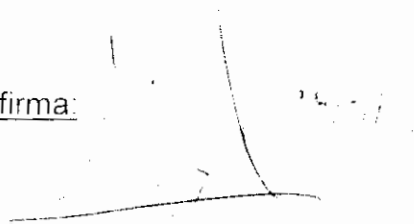
Con respecto al abordaje al fumador, la valoración inicial y la intervención terapéutica breve es realizada por todo el personal del EAP, derivando a la Consulta Especifica de **deshabitación** tabaquica donde se realiza un abordaje mas profundo. Esta Consulta es llevada por un solo profesional, en la actualidad nos encontramos con problemas para su continuidad, debido a falta de disponibilidad de profesionales. Estamos valorando un cambio en el abordaje de la intervención intensiva que seria realizado por todo el EAP. ( en la línea del Servicio de Atención al paciente con dependencia del tabaco de SALUD).

Los principales problemas surgen con respecto a los aspectos que son **incentivados** por el SALUD (criterios diferentes cada año) que pueden no ser coincidentes en su totalidad con las actividades de calidad del centro de salud, lo que lleva a dirigir nuestro esfuerzo en otras direcciones. Por ejemplo, la línea de incentivación marcada con respecto a la gestión por procesos por la GAP no es totalmente igual que la desarrollada por nosotros. Ante la evaluación de los mismos, se nos indica que una cosa son las actividades del proyecto y otras las de incentivación. Esta disociación supone un enlentecimiento en el resto de actividades así como una importante fuente de desmotivación.

9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Programas informáticos, Programa dietético, Paquete estadístico,.....	1200
Material informático Ordenador portatil o fijo.	1500
Inscripción revista SECA.	90
Libros.	300
Cursos/matriculas y/o Dietas. Actividades de benchmarking	3000
Interconsultas.	600
Revisión esfigmomanómetros.	600
Material oficina.	600
<b>TOTAL</b>	7890 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:



Handwritten signature and date, possibly 2005.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL USUARIO NO URGENTE. SIN CITA PREVIA QUE ACUDE A LA CONSULTA DE MEDICINA DEL CENTRO DE SALUD "LOS MONEGROS" DE SARIÑENA.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M<sup>a</sup> Victoria Burgos Díaz.

Profesión Médico de Atención primaria (Médico Titular)

Centro de trabajo: Centro de Salud "Los Monegros".

Carretera de Zaragoza s/nº. 22200 SARIÑENA (HUESCA). Teléfono: 974571027. Fax: 974571263

Correo electrónico: [mzburgos@salud.aragob.es](mailto:mzburgos@salud.aragob.es)

<b><u>Nombre y Apellidos</u></b>	<b><u>Profesión</u></b>	<b><u>Centro de trabajo</u></b>
Lourdes Araguas Garcés	Aux. Administrativo	C.S. "Los Monegros"
M <sup>a</sup> Isabel Paz	D.U.E	C.S. "Los Monegros"
M <sup>a</sup> Pilar Basols Blecua	Aux. Administrativo	C.S. "Los Monegros"
M <sup>a</sup> José Enguita	D.U.E	C.S. "Los Monegros"
M <sup>a</sup> Carmen Nicas Fiances	Médico de Familia	C.S. "Los Monegros"
Inés Borbón	D.U.E	C.S. "Los Monegros"
M <sup>a</sup> Victoria Serrano Cortés	Aux. Administrativo	C.S. "Los Monegros"
M <sup>a</sup> Teresa Paraled	D.U.E	C.S. "Los Monegros"
M <sup>a</sup> Jesús Ullod Borruel	D.U.E	C.S. "Los Monegros"
M <sup>a</sup> Luisa Vallejo Erdoziain	Médico de A.P.	C.S. "Los Monegros"
José M <sup>a</sup> Viñuales	D.U.E.	C.S. "Los Monegros"

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

Durante El año 2004 el EA P de Sariñena hemos mantenido diversas reuniones con el objeto de estudiar las causas y así poder mejorar el problema de la excesiva presión asistencial que soporta.

Entre los problemas detectados se valoró por la mayoría de los profesionales médicos (6 de los 8) como excesivo el número de pacientes que acuden diariamente a las consultas. "sin carácter urgente". sin cita previa.

Considerando que toda atención requiere un tiempo y un lugar. este EAP es partidario de intentar que toda atención. salvo la urgente. se realice previa citación. lo cual garantiza una correcta atención con un tiempo adecuado en lo posible a ella y un registro de la misma en la historia del paciente. así como una mejor organización de la agenda de los profesionales que minorice el efecto estresante de la excesiva presión asistencial.

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Reducir la consulta a demanda sin cita previa no urgente en un 15% a los 12 meses.
2. Investigar las 3 causas más frecuentes. por motivos organizativos. por las que acuden sin cita los pacientes.
3. Modificar la organización de la cita previa de cara a hacer desaparecer estas causas.
4. Modificar la organización de las agendas de cara a hacer desaparecer causas administrativas.

**6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>		+++			
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>			++		
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>					+
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	++++				

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

Para ello se decidió estudiar el problema detectado.

Con el siguiente esquema de trabajo:

- Durante 2 semanas consecutivas, se anotó el nombre de los usuarios que acuden sin cita previa a la consulta de demanda y que rechazan ser citados para el día siguiente.
- Se repitió pasados 2 meses.
- Se anotó si pertenece o no a este Centro de Salud.
- Diariamente un 11% de los pacientes acuden sin ser citados. Porcentaje alto que estamos seguros de poder reducir.

En reunión EAP, mediante Diagrama de Isikawa que se adjunta.

**8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Informar a la población, mediante folleto explicativo, de las ventajas de la cita previa. M<sup>a</sup> Victoria Serrano, Lourdes Araguas, M<sup>a</sup> Pilar Basols
  - Adecuar las agendas de los profesionales para evitar causas administrativas que dificulten la cita previa. M<sup>ra</sup> Victoria Burgos
  - Modificar la organización de la cita previa en los aspectos organizativos que con más frecuencia la dificulten. M<sup>a</sup> Victoria Serrano, Lourdes Araguas, M<sup>a</sup> Pilar Basols
  - Diseñar un itinerario consensuado para los pacientes que acudan sin cita, y así evitar que sean causa de retraso en las consultas. Teresa Paraled
  - Citar a estos pacientes para otro día para registrar toda asistencia en la historia clínica. M<sup>a</sup> Victoria Serrano, Lourdes Araguas, M<sup>a</sup> Pilar Basols







## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN OMI-AP: INTRODUCCIÓN CORRECTA DE INICIO DEL PROCESO.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: ANTONIO CASTILLON FANTOVA

Profesión: MÉDICO DE FAMILIA Investigador del Grupo aragonés de Investigación (red IAPP G03/170) Centro de trabajo: C. S. PIRINEOS. HUESCA

Correo electrónico: acastillonf@salud.aragob.es

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mercedes Peña Arenas	D:U:E:	C.S.Pirineos.
Teresa Franco Sanagustin	D.U.E.	C.S. Pirineos
Eva Chaverri	Medico	C.S.Pirineos
Mariant Armengol	D.U.E	C.S. Pirineos
Lourdes Bartolome Fandos	D.U.E.	C.S. Pirineos.
Lola Calvo	Médico	C.S. Pirineos
Emilia Escalona	Administr.	C.S. Pirineos
Lola Elduque	Administr.	C.S. Pirineos

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Desde la introducción del programa OMI, como herramienta de trabajo, se han observado errores en la introducción de las fechas de inicio de episodios clínicos que no se corresponden con la realidad. Este desajuste de fechas puede afectar al tratamiento y control del proceso clínico, ya que el seguimiento del paciente diabético requiere una serie de actuaciones seriadas y protocolizadas en el tiempo. Es por eso se decide analizar las fechas de inicio de los episodios de DM tipo 2

Se ha realizado un estudio piloto, donde se analizaron 62 Hª tras muestreo aleatorio sistemático de 648 pacientes con episodio de DM tipo 2, y se encontró que sólo en el 42% de los episodios de DM 2, la fecha de inicio estaba correctamente introducida.

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Tras la valoración del estudio piloto, se decide que el objetivo a obtener tras la evaluación sea que al menos el 75% de los episodios de DM 2, tengan correctamente introducida la fecha de inicio al final del estudio.

**6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Líneas de intervención	++++	+++	++	-	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>		X			
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	X				
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>			X		
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	X				

## 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Basándonos en los resultados del estudio piloto, nos encontramos que alrededor del 60% de los episodios de DM 2, no tenían correctamente introducida su fecha de inicio.

A raíz de la implantación del programa informático OMI en Atención Primaria se han producido errores en el vaciado de datos de la historia clínica de papel a la historia informática, fundamentalmente en las fechas de inicio de los episodios de patologías crónicas, ya que en la mayoría de procesos, se dejaba la fecha de introducción de los datos como fecha de inicio de episodio. Este hecho puede ser debido al desconocimiento y escaso manejo del programa OMI-AP.

Como fuente de información se utiliza la versión estadística del programa OMI-AP. OMI-est.

Si bien el problema a analizar es dirigido exclusivamente al grupo de pacientes diabéticos, se perciben problemas similares en el uso y manejo de OMI-AP en el control de otras patologías.

## 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Poner en conocimiento, mediante varias sesiones clínicas de equipo, a todos los profesionales sanitarios del C.S. Pirineos, de la correcta introducción de las fechas de inicio de los episodios, y de la importancia que esto supone para un correcto control, seguimiento y tratamiento de la enfermedad.

También se realizarán sesiones para la mejora de habilidades en el manejo del programa OMI-AP. Estas sesiones intentarán sensibilizar a los profesionales sobre la importancia del correcto registro en OMI-AP.

## 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Se realizará una revisión sistemática de todos los pacientes diagnosticados de DM tipo 2, evaluando la correcta introducción de inicio del episodio.

Indicadores:

- 1- Porcentaje de episodios de DM 2 con fecha de inicio correctamente introducida.
- 2- Tipo de profesional, médico y enfermera, que ha introducido los datos.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Marzo 2005

Fecha de finalización: Marzo 2006

Cronograma:

Marzo 05: Inicio del proyecto con la presentación del trabajo al equipo y análisis en grupo de las posibles causas.

Abril 05: Realización de varias sesiones de equipo para mejorar las habilidades en el manejo de OMI-AP

Septiembre 05: Medición de los indicadores tras la intervención.

Octubre 05: Presentación al equipo de los resultados parciales.

Marzo 06: Evaluación final y conclusiones. Presentación al equipo de los resultados finales.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

#### **DIAGNOSTICO E INCLUSIÓN DEL PACIENTE CON OBESIDAD EN LA CARTERA DE SERVICIOS DEL PROGRAMA OMI-AP**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos MERCEDES PEÑA ARENAS

Profesión D.U.E. Investigadora del Grupo Aragonés de Investigación (red IAPP GO3/107) Centro de trabajo: Centro de Salud Pirineos (Huesca).

Correo electrónico: mpenna@salud.aragob.es

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Antonio Castellón Fantova	Médico	C.S. Pirineos
Teresa Franco Sanagustín	D.U.E.	C.S. Pirineos
José Ignacio Bernués	Médico	C.S. Pirineos
Encarna Sarrato	D.U. E.	C.S. Pirineos
Manolo Prieto	Médico	C.S. Pirineos
Virtudes Pelegrina	Médico	C.S. Pirineos
Esther Lamora	Administ.	C.S. Pirineos
Inés Gimenez	Administ.	C.S. Pirineos



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

Hemos observado, desde el inicio de la utilización del programa OMI, como herramienta de trabajo, que no se explotan todos los medios que éste nos presenta. No se introducen a todos los pacientes, con patología susceptible de ello, en la cartera de servicio correspondiente. Siendo ésta una buena guía práctica para la introducción de datos, control y seguimiento del paciente.

Numerosos pacientes que presentaban un índice de masa corporal (IMC) superior a 30, no son diagnosticados de obesidad; y entre aquellos que son diagnosticados y registrados como obesos, muchos de ellos no son introducidos en la cartera de servicio.

Todo ello supone por tanto un infradiagnóstico de la obesidad, con un peor seguimiento y control evolutivo de la misma. Además de una escasa explotación de las ventajas que nos ofrece la cartera de servicio en el programa OMI., en el seguimiento e introducción de las normas técnicas mínimas.

#### 5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Los resultados que esperamos conseguir son los siguientes:

- 1.- Conocer las causas de este infradiagnóstico.
- 2.- Concienciar a los profesionales de la importancia de detectar al paciente obeso.
- 3.- Mejorar el diagnóstico de obesidad
- 4.- Transmitir a los profesionales la importancia que tiene la cartera de servicios en el programa OMI-AP
- 5.- Conseguir incluir en cartera de servicios al mayor número posible de pacientes con obesidad
- 6.- Conseguir incluir en cartera de servicios al mayor número de pacientes con obesidad
- 7.- Mejorar el registro de esta enfermedad en OMI-AP

En resumen, que todos los pacientes que acudan a la consulta de atención primaria, tengan al menos, un control de peso; y aquellos con un IMC superior a 30, sean diagnosticados de obesidad y una vez diagnosticados sean incluidos en la cartera de servicios y registrados adecuadamente.

## 6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>		X			
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	X				
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>		X			
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	X				

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Para el análisis del problema, realizaremos las siguientes actuaciones:

1. Análisis del registro de las 100 últimas visitas a las consultas del centro y cotejo de los datos con las historias clínicas para evaluar el porcentaje de pacientes de los que no consta IMC, ni diagnóstico de obesidad (  $IMC > 30$ ) en la historia informatizada.
2. Búsqueda entre los profesionales de las causas del infrarregistro a través de la realización de un diagrama de isikawa y una tormenta de ideas.

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Presentación de los resultados del análisis previo al equipo, con el indicador de registro obtenido y las posibles causas del problema detectado y de sus opciones de mejora.
- Realización de sesiones clínicas, impartidas por los responsables del programa, a todos los profesionales del centro sobre: la importancia del control de peso, el calculo del IMC, el diagnóstico de obesidad a todos los pacientes con IMC superior a 30, así como su correcta introducción en cartera de servicios y la ventaja que esto supone para el manejo de la historia, correcta introducción de datos, control y seguimiento...
- Seguimiento y mejora de habilidades en el manejo del programa OMI. Es muy probable, que sea ésta una de las causas que mas influyan en el problema, con lo que habrá que estudiar estrategias de mejora en este sentido.

### 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Se realizaran dos evaluaciones utilizando los datos exportados de OMI-est, analizando los siguientes indicadores:

- 1- Porcentaje de pacientes con un IMC superior a 30 diagnosticados de obesidad: el objetivo a conseguir es del 95%.
- 2- Porcentaje de episodios de obesidad introducidos en cartera de servicios: el objetivo a conseguir es del 90 %
- 3- Tipo de profesional, médico o enfermera, que ha introducido los datos.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Febrero 2005

Fecha de finalización: Febrero 2006

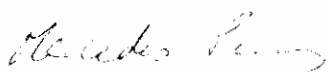
Calendario:

- Análisis previo sobre una muestra de pacientes: febrero-marzo de 2005.
- Realización de técnicas de grupo para análisis de posibles causas. abril 2005.
- Sesiones formativas: mayo 2005.
- Medición de indicadores tras intervención: septiembre de 2005.
- Análisis de la mejora producida, presentación de resultados al equipo: octubre- noviembre 2005.
- Evaluación final, conclusiones y presentación de resultados finales al equipo: febrero 2006

## 11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Ordenador portátil* para la realización del proyecto.	<u>1000</u>
<u>Material informático de apoyo al proyecto ( impresora, memoria portátil, etc...)</u>	<u>300</u>
<u>Material para las sesiones</u>	<u>150</u>
<b>TOTAL</b>	<b>1450 €</b>  Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:


En Huesca, a 17 de enero de 2005  
Fdo: Mercedes Peña Arenas

# PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

## 1.- TÍTULO

Proyecto de Pintura Mural para la integración en Salud Mental:  
" Camino de Hormigas"

## 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**Nombre:** M<sup>a</sup> José Lloro Lloro

**Profesión:** Trabajadora Social

**Centro de Trabajo:** Centro de Día de Salud Mental " Arcadia", Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca

**Correo electrónico:**

## 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Olga Lafuente Peña	Educadora Social	C. D. Arcadia
Pilar Regla Dieste	Auxiliar de Enfermería	C. D. Arcadia
Magdalena Guerra Habas	Diplomada en magisterio	C. D. Arcadia
José Luis Jiménez Cerezo	Profesor educación artística	Facultad de Ciencias humanas y de la educación

#### **4.- PROBLEMAS U OPORTUNIDADES DE MEJORA SELECCIONADA**

Es un proyecto de normalización e integración de alumnos del Seminario de Pintura Mural de la Escuela de Magisterio con los usuarios del Taller de Artes Plásticas del Centro de Día de Salud Mental " Arcadia".

En este proyecto se parte de una perspectiva: el arte como lenguaje que posibilita el intercambio, promueve el entendimiento entre individuos y culturas favoreciendo la integración social.

Para ello se ha buscado documentación en la bibliografía de pintura mural y rehabilitación en la enfermedad mental.

#### **5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Para los pacientes:

- Conocimiento de otra técnica de expresión compartiendo esta experiencia con alumnos de magisterio.
- Adquisición de conocimientos y habilidades de una técnica de expresión como es la pintura mural.
- Mejorar sus habilidades sociales y de sus relaciones interpersonales.
- crear un vínculo participativo dentro de la comunidad.
- Dar a conocer a nuestra comunidad que las personas con trastornos mentales tienen muchas cosas que aportar en beneficio de todos.

#### **6.- RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

- Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados +++
- Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas +
- Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros pacientes con los servicios recibidos ++++
- Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado +

## **7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Tras una propuesta del Taller de Artes Plásticas con el grupo de Pintura Mural ( Escuela de Magisterio) en el curso escolar 2003-2004, al Exmo. Ayuntamiento de Huesca al objeto de decorar espacios municipales, deciden conceder los proyectos de Pintura Mural de varias zonas de la ciudad.

El proyecto asumido en estos momentos, es nuevo, promovido por el Patronato Municipal de Deportes, al efectuar obras de mejora en la antigua piscina del Polideportivo Municipal de Deportes.

La Junta Directiva del Patronato consideró oportuno adjudicar la decoración de estas zonas a la Fundación Agustín Serrate, a la cual pertenece el taller de Artes Plásticas.

El proyecto realizado actualmente responde a la pintura de un muro de hormigón de 20m.x 2,90 m. que va de la piscina cubierta al parque.

Esto ha supuesto:

Varias gestiones con el Patronato Municipal de Deportes, contactos con la Escuela de Magisterio, toma de contacto con las personas que van a llevar a cabo el proyecto ( 10 ó 12 alumnos, 8 pacientes mentales, algunos con patología grave), elaboración de bocetos, unificación de criterios, presentación de bocetos para su aprobación por la Comisión de Deportes y de Medio Ambiente.

No se adjudicó presupuesto para ello.

## **8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

- El carácter no obligatorio de la actividad implica una metodología abierta, flexible y motivadora que exige por parte de los profesionales una participación activa y responsable en la línea de desarrollar la creatividad, participación y cooperación grupal, así como las propias potencialidades de las personas.
- La actividad requiere un trabajo en equipo, en donde hay que definir tareas, llegar a acuerdos en la toma de decisiones, poder opinar, expresarse en un medio normalizado.



## **9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

- 1 Motivación
- 2 Adaptación diaria al proceso de socialización.

Dos indicadores:

- Evaluación continua: en la que cada jornada es un cambio de impresiones, puesta en común del trabajo.
- Encuesta final: A todos los participantes

## **10.- DURACIÓN Y CALENDARIOS PREVISTOS**

**1º fase de contacto y preparación:** se realizó en noviembre de 2004, dos sesiones semanales de dos horas cada sesión ( días 2, 8,9, 15, 16, 22, 23, 29, 30)

**2º fase de puesta en marcha:** diciembre de 2004

día 2: medición y preparación del muro.

Día 13: pintura base

Días 20 y 21 Desarrollo del boceto

Fecha prevista de finalización ( teniendo en cuenta los factores ambientales) 25 de Enero de 2005.

**3º fase de madurez del proyecto:** Pintura Mural de la Pared de la Piscina Municipal de Ruiseñores, Monolito de las bicicletas de la avenida Juan XXIII y pared de columpios del parque infantil de la Plaza Lérida, todos ellos en Huesca.

Calendario previsto de Abril a Julio de 2005.

### 11.- PREVISIÓN DE RECURSOS

PINTURA.....	600 EUROS
PINCELES.....	35 EUROS
BATAS.....	140 EUROS
LIBROS SOBRE PINTURA Y BOCETOS....	60 EUROS

**TOTAL                    835 EUROS**



**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

El hospital socio-sanitario Sagrado Corazón de Jesús se caracteriza por prestar servicios sanitarios a un paciente de edad avanzada y en muchos de los casos extremadamente dependiente (media Barthel de todos los ingresos en el año 2003: 26). La elevada fragilidad del paciente geriátrico hace de este un paciente de alto riesgo de padecer heridas por presión, lo que requiere una atención especializada y unos cuidados pormenorizados y más exhaustivos si queremos evitar la aparición de las mismas.

Las heridas por presión afectan negativamente a la calidad de vida de la persona que las padece. Igualmente resultan tremendamente costosas en términos económicos, así como en lo que se refiere a esperanza de vida ya que a la infección secundaria a una herida por presión se asocia a un incremento de la morbilidad y mortalidad. Hablando en términos de calidad, debemos contemplar la aparición de heridas por presión como un indicador que muestra la calidad asistencial prestada.

Teniendo en cuenta que existen estudios que indican que un 95% de las heridas por presión se podrían prevenir y debido a la sensibilización que este problema causa entre los profesionales de nuestro centro (ya que es un problema con el que nos enfrentamos cada día); hemos decidido constituir este grupo de mejora por tal de poner en marcha un protocolo de prevención de heridas por presión en nuestro centro, que nos lleve a mejorar la calidad asistencial prestada y evitar las consecuencias negativas de las mismas que hemos citado con anterioridad (incidencia de úlceras por presión durante el año 2003: 4,55% incluídas úlceras de grado I)

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Disminuir la incidencia de heridas por presión en nuestro hospital.
- Mejorar la calidad asistencial prestada y la percepción de la misma por nuestros pacientes.
- Mejorar la gestión y utilización de recursos materiales y humanos.
- Disminuir costes sanitarios previniendo en lugar de curar.
- Disminuir la frustración profesional que provoca la aparición de este tipo de lesiones.

**6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	X				
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas		X			
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	X				
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado		X			

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

En la actualidad *no disponemos de un protocolo específico en PREVENCIÓN de heridas por presión, si de TRATAMIENTO*. Aplicamos por tanto las medidas y dispositivos preventivos en función del juicio clínico de cada profesional. Si el profesional es experimentado no tener unas pautas protocolizadas de actuación puede no ser un problema, pero si nos encontramos (como cada vez es más frecuente) con personal contratado obligado a rotar por diferentes unidades y centros sanitarios, la falta de experiencia, práctica y conocimiento del centro puede dar lugar a situaciones de infrautilización, omisión o exceso de uso de determinadas prácticas y medidas preventivas.

En las últimas reuniones del Foro de Enfermería de nuestro hospital (grupo voluntario compuesto por todos los profesionales de enfermería del hospital que se reúne con una periodicidad mensual y que sirve para debatir y exponer problemas de diversa índole: organizacional, asistencial...) se recogió el malestar entre nuestros profesionales por lo anteriormente expuesto. Es consecuencia de esto la creación del presente grupo de mejora.

En la actualidad utilizamos la escala de valoración del riesgo NORTON como un elemento orientativo y de apoyo al juicio clínico del profesional. En el nuevo protocolo se buscará dar más peso a esa herramienta validada científicamente que son las ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO, sin olvidar el juicio clínico profesional, de forma que al evaluar al paciente con la misma, obtengamos una catalogación del mismo en función de su susceptibilidad a padecer heridas por presión: BAJO, MEDIO, ALTO RIESGO. Esto último tendrá un carácter vinculante con un programa preventivo más o menos exhaustivo en función del riesgo que vendrá definido por el protocolo que tenemos intención de crear.

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Método y actividades:

- Decidir la Escala de Valoración del Riesgo que adopta el centro de entre las diferentes disponibles. Para ello se llevará a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva por parte del grupo de mejora buscando aquellas Escalas que presentan un mayor respaldo científico, de las cuales se elegirán tres. Tras la misma se analizarán las ventajas e inconvenientes de las mismas y se expondrá a todos los profesionales de enfermería decidiéndose de manera consensuada la escala que se adapte más al tipo de paciente atendido y a la facilidad de manejo de la misma.
- Decidir que medidas preventivas se aplican al paciente catalogado como BAJO, MEDIO, ALTO RIESGO. Para ello se llevará a cabo una revisión bibliográfica de estudios científicos, guías de práctica clínica y protocolos de otros hospitales por tal de extraer las medidas preventivas ideales para cada tipo de paciente. Una vez extraídas se consensuará con todos los profesionales de enfermería la aplicación de las mismas, siempre claro está, teniendo en cuenta las características materiales, organizacionales y de dotación de personal del centro.
- Divulgación del protocolo entre los profesionales del hospital mediante talleres de formación y mediante la elaboración de posters con algoritmos de actuación que se colocarán en el control de enfermería de cada planta.

Los responsables de llevar a cabo este proyecto van a ser tanto los componentes del equipo de mejora como la dirección de enfermería del hospital.

**9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

Evaluación mediante:

**ANÁLISIS DOCUMENTAL:**

- Evaluación de la incidencia de heridas por presión.
- Valoración del grado de cumplimiento del protocolo a los tres meses de implantación y al menos dos veces al año. Para ello se analizará la historia clínica de una muestra aleatoria de pacientes ingresados en nuestro hospital, la coincidencia entre la catalogación del paciente como BAJO, MEDIO, ALTO RIESGO con las medidas preventivas óptimas vinculadas a dicha catalogación según el protocolo.

**OBSERVACIÓN DIRECTA:**

- Valoración del grado de cumplimiento del protocolo mediante observación directa "in situ" valorando la coincidencia entre la catalogación del paciente como BAJO, MEDIO, ALTO RIESGO con las medidas preventivas óptimas vinculadas a dicha catalogación según el protocolo.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Febrero 2005

Fecha de finalización: Diciembre 2005

Calendario:

Febrero: - Revisión bibliográfica y elección de una Escala de Valoración

Marzo: - Periodo de prueba y comparativa de la nueva escala con la anterior utilizada para comprobar su validez.

- Revisión bibliográfica sobre medidas y dispositivos preventivos.

Abril: - Consensuación de las medidas preventivas incluidas en el protocolo con el resto de profesionales.

Mayo: - Puesta en marcha e implantación del protocolo.

- Realización de talleres de formación y elaboración de posters con algoritmos de actuación.

Junio: - Discusión de problemas y propuestas de mejora para el mismo.

Octubre: - Revisión y evaluación del protocolo.

Diciembre: Discusión y evaluación de resultados



# PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

salud

Pº M.ª Agustín, 16 - 50004 ZARAGOZA

19 ENE. 2005

CONTROL INTERNO ENTRADA

## 1.- TÍTULO

N.º 000368

Proyecto de Ocio y Tiempo Libre para personas con Enfermedad Mental y sus familias:

“ Intercambio de Experiencias”

## 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**Nombre:** Mª José Lloro Lloro

**Profesión :** Trabajadora Social

**Centro de Trabajo:** Centro de Día de Salud Mental “Arcadia” , Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca

**Correo electrónico:**

## 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Olga Lafuente Peña

Educadora Social

C.D. Arcadia



#### **4.- PROBLEMAS U OPORTUNIDADES DE MEJORA SELECCIONADA**

A pesar del buen control sintomatológico obtenido en muchos casos con el tratamiento farmacológico y psiquiátrico, muchas de las personas que sufren Trastornos Mentales mantienen déficit y discapacidades que dificultan su funcionamiento autónomo y su integración social.

Los servicios y programas de rehabilitación psicosocial son esenciales para la adquisición y recuperación de habilidades necesarias para la vida normalizada en la comunidad.

Por lo dicho anteriormente, en este proyecto no hemos centrado en dos áreas importantes para trabajar conjuntamente en la actividad: por un lado, la familia, ya que son ellas las que constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de las personas con Trastornos Mentales y el modo en que la familia afronte la enfermedad y los problemas con el enfermo en la vida cotidiana va a tener gran influencia en la evolución de la enfermedad, y por otro lado, el ocio y tiempo libre, algo tan importante y necesario para la vida de cualquier ser humano por su función puramente socializadora.

#### **5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Desarrollar y mejorar las habilidades sociales de personas con Trastornos Mentales y sus familiares en contextos diferentes a su entorno social más cercano.
- Aumentar su nivel de relación ( persona con Trastorno Mental y su familia)
- Potenciar el Ocio como un recurso para la salud
- Mejorar la capacidad de manejo y convivencia de la familia y la persona con Trastorno Mental, contribuyendo a mejorar el Ocio y Tiempo Libre de todos los miembros de la familia
- Integrar a personas con Trastorno Mental en actividades comunitarias de Ocio y Tiempo Libre

#### **6.- RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

- Aumentar los beneficios de la Atención o Servicios proporcionados + + +
- Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas =  
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros pacientes con los servicios recibidos + + + +
- Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado +

## **7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Hace varios meses, que la entidad de CADIS, organizo un viaje con varios profesionales de diferentes asociaciones y entidades de Huesca capital, uno de los muchos objetivos, era el de darnos a conocer otros Centros de la Provincia de Huesca, en donde también se estaba trabajando con personas con algún tipo de discapacidad. A este viaje, del Centro de Día "Arcadia", fueron un Auxiliar, la Trabajadora Social y la Educadora Social. Lo que más nos llamo la atención fue la visita al Centro Remos de Benasque por ser un Centro creado por las familias de los usuarios, por ser un lugar en donde los usuarios día a día se esfuerzan en su trabajo, en donde saben disfrutar de su tiempo de ocio.

Tras esta experiencia nos pareció buena idea compartirla y realizar un viaje, con los usuarios de del Centro de Día " Arcadia " y sus familias al Centro Remos de Benasque.

## **8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

La actividad tiene un carácter totalmente lúdico y voluntario; por este motivo, la metodología a emplear, será abierta, flexible y motivadora, en donde se favorecerá la participación activa de usuarios y familiares, intentando crear un ambiente confortable.

## **9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores, durante la actividad:

- motivación
- participación
- la capacidad de relación con los demás.

Al final del viaje se pasara un cuestionario a los usuarios y a sus familias; en donde responderán a una serie de preguntas.

## **10.- DURACIÓN Y CALENDARIOS PREVISTOS**

**1ª fase de contacto y preparación:** se realizará entre los meses de Enero y Febrero, la organización y la preparación de la actividad con los profesionales del Centro Remos de Benasque.

**2ª fase de puesta en marcha:** en el mes de Marzo se organizara la actividad con los usuarios y familiares del Centro de Día "Arcadia".

**3ª fase de madurez del proyecto:** se realizara en el mes de Mayo o Junio, dependiendo de la disponibilidad de los usuarios y familiares del Centro de Día "Arcadia" y del Centro Remos de Benasque.

## **11.- PREVISIÓN DE RECURSOS**

ALQUILER DE UN AUTOBÚS.....	500 EUROS.
COMIDA PARA USUARIOS Y FAMILIARES.....	1200 EUROS.
<b>TOTAL.....</b>	<b>1700 EUROS</b>

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

"CONTRIBUCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA A LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN SALUD MENTAL, SECTOR HUESCA"

Proyecto Multicéntrico, a desarrollar de manera coordinada en los Sectores Zaragoza I, II y III, Huesca y Teruel.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos ARMANDO J. COLOMER SIMÓN 

Profesión ENFERMERO Centro de trabajo C.R.P. NTRA. SRA. DEL PILAR

Correo electrónico: [acolomcr@aragob.es](mailto:acolomcr@aragob.es)

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Concha Rubio Soriano	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca.
M <sup>a</sup> Jesús Rivarés Morcate	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca.
Elena Fidalgo Abadías	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca.
M <sup>a</sup> Carmen Marcén Seral	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca.
Marta Elboj Saso	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca.
Ana García Pardos	Enfermera	EIR Salud Mental.
Concepción Latapia López	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Carmen Cinca	Enfermera	CSM Jaca Sabiñánigo. Huesca
Arturo Biarge Ruiz	Enfermero	H. Psco. "St <sup>o</sup> C <sup>o</sup> de los Milagros". Hu.
Gemma Pardos Ballestín	Enfermera	CSM Pirineos. Huesca
Ascensión Ríos Peruga	Enfermera	CSM Barbastro
Sara Rubio Gil	Enfermera	CSM Pirineos. Huesca

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

Un grupo de pacientes, que se denominan Trastorno Mental Grave, realizan un alto número de estancias hospitalarias en Unidades de Corta Estancia de Psiquiatría, con una mala vinculación, entre sus ingresos, al Centro de Salud Mental Comunitario. Como consecuencia de ello, sus núcleos familiares sufren una importante sobrecarga como cuidadores principales, sin recibir apoyo en estos cuidados.

Vamos a utilizar una ficha epidemiológica diseñada para cuantificar los pacientes aquejados de Trastorno Mental Grave y las estancias que hacen a lo largo del año 2005 en la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica de referencia en el Sector.

Se pondrán en marcha desde los Centros de Salud Mental, grupos focales de familiares de pacientes con T.M.G., coordinados por una enfermera del C.S.M. y otra de la Unidad de Corta Estancia, con la finalidad de detectar las necesidades sentidas por el grupo.

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Censo de pacientes con Trastorno Mental Grave, usuarios en el 2005 de la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica de referencia en el Sector.

Datos de utilización del Centro de Salud Mental Comunitario por estos pacientes.

Diseño preliminar de un programa grupal de autoayuda para familiares de estos pacientes, basado en las necesidades sentidas que hemos detectado.

**6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	x				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>					x
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	x				
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	x				

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

Uno de los principios de la Psiquiatría Comunitaria "la mayoría de los pacientes con Trastorno Mental Grave deben permanecer en su ámbito social comunitario" (Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón), se ve dificultado porque estos pacientes habitualmente no hacen un uso correcto del Centro de Salud Mental, entre ingresos hospitalarios.

Esto aumenta la presión sobre el núcleo familiar, disminuyendo su capacidad de soporte y contención, generando una gran demanda de internamiento hospitalario.

**8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Recogida de información de usuarios de Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica con T.M.G.

Responsables: Enfermeras de la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica.

Detección de necesidades sentidas en grupos focales de familiares de pacientes con T.M.G.

Responsables: enfermeras del C.S.M. y de la Unidad de Corta Estancia de referencia.

**9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar

Indicadores de utilización de CSM y Unidad de Corta Estancia por pacientes con TMG. (Ficha epidemiológica y su cuantificación).

Medición de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes con TMG.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

Febrero 05 Primera reunión. Diseño y puesta en marcha de registros

Junio 05 Evaluación de la recogida de datos.

Septiembre 05 Puesta en común de resultados.

Octubre 05 Planificación de la 2ª fase.

Continuidad de cuidados.

Noviembre 05 Puesta en común de resultados y evaluación del proyecto.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Asistencia a reuniones de coordinación, material bibliográfico, formularios, fotocopias informativas, análisis de los datos, sesión de puesta en común de resultados.	1000
<b>TOTAL</b>	1000 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma: 10/ENE/2005