

INDICE DE PROYECTOS TERUEL 2004

016_2004 "Ciclo de mejora del cumplimiento de los criterios de buen control de la diabetes mellitas" del CS Teruel Rural	Pág. 2 a 5
056_2004 "Mejora de la calidad asistencial integral a pacientes diabéticos en zonas de salud rurales" del CS de Albarracín	Pág. 6 a 11
079_2004 "Plan de mejora en la atención de urgencias de la zona de salud de Calamocha. ¿Está infrautilizado el servicio de la UME? Del CS de Calamocha	Pág. 12 a 15
121_2004" Utilización adecuada de "botiquines particulares" en pacientes polimedicados" del CS de Monreal del Campo	Pág. 16 a 19
123_2004 "Promoción de la salud en la población pediátrica inmigrantes de Teruel" del CS Teruel Urbano	Pág. 20 a 27
124_2004 "Realización de una autoevaluación según el modelo EFQM, adaptado a instituciones sanitarias y realización de una guía de aplicación práctica, como medio de detección de oportunidades de mejora en un Centro de Salud Urbano" del CS Teruel Urbano	Pág. 28 a 32
125_2004 "Ciclo de mejora en la continuidad de la asistencia del paciente que acude a urgencias del Centro de Salud" del CS de Cedrillas	Pág. 33 a 36
128-2004 "Ciclo de mejora en la atención a la mujer en el climaterio con el objeto de aumentar su calidad de vida-estudio antes después" del CS de Mora de Rubielos	Pág. 37 a 41
127_2004 "Actualización en los registros de enfermería" del H. San José	Pág. 42 a 47
053_2004 "Programa de detección y asistencia del riesgo social en el Hospital Obispo Polanco de Teruel"	Pág. 48 a 51
107_2004 "Establecimiento de un ciclo de mejora en el proceso de atención integral al paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento St. Elaboración de un proceso asistencial" del H. Obispo Polanco	Pág. 52 a 56
108_2004 "Adecuación y justificación de solicitudes de pruebas diagnósticas en el Servicio de radiología, según la guía de remisión de pacientes de la Comisión Europea" del H. Obispo Polanco	Pág. 57 a 60

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“Ciclo de mejora del cumplimiento de los criterios de buen control de la diabetes mellitus”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: RAFAEL GOMEZ NAVARRO

Profesión: Médico Centro de trabajo C.S. Teruel Rural

Correo electrónico: ragona@jazzfree.com

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Agustín Galve Royo	Médico	C.S. Teruel Rural
Sylvia Carrasco Bonilla	Enfermera	C.S. Teruel Rural
Asunción Navarrete Maicas	FAS	C.S. Teruel Rural

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En la evaluación del trabajo que sobre la determinación del riesgo cardiovascular realizamos en el seno del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de Calidad del año 2002, encontramos como uno de los resultados secundarios mas importantes el deficiente cumplimiento de los criterios de buen control de los pacientes diabéticos, según los objetivos propuestos por el Gedaps.

Tras la evaluación de Cartera de Servicios 2003 hemos realizado ya como fase previa a este trabajo una nueva reevaluación de estos criterios, con resultados igualmente deficientes, lo que nos ha decidido a poner en marcha un Ciclo de Mejora sobre este aspecto, que si bien es metodológicamente sencillo, la consecución de mejoras en el cumplimiento de los criterios de buen control supone, y existen evidencias al respecto, la mejora de la calidad y cantidad de vida de los pacientes diabéticos.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Conseguir incrementar de manera notable el porcentaje de pacientes diabéticos atendidos en nuestro EAP que cumplen los criterios de buen control propuestas por el Gedaps o al menos que aunque no lleguen a cumplirlos, su perfil mejore sensiblemente con respecto al que poseen hasta la fecha.

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

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

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

Como ya hemos mencionado realizamos una evaluación retrospectiva interna del cumplimiento de los criterios de buen control que propone el Gedaps en los pacientes diabéticos >65 años incluidos en Cartera de Servicios de nuestro EAP el año 2003. Se realizó en Octubre de 2003, utilizándole como fuente de datos las Historias Clínicas y la base de datos INTRALAB.

El nivel de cumplimiento de los mismos ha resultado en esta evaluación muy bajo, destacando especialmente el del LDL- Col (6.3 % de cumplimiento). HgbA1c (23.8 % de cumplimiento) y T.A. y Triglicéridos (en ambos casos un 34.9 % de cumplimiento). Por lo tanto, es amplio el margen de mejora que tenemos por delante.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Serán responsables directos de poner en marcha las actividades de mejora los miembros del Equipo de Mejora, debiendo estimular y promover la realización de actividades relacionadas con el proyecto en todos los miembros del EAP.

Las actividades a realizar serán fundamentalmente sesiones formativas, especialmente tendentes a conseguir los objetivos de control: hipoglucemiantes, (indicaciones de cada grupo, asociación de los mismos, interacciones), hipolipemiantes (selección de los mismos, potencia,...) Para estas sesiones podremos solicitar el apoyo de los especialistas, especialmente endocrinólogos, que nos puedan aportar información útil.

Hasta la fecha la FAS ya ha realizado una sesión sobre estatinas.

También, el Equipo de Mejora ha informado al EAP de los resultados de la evaluación previa.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se evaluarán los 7 criterios de control que propone el Gedaps (HgbA1c, LDL, HDL, Colesterol; Triglicéridos, T.A. y Tabaquismo), mediante evaluación retrospectiva interna, anualmente, coincidiendo con el cierre de Cartera de Servicios (30 de Septiembre).

Se diseñará hoja registro para facilitar ese proceso que figurará en la Historia Clínica de los pacientes.

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: 1/ Octubre / 2003

Fecha de finalización: 31 / Diciembre / 2004

Calendario:

Evaluación Previa Oct 2003. Presentación Proyecto Enero 2004. Actividades de formación Febrero a Junio 2004. 30 de Septiembre cierre primera reevaluación. Octubre-Diciembre 2004 elaboración de los resultados, presentación al EAP, planteamiento de nuevas acciones.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora de la calidad asistencial integral a pacientes diabéticos en Zonas de Salud Rurales.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Antonio Hernández Torres

Profesión Farmacéutico Centro de trabajo CS Albarracín-Cella

Correo electrónico: buzsan.cs05@gapte04.insalud.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Luis Ciprés	Endocrinólogo	H.O.P. Teruel
Jose Luis Pinedo	Médico	C.S. Albarracín
Mercedes Laorden	Enfermera	C.S. Albarracín
Pascual López	Médico	C.S. Cella
M^a José Fernández	Enfermera	C.S. Cella
Raquel Pérez Hernández	D.U.E.	C.S. Cella
Miguel Díaz	Médico	C.S. Albarracín
Rosario Vall	Médico	C.S. Albarracín

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La mejora continua de la calidad asistencial de nuestros equipos de salud no debe fundamentarse en meras declaraciones teóricas, ni en la constitución de grupos de trabajo sin objetivos y con capacidad resolutoria nula. Las actuaciones de mejora continua de la calidad deben tener un sustrato concreto sobre el que se debe intervenir detectando problemas y proponiendo soluciones.

Una óptima calidad asistencial y la potenciación de acciones específicas de prevención y promoción de salud, son los fundamentos en los que se deben basar los equipos de salud para conseguir una buena labor con los pacientes diabéticos.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que aparece como consecuencia de la deficiencia de insulina, debido a

alteraciones de su síntesis, secreción o función. Se caracteriza por una hiperglucemia persistente, que si no se trata adecuadamente genera diversos grados de morbimortalidad; ejerciendo una presión creciente sobre los recursos sanitarios. En España representa la tercera causa de mortalidad en mujeres y la séptima en hombres.

La diabetes mellitus es reconocida a nivel mundial como un importante problema de salud pública, que afecta principalmente a la población de edad media y avanzada. En los países occidentales la prevalencia se estima entre un 2-6%.

El UK Prospective Diabetes Study, ha sido el estudio más prolongado y con mayor número de pacientes realizado sobre esta enfermedad, con él se ha demostrado que un buen control de la glucemia puede reducir las complicaciones microvasculares en un 25% y en un 16% las de IAM.

Se ha demostrado la reducción de los costes sanitarios tras intervenciones mediante educación diabetológica.

La educación sanitaria es un instrumento básico en la promoción de la salud, es fundamental para conseguir que los individuos afectados de enfermedades crónicas participen activamente en el tratamiento de su enfermedad, sigan estrictamente las recomendaciones terapéuticas prescritas por su médico y modifiquen sus comportamientos insanos.

“La participación activa del paciente en el manejo diario de la diabetes es la única solución eficaz para el control de la enfermedad y de sus complicaciones a largo plazo” (OMS)

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- **Informar a los pacientes para que conozcan más su enfermedad, tanto la fisiopatología como los factores nocivos y las complicaciones.**
- **Conseguir que el mayor conocimiento de su enfermedad les procure una mejor calidad de vida.**
- **Adoptar hábitos de vida saludables referentes a la higiene, dieta y ejercicio físico.**
- **Concienciar a los pacientes de lo importante que es llevar un buen control de la glucemia.**
- **Implicar al paciente en el tratamiento de su enfermedad.**
- **Disminuir la frecuencia y gravedad de las complicaciones.**
- **Ejercer un control efectivo sobre los medicamentos que toman los diabéticos: cumplimiento, reacciones adversas...**

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

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

Motivos que nos inducen a realizar una asistencia educacional para diabéticos en las zonas de salud:

1. Se detecta un incumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas. Un 60% de los pacientes muestra una escasa adherencia a las medidas higiénico-dietéticas.
2. Demanda de asistencia educacional.
3. Los pacientes diabéticos deben tener acceso a actividades de educación diabetológica.
4. Incumplimiento farmacológico.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Durante el año 2003 se llevó a cabo en el centro de salud de Albarracín un conjunto de actuaciones con los pacientes diabéticos:

- Charlas-coloquio.
1. Información sobre la diabetes.
 2. Información sobre hábitos nutricionales.
 3. Información sobre medicación.

Entrenamiento físico.

Dinámicas de grupo.

Proyección de vídeos.

La buena aceptación por parte de los pacientes diabéticos de las actividades realizadas nos motiva a seguir trabajando con ellos y ampliar la población diana a los pacientes diabéticos de Cella.

Se han seleccionado los pacientes diabéticos del cupo de Albarracín y

Cella. Los criterios que se han seguido para esta selección son:

- **La mayoría de los pacientes diabéticos están en el cupo poblacional las mencionadas poblaciones.**
- **El local y los medios necesarios para llevar a cabo la educación sanitaria se ubican en los centros de salud.**
- **La mayoría del personal sanitario implicado en el plan de mejora trabaja habitualmente en el Centro de Salud.**

El plan de mejora comprende las siguientes fases:

- **Estudio retrospectivo de los niveles de glucosa en sangre, mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes.**
- **Elaboración de un protocolo de educación sanitaria.**
- **Sesiones de ejercicio físico. Para la realización de las mismas, nos basaremos en el libro “ Educación física en personas mayores”.**
- **Sesiones de educación sanitaria organizadas en charlas coloquio siguiendo una metodología de acción participativa.**

Diseño de una sesión educativa:

- 1. Población diana: Grupo de personas diabéticas con un perfil lo más parecido posible, tanto personal como glucémico y cultural.**
- 2. Período: Entre media y una hora de duración, dependiendo del grupo, sus necesidades, sus demandas y sus capacidades.**
- 3. Método: Inicialmente, hasta que tengamos confeccionado nuestro protocolo, utilizaremos el diseñado por el E.A.P. del área 3 de Zaragoza. La metodología será de acción participativa flexible a cada uno de los grupos, lo cual implica que aunque sigamos un protocolo nos adaptaremos a las circunstancias específicas de cada sesión sin presionar a los pacientes en cuanto al tiempo o el temario.**
- 4. La evaluación se llevará a cabo mediante unos formularios que versarán tanto de los temas tratados y su nivel de comprensión como de la satisfacción personal y modificación de hábitos.**

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

▪ **Evaluación de los resultados:**

1. Número de pacientes con estudio retrospectivo realizado.
2. Impresión del protocolo de educación sanitaria para diabéticos.
3. Formulario inicial de conocimientos.
4. Formulario final de conocimientos.
5. Formulario de satisfacción.
6. Formulario de modificación de hábitos de vida.

La evaluación del proyecto se realizará trimestralmente, para de esta forma ir subsanando los problemas u obstáculos que vayan surgiendo.

Anualmente se realizará una evaluación general en la que se marcarán las pautas para el próximo año y se analizará la evolución del programa.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Segundo semestre 2002 **Fecha de finalización: Cuarto trimestre 2003**

Caleandario previsto:

Actividades	Formación de grupos e inicio	Estudio retrospectivo niveles de glucosa en sangre	Elaboración de protocolo	Sesiones de educación Sanitaria	Evaluación
Enero	X		X	X	
Febrero	X		X	X	
Marzo		X	X	X	
Abril		X	X	X	
Mayo		X	X	X	
Junio		X	X	X	
Julio			X	X	
Agosto				X	
Septiembre				X	
Octubre				X	
Noviembre					X
Diciembre					X

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

Material/Servicios	Euros
Material inventariable:	
Proyector	2.400
Material bibliográfico	100
Impresora	200
Material fungible:	
Material de escritorio	50
Fotocopias	50
Asistencia a cursos:	
Educación para la salud	50
Diabetes	50
Viajes y dietas:	
Desplazamientos de coordinación	50
TOTAL	2.950

Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Plan de mejora en la atención de urgencias de la Zona de Salud de Calamocha. ¿ Está infrautilizado el servicio de la U.M.E.?.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Emilio Jiménez Marín

Profesión Médico Centro de trabajo E.A.P. Calamocha

Correo electrónico: EMILIO.JIM@terra.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
María José Badesa Monreal	Médico	E.A.P. Calamocha
Isabel Baquerizo Gracia	Médico	E.A.P. Calamocha
Tomás Carbonell Granero	Farmacéutico	E.A.P. Calamocha-Bág
Andresa Gil Domingo	Médico	E.A.P. Calamocha
Ana Cristina Navarro Gonzalvo	Médico	E.A.P. Calamocha
José Luis Ramos Lobera	Médico	E.A.P. Calamocha
José Luis Tartaj Tomás	Enfermero	E.A.P. Calamocha
Rafael Sebastián García	Médico	E.A.P. Calamocha

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
 Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"
 En varias reuniones del grupo de mejora de la calidad se utilizó como método el de la tormenta de ideas para seleccionar el problema más sentido. Se eligió por consenso a la atención de urgencias como oportunidad de mejora por los siguientes motivos:

1. Intuimos una infrautilización de los recursos humanos y materiales disponibles.
2. Valoramos la gran importancia de una correcta atención en urgencias, porque está comprobado por diversos estudios el descenso en la morbilidad, mortalidad y secuelas que conlleva.
3. Estimamos fundamental que exista una buena interrelación entre los diversos medios que atienden la urgencia: Atención Primaria, U.M.E., Especializada.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Optimización de los recursos disponibles en la atención a las urgencias.
2. Elaboración de protocolos de actuación consensuados con nuestra U.M.E. de referencia.
3. Aumentar el número de urgencias atendidas por U.M.E..
4. Adecuar al mínimo posible el tiempo de atención por la U.M.E. en los casos que la precisen.
5. Disminuir la mortalidad y las secuelas en las situaciones urgentes.

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD
 Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al 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

Situación de partida:

- Insuficiente o mínima interrelación entre los trabajadores de Atención Primaria y la U.M.E..
- Se solicita en pocas ocasiones su servicio, en algunas ocasiones tarda demasiado. Hay localidades alejadas y con acceso complicado.

Causas:

- Costumbres adquiridas, dificultades de coordinación, despoblación y malas comunicaciones.

Fuentes de información:

- Libro de registro de urgencias.
- Opinión de los usuarios y de los profesionales de Atención Primaria.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Establecimiento de reuniones periódicas con la U.M.E..
- Elaboración de un plan con protocolos de actuación en diversas situaciones urgentes.
- Realización de sesiones clínicas y talleres prácticos interdisciplinarios de forma periódica.
- Adecuación y puesta a punto de recursos materiales.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se piensa realizar una evaluación de partida y otra tras el período de aplicación de las correcciones necesarias.

Utilizaremos diversos indicadores, entre los que citamos el grado de satisfacción de los usuarios, urgencias atendidas, veces que se solicita la U.M.E., situaciones en las que se solicita, reuniones con U.M.E., protocolos consensuados.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

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 2004	Fecha de finalización: Abril 2005
<p>Calendario:</p> <p>Medición de los parámetros de la situación de partida entre Febrero y Junio del 2004.</p> <p>Diseño de las medidas correctoras: Junio - Septiembre 2004.</p> <p>Implantación de las medidas correctoras: Septiembre - Febrero 2005</p> <p>Segunda evaluación: Marzo 2005.</p> <p>Fín del ciclo de mejora: Abril 2005.</p> <p>Monitorización: Abril 2005.</p>	

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 fijo de pantalla plana	2.000
Copiadora de C.D.	120
Transparencias	120
Discos 3 ½ y C.D.	100
Asistencia a algún curso de interés	500
Suscripción revista de Calidad (la que aconseje Atención Primaria)	100
TOTAL	2.940 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma: Calamocha a 19 de enero de 2004

ANEXO NO ESCANEADO
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

UTILIZACIÓN ADECUADA DE "BOTIQUINES PARTICULARES" EN PACIENTES POLIMEDICADOS.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Carlos Ascoz Herrando.

Profesión Médico Centro de trabajo C.S. Monreal del Campo.

Correo electrónico: cpascoz@terra.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carmen Martínez Muñoz	F.A.S.	C.S. Monreal del Campo
Alberto G. Delgado Rayo	Médico	C.S. Monreal del Campo
Julio Montesinos Morlanes	Médico	C.S. Monreal del Campo
Pedro Palomar Marzo	Médico	C.S. Monreal del Campo
Félix Peña Clemente	Médico	C.S. Monreal del Campo
Aurelio Sánchez Fernández	Médico	C.S. Monreal del Campo
Ismael Sánchez Hernández	Médico	C.S. Monreal del Campo
Francisca Zafra Corella	Médico	C.S. Monreal del Campo
M ^a Angeles Escriche Aguilar	A.T.S.	C.S. Monreal del Campo
Corina Escusa Anadón	A.T.S.	C.S. Monreal del Campo
Concepción Gómez Cadenas	A.T.S.	C.S. Monreal del Campo
M ^a José Gómez Pérez	A.T.S.	C.S. Monreal del Campo

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- Evitar posibles confusiones con la aparición de los genéricos en la toma de medicamentos por la similitud que tienen las cajas.
- Controlar la automedicación.
- Detectar interacciones y reacciones adversas.
- Correcto almacenamiento y conservación de los fármacos.
- Correcta eliminación de fármacos caducados.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Seguimiento de los tratamientos administrados y mejora de ellos.
- Correcta administración de los fármacos.
- Evitar prescripciones innecesarias para enfermedades eventuales por disponer en los botiquines de medicamentos para tratar dichas patologías con el consiguiente ahorro en el gasto farmacéutico.
- Conocer el lugar de almacenamiento de los medicamentos para saber si están en una localización segura, fuera del alcance de los niños y en buenas condiciones ambientales de conservación.
- Control de medicamentos caducados. Informar sobre el programa SIGRE para su eliminación.

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

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

Frecuentemente los "BOTIQUINES PARTICULARES" recogen restos de antiguos tratamientos, medicamentos caducados desde hace tiempo, preparados poco usuales que se realizan para una dolencia esporádica, o unidades sueltas cuya procedencia y utilidad se olvidaron al perder la caja y el prospecto. Un botiquín con tales características deja de ser funcional para convertirse en "PELIGROSO".

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 80 pacientes seleccionados con pluripatologías que tomen 4 o más medicamentos y que estén dispuestos a colaborar.
- Aprovechar las visitas médicas domiciliarias de los 8 Médicos y 4 A.T.S. de A.P. que integran el Equipo del Centro de Salud de Monreal del Campo.
- Elaboración de un protocolo a seguir para ver la situación de partida, mediante un cuestionario común (Anexo I).

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Porcentaje de medicamentos más habituales presentes en los botiquines particulares:
 - Analgésicos
 - Antibióticos
 - Antiinflamatorios y Antirreumáticos
 - Antiácidos, antiulcerosos
 - Antihipertensivos
 - Hipolipemiantes
 - Aparato respiratorio
 - Ansiolíticos y antidepresivos
- Nº de medicamentos caducados / Nº total de medicamentos = %
- Nº de pacientes que siguen bien los tratamientos / Nº total de pacientes seleccionados = %
- Nº de pacientes que usan correctamente los medicamentos / Nº total de pacientes seleccionados = %
- Porcentaje del nº de cajas de medicamentos enteras.

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 del 2004

Fecha de finalización: Diciembre del 2004

Calendario:

- Enero y Febrero: Organización del trabajo entre los miembros del Equipo y elaboración del cuestionario.
- Marzo, Abril, Mayo y Junio: Recogida de datos en las visitas domiciliarias.
- Julio, Agosto y Septiembre: Seguimiento, reuniones y elaboración de datos.
- Octubre, Noviembre y Diciembre: Evaluación del proyecto y propuestas de actividades para mejorar la situación detectada.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION PEDIATRICA INMIGRANTE DE TERUEL”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Mercedes Montaner Cosa

Profesión: ATS/DUE

Centro de trabajo: CS Teruel Urbano

Correo electrónico:

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jesús Feliz de Vargas Pastor	Pediatra	CS Teruel Urbano
José Galán Rico	Pediatra	CS Teruel Urbano
Eva Navarro Serrano	Pediatra	CS Teruel Urbano
Ana I. Muñoz Campos	Pediatra	CS Teruel Urbano
Fernando Colas	Medico	Gerencia At. Primaria
Miguel Labay Matias	Pediatra	Hosp. “O. Polanco”
Cristina de Miguel	Pediatra	Hosp. “O. Polanco”
Adoración Adivinación Herrero	ATS	CS Teruel Urbano
Beatriz Baselga	Pediatra	CS Sarrión
Lucia Bartolomé	Pediatra	CS Utrillas
Francisco Martinez	Pediatra	CS Calamocha

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Es un hecho sobradamente conocido el incremento durante los últimos años de la población inmigrante que es atendida en nuestros Centros de Salud. En el Centro de Salud Teruel Urbano, los niños inmigrantes suponen ya el 7 % del total y ocasionan alrededor del 15 % de las consultas atendidas.

La asistencia sanitaria a la población inmigrante plantea muchas dificultades, y genera una gran carga de trabajo en las consultas de Atención Primaria. Los motivos principales por los que la atención al inmigrante es tan complicada son las diferencias idiomáticas y culturales; la ausencia de registros fiables de los antecedentes sanitarios (vacunas, enfermedades previas...) y la gran movilidad geográfica de este colectivo que dificulta su seguimiento y su inclusión en los Programas de Salud.

Por otra parte, se trata de una población con riesgos sanitarios específicos:

- En sus países de origen son muy prevalentes determinadas enfermedades infecciosas (TBC, hepatitis, VIH...) de las que pueden ser portadores y diseminarlas en la comunidad.
- También son frecuentes las enfermedades propias de ciertos grupos raciales (anemias hemolíticas...) y los problemas derivados de una mala nutrición (ferropenias, raquitismos...) o de una mala asistencia sanitaria previa (enfermedades crónicas no diagnosticadas).
- En relación a las inmunizaciones de estos niños, generalmente no existe constancia documental de que se hayan aplicado las vacunas correspondientes. Por otra parte, los calendarios vacunales son diferentes en cada país y suelen incluir menos vacunas que el actualmente vigente en Aragón. Además, en muchas ocasiones, las condiciones de conservación, mantenimiento de la cadena de frío etc. son dudosas, por lo que puede ocurrir que se les hayan aplicado vacunas inefectivas. Todos estos hechos conducen a que se este generando un grupo, cada vez mas amplio, de niños mal vacunados: lo que a largo plazo podría conducir a la aparición de brotes epidémicos de enfermedades prevenibles mediante la vacunación.

Al objeto de mejorar la asistencia sanitaria de los niños inmigrantes y tratar de prevenir los problemas descritos: se ha implantado en Teruel capital un protocolo de asistencia, de manera conjunta entre los Servicios de Pediatría del Centro de Salud y del Hospital Obispo Polanco. Dicho protocolo se pretende hacer extensivo a todo el Sector sanitario de Teruel a través de este Proyecto.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

OBJETIVO GENERAL

Asegurar una situación sanitaria en los niños inmigrantes similar a la que disfrutaban los niños españoles.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Realizar una anamnesis y exploración física completa a todos los niños inmigrantes.
- 2.- Incluir a estos niños en el Programa del Niño sano correspondiente a su edad.
- 3.- Revacunarlos según el calendario acelerado, independientemente de su estado vacunal previo.
- 4.- Realizar las pruebas complementarias pertinentes para descartar que padezcan alguna de las patologías prevalentes en sus países de origen (TBC, hepatitis, HIV...)

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

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

Puesto que nos encontramos ante un problema emergente, carecemos de datos concretos acerca de la situación sanitaria de los niños inmigrantes. La impresión subjetiva entre los profesionales es que el grado de control de estos niños es inferior al de los españoles.

No obstante, conocemos algunas cifras parciales a través de una muestra tomada en un cupo de Pediatría del Centro de Salud de Teruel:

- Se revisó la vacunación de los niños inmigrantes atendidos por primera vez entre el 1º de Noviembre de 2002 y el 1º de Noviembre de 2003. Se consideró bien inmunizado si en la Historia constaban como administradas todas las vacunas correspondientes a su edad. Durante este periodo se atendieron a 20 nuevos niños, de ellos 14 no tenían registro de las vacunas recibidas, lo que supone el 70 %. Para compararlo con la situación de los niños españoles, se seleccionó un grupo control emparejando para cada niño inmigrante un niño turolense nacido el mismo día o los inmediatamente posteriores. En este grupo, la inmunización era correcta en el 100 % y estaba adecuadamente registrada.
- En esa misma muestra, encontramos que 6 de los 20 niños (30%) no tenían ni siquiera abierta la Historia Clínica.
- Revisadas las pruebas complementarias realizadas en 60 niños procedentes de otros países encontramos que al 50 % no se le había hecho ninguna prueba, al 50 % se le efectuó hemograma y bioquímica, a un 25 % se le realizaron serologías y a otro 25 % parásitos en heces.

Consideramos que esta situación puede deberse a varios factores:

- La dificultad con el idioma, así como las diferencias culturales, hacen muy difícil el convencer a estos padres de la importancia de las vacunaciones y de los controles periódicos de salud.
- La movilidad geográfica de este colectivo dificulta su seguimiento a lo largo del tiempo.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Proponemos iniciar un Programa Atención al Niño Inmigrante, dirigido a:

- Niños extranjeros, exceptuando los precedentes de Europa Occidental, EEUU, Canadá y Australia, que acudan por primera vez a Consulta a partir del uno de Enero de 2004.
- Niños hijos de inmigrantes, nacidos en Teruel también a partir de esa fecha.
- Niños nacidos de matrimonios mixtos.

El ámbito geográfico de aplicación sería todo el Sector Sanitario de Teruel.

En ese protocolo (que se adjunta) se diferencian los niños nacidos en el extranjero de los nacidos en España.

En el primer caso, se recogen datos de filiación, antecedentes familiares y personales, anamnesis y exploración física. A todos los niños se les realizará la prueba de Mantoux y una analítica con hemograma, estudio de hierro, Calcio y fósforo, serología de VIH y hepatitis, combur o sedimento de orina, y parásitos en heces.

Todos los niños será revacunados según el calendario acelerado, independientemente de su estado vacunal previo.

Para los niños nacidos en España se seguirá el programa del Niño Sano habitual, pero se registrará específicamente el cumplimiento de las visitas programadas y de las vacunaciones.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

SISTEMA DE REGISTRO

Independientemente del registro de los datos en la historia clínica ordinaria, adjuntamos una hoja específica de control para los niños nacidos en el extranjero y otra para los nacidos en España. En el segundo caso solo habría que registrar los datos de filiación, el cumplimiento de revisiones y vacunas y los posibles anomalías que se pudieran encontrar.

Por otro lado, estas hojas de registro servirían para saber los niños que están incluidos en el protocolo a la hora de evaluarlo.

EVALUACIÓN

Se realizará una evaluación de los resultados al año de iniciar el Programa mediante la revisión de las hojas de registro y, si es necesario, de las Historias Clínicas.

En esta revisión se computará el número de niños que han sido revacunados, el número de exploraciones complementarias realizadas y cuantos niños tienen registrada anamnesis y exploración física.

Dado que este es un proyecto a largo plazo, en dependencia de los resultados que obtengamos se establecerán las medidas correctoras pertinentes.

INDICADORES

Los indicadores a utilizar serian:

$$\% \text{ NIÑOS REVACUNADOS} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ NIÑOS VACUNADOS} *}{\text{N}^{\circ} \text{ NIÑOS INCLUIDOS EN PROGRAMA}} \times 100$$

* Niños vacunados: Niños con calendario vacunal correcto para su edad

$$\% \text{ NIÑOS EXPLORADOS} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ NIÑOS CON ANAMNESIS Y EXPLORACION}}{\text{N}^{\circ} \text{ NIÑOS INCLUIDOS EN PROGRAMA}} \times 100$$

$$\% \text{ MANTOUX} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ MANTOUX REALIZADOS}}{\text{N}^{\circ} \text{ NIÑOS INCLUIDOS EN PROGRAMA}} \times 100$$

$$\% \text{ SEROLOGIA} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ SEROLOGIAS REALIZADAS*}}{\text{N}^{\circ} \text{ NIÑOS INCLUIDOS EN PROGRAMA}} \times 100$$

* Serología de hepatitis B, hepatitis C y VIH

$$\% \text{ BIOQUÍMICA} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ BIOQUÍMICA REALIZADA} *}{\text{N}^{\circ} \text{ NIÑOS INCLUIDOS EN PROGRAMA}} \times 100$$

* Bioquímica realizada: al menos dos entre bioquímica general, calcio y fósforo, hierro y ferritina.

$$\% \text{ HEMOGRAMAS} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ HEMOGRAMAS REALIZADOS}}{\text{N}^{\circ} \text{ NIÑOS INCLUIDOS EN PROGRAMA}} \times 100$$

$$\% \text{ ORINAS} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ ORINAS REALIZADAS*}}{\text{N}^{\circ} \text{ NIÑOS INCLUIDOS EN PROGRAMA}} \times 100$$

* Orinas: sedimento o tira reactiva.

$$\% \text{ PARASITOS} = \frac{\text{N}^\circ \text{ ESTUDIOS PARASITOS REALIZADOS}}{\text{N}^\circ \text{ NIÑOS INCLUIDOS EN PROGRAMA}} \times 100$$

Para los niños nacidos en España, los indicadores serían:

$$\% \text{ NIÑOS VACUNADOS} = \frac{\text{N}^\circ \text{ VACUNADOS}^*}{\text{N}^\circ \text{ NIÑOS INCLUIDOS EN PROGRAMA}} \times 100$$

* N° vacunados: niños con todas las vacunas correspondientes a su edad.

$$\% \text{ REVISIONES} = \frac{\text{N}^\circ \text{ NIÑOS CON REVISIONES COMPLETAS}^*}{\text{N}^\circ \text{ NIÑOS INCLUIDOS EN PROGRAMA}} \times 100$$

* Niño con revisiones completas: todas las correspondientes a su edad

Como se ha señalado anteriormente, carecemos de datos sobre la situación inicial, por lo que las cifras a alcanzar en el cumplimiento de cada indicador son especulativas. No obstante, basándonos en las cifras parciales obtenidas en el Centro de Salud de Teruel, nos proponemos alcanzar:

- 70 % de niños bien revacunados.
- 80 % de niños con anamnesis y exploración completa.
- 70 % de cumplimiento para cada prueba complementaria.

Para los niños nacidos en España proponemos llegar a:

- 80 % de niños con vacunación correcta
- 80 % de revisiones completas

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

El estudio comenzaría el 1 de Enero de 2004; sin existir una fecha concreta de finalización, sino que se modificará anualmente en dependencia de los resultados obtenidos

Fecha de inicio: 1 De Enero de 2004

Fecha de finalización:

Calendario:

RECOGIDA DE DATOS: Desde el 1 de Enero al 31 de diciembre de 2004

EVALUACION: Diciembre de 2004

MEDIDAS CORRECTORAS: Enero 2005

CONTINUACION RECOGIDA DATOS: Desde 1 de Enero a 31 de Diciembre de 2005

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

REALIZACION DE UNA AUTOEVALUACION SEGÚN EL MODELO EFQM, ADAPTADO A INSTITUCIONES SANITARIAS, Y REALIZACIÓN DE UNA GUÍA DE APLICACIÓN PRÁCTICA, COMO MEDIO DE DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos SANTIAGO VALDEARCOS ENGUIDANOS

Profesión MEDICO Centro de trabajo CS TERUEL URBANO

Correo electrónico: svaldearcos@salud.aragob.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Angel Gutierrez Corduente	Médico	CS Teruel Urbano
Montserrat Simó Piñol	Médico	CS Teruel Urbano
Joseph Majó Llopart	Médico	CS Teruel Urbano
Laura García Franch	Médico	CS Teruel Urbano
Marcos Solsona Abadias	Médico	CS Teruel Urbano
Nuria Busquets Vallbona	Médico	CS Teruel Urbano
Laura Navarro Massip	Médico	CS Teruel Urbano
Luiza Fatahi Bandpey	Médico	CS Teruel Urbano
Cristina Cubero Berges	Administrativo	CS Teruel Urbano
Angelina Herrero Pérez	Administrativo	CS Teruel Urbano
Oscar Esteban Nadal	ATS/DUE	CS Teruel Urbano
José M ^a Torres López	Celador	CS Teruel Urbano
José Galán Rico	Pediatra	CS Teruel Urbano
Carmen Miedes Frías	Administrativo	CS Teruel Urbano
Miguel Castillo Guillamón	ATS/DUE	CS Teruel Urbano

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Los Equipos de Atención Primaria se enfrentan a diario a multitud de problemas que abarcan todas las áreas de trabajo, ya sea en sentido vertical, hacia los usuarios o hacia los niveles jerárquicos superiores, y en sentido horizontal, con el resto de compañeros del equipo y con el entorno en el que se desempeñan las tareas. No basta con detectar uno de ellos y solventarlo para considerarnos satisfechos.

Por ello, la aplicación del concepto de calidad y mejora de la calidad se amplía hasta los horizontes de la calidad de la excelencia, es decir, analizar todos los problemas existentes mediante el sistema de evaluación EFQM para detectar las áreas de mejora susceptibles de mejorar.

No menos importante resulta detectar todas aquellas cosas que se realizan correctamente o puntos fuertes de la organización y mantenerlos de forma continuada.

Por todos estos razonamientos, en los Contratos de Gestión del año 2003, se establecen para algunos centros, la obligación de realizar una autoevaluación siguiendo el modelo EFQM, que les sirva de guía y autoreferencia para los años posteriores.

Sin embargo, la formación que los profesionales reciben al respecto, queda lejos de situarse en niveles básicos para todos los miembros, por lo que se recurre a la formación de evaluadores internos que se encarguen de introducir al resto de compañeros en la cultura EFQM.

Detectada la importancia de la aplicación del modelo, el material disponible en la actualidad queda lejos de estar cercano metodológicamente de los profesionales, y muy cerca de la abstracción que implican muchos de los criterios a evaluar, lo que crea desconcierto y desconfianza entre los mismos para la utilización de dicho modelo.

Este proyecto pretende, a la par que se realiza la evaluación según el modelo EFQM, **realizar una guía práctica de evaluación en centros de salud**, que clarifique todos los criterios y fundamentalmente nos haga entender "dónde y cómo" se encuentra la información que responde a las preguntas y cual es la forma más ajustada a la realidad que nos puede servir para obtener orientación en aquellos criterios "más abstractos" y que no se analizan con documentos propiamente dichos.

Se pretende de una manera probablemente ambiciosa, crear un documento guía para que cualquier profesional de Atención Primaria sea capaz de realizar una evaluación sin dudas ni reticencias, cual un "manual de montaje o instrucciones", más allá del simple modelo escrito que "todos recibimos y pocos entienden".

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Los resultados que se esperan obtener son varios:

- Obtención de una autovaloración que nos permita los años siguientes compararnos y ver la evolución y tendencias de nuestro centro
- Creación de una guía "fácil" que sea difundida al resto de Equipos y no encuentren dudas sobre la sencillez de aplicación del modelo
- Concienciar al equipo que la cultura de la calidad y la excelencia debe ser integrada en todas las actividades diarias del centro como objetivos para mejorar la satisfacción de los usuarios y la mejor eficacia de nuestras actividades y tareas

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

Durante los 3 últimos años, nuestro centro de salud ha participado en las actividades de mejora de calidad de forma continuada, auspiciado bajo la iniciativa del SALUD y las becas que convoca.

Ello no significa que con este primer paso se haya conseguido que el centro asimile la cultura de la calidad fuera de estas iniciativas, por lo que se pretende establecer un sistema o método que haga que los diferentes profesionales del centro se integren de forma permanente en esta cultura de la excelencia.

Hasta hace poco el modelo EFQM estaba enfocado básicamente a las empresas privadas, en las que se comercia con cosas tangibles, para ir pasando progresivamente al entorno sanitario, en el que la salud deja de ser un objeto puramente tangible. Por ello, inicialmente, las aplicaciones eran más asociadas a las Direcciones o Gerencias, y a los Hospitales, en los que las relaciones con proveedores externos estaban más claramente establecidas.

Surgió entonces el modelo adaptado aplicado a los centros sanitarios, que se impone como el modelo más apropiado para los Centros de Salud, y que es el que vamos a aplicar en nuestro proyecto, siendo además de enorme utilidad¹. Este modelo es aplicable para efectuar la autoevaluación del sistema de gestión, tanto de una organización en su conjunto (Hospital, Área sanitaria o Sector), como de Unidades dentro de ella (Unidades de Gestión clínica, Servicios, Centros de Salud, etc.).

El centro de Salud de Teruel es un centro Urbano que atiende a más de 32.000 habitantes, además de una población flotante no censada ni con TIS de aproximadamente 6.000 personas. Tiene asignados 3 anejos de menos de 200 habitantes cada uno. El personal está compuesto por 14 médicos de familia, 3 pediatras, 15 ATS/DUE, 8 administrativos, 5 celadores, una auxiliar de clínica y 7 MIR, con una media de 2019 TIS por médico y 1450 por pediatra (a fecha 17 diciembre de 2003).

Queda reflejada en las cifras la sobresaturación que conlleva la asistencia, por lo que el funcionamiento del mismo y las actividades diarias se ven afectados por multitud de problemas, muchos de ellos cronicados por el paso de los años sin encontrarse soluciones. Destacar que las reclamaciones van aumentando de una forma proporcional año a año .

Una evaluación EFQM reflejaría hasta qué punto toda esta situación descrita afecta de forma clara al conjunto de las actividades y las tareas.

1.- Gené-Badía J et al. El modelo de excelencia de calidad EFQM es útil para los equipos de Atención Primaria. CENTRO DE SALUD. Noviembre 2001. p 595-598

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Se realizarán 6 horas de formación por parte de un evaluador interno a todos los miembros del equipo de mejora, exponiéndoles el modelo adaptado y facilitándoles cuanta bibliografía estime oportuno.

Se realizarán reuniones periódicas tras el reparto de los miembros en grupos de trabajo para analizar los diversos criterios, coordinadas por un miembro, bajo supervisión directa del responsable del proyecto.

En cada reunión, se tiene que extraer y anotar las fuentes de información utilizadas y en base a qué razonamientos se han dado respuestas a los apartados de cada criterio, como elementos de una guía fácil de uso.

Cada grupo se encargará de realizar la edición provisional de su parte de la guía, que será utilizada en otras sesiones por otro grupo para aplicarla al mismo criterio, para ver la concordancia en los resultados al utilizar la guía como elemento de apoyo.

En una sesión de trabajo completa, todo el equipo perfilará la guía, con los matices que se aporten por cada grupo de trabajo, a la vez que se pondrán en común los resultados obtenidos en la autoevaluación propiamente dicha.

El responsable del proyecto realizará el documento final o memoria con todos los datos puestos en común y los resultados obtenidos, siendo expuesto todo ello a modo sesión al equipo completo, para determinar los últimos retoques o modificaciones del informe final de resultados y de la guía de uso.

Se promoverá una reunión del Equipo de Atención Primaria Teruel urbano para explicarles la autoevaluación, los puntos fuertes y los puntos de mejora, con propuestas de ciclos de mejora para cada uno de ellos que pueden ser asumidos por los profesionales, en miras de una próxima autoevaluación programada al año siguiente.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Una vez realizada la autoevaluación, el equipo se compromete a repetirla de forma periódica para ver la evolución que se sigue, intentando que sean todos los miembros del EAP organizados por criterios los encargados de realizarla, y comprometidos a elaborar un informe o memoria final.

Asimismo se evaluará la validez de la guía de uso, actualizando los puntos que sea pertinente por las evoluciones del propio modelo

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 2004

Fecha de finalización: JUNIO 2004

Calendario:

FEBRERO 2004: FORMACION FORMAL EQUIPO MEJORA Y REPARTO RESPONSABILIDADES

FEBRERO 2004: FORMACION EN EL MODELO EFQM A LOS MIEMBROS (6 HORAS) Y ESBOZO DE LA GUIA DE APLICACIÓN

MARZO 2004: REUNIONES POR SUBGRUPOS PARA ANALISIS DE LOS CRITERIOS Y PUESTA EN COMUN CON EL RESPONSABLE PRINCIPAL.

ABRIL 2004: EVALUACION PER SE, CON DETECCION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

MAYO 2004: ELABORACION DOCUMENTO FINAL, Y GUIA DE APLICACIÓN

JUNIO 2004: PRESENTACION A LA DIRECCION Y AL SECTOR

JUNIO 2005: REEVALUACION

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<i>Material / Servicios</i>	<i>Euros</i> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
ORDENADOR PORTATIL (P4, 3,0 Mhz, 128 Mb GRAFICA, 512 Mb RAM, 80 Gb HDD, TFT 15'1", GRABADORA DVD DUAL, RED 10/100, MODEM, USB2, ENTRADA SEÑAL VIDEO).	1900
MANDO DISTANCIA CANON PARA CAÑON MULTIMEDIA CON RATON INCORPORADO Y PUNTERO LASER	110
MATERIAL FUNGIBLE ENCUADERNACION (TAPAS DURAS PLASTICO, ESPIRALES TAMAÑOS VARIADOS, GRAPAS DE GRUESO, CINTAS VIDEO MiniDV VIRGENES)	400
6 HORAS (2 TARDES) SESIONES FORMATIVAS PRÁCTICAS SOBRE EFQM (72€/HORA)	432
TOTAL	2842 € Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:
19 DE FEBRERO DE 2004
FDO. SANTIAGO VALDEARCOS ENGUIDANOS

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

CICLO DE MEJORA EN LA CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA DEL PACIENTE QUE ACUDE A URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Eduardo Comas Ribas

Profesión: Médico Centro de trabajo: C. S. Cedrillas

Correo electrónico: buzsan.cs08@gpte04.insalud.es
quintopino@wanadoo.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Pradel Cebrián	Médico	C.S. Cedrillas
Concha Sánchez Rubio	Enfermera	“
Ana Isabel Pérez Herrera	Enfermera	“
M ^a Cruz Bou Sancho	Administrativo	“
M ^a Angeles Alepuz Tudela	FAS	“
Juan Jose Manero Pérez	Médico	”
Jose Antonio Bernad Gimeno	Médico Refuerzo	”
Cristina Martínez Navarro	Médico Refuerzo	”
Ana Pradas Vicente	Enfermera Refuerzo	”
Mercedes Pradas Sanchez	Enfermera Refuerzo	”
Sonia Guillen Sancho	Enfermera Refuerzo	”

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

- Deficiente comunicación entre el servicio de urgencias –atención continuada- y el médico de Atención primaria..
- La importancia y utilidad del proyecto viene dada por la posibilidad del desconocimiento por parte del médico de atención primaria de una patología del paciente, y su falta de seguimiento, así como las repercusiones legales que ello conlleva.
- Se ha detectado la falta de coincidencia del número de urgencia atendidas con el número de hojas rellenadas
- Utilización por parte del usuario del servicio de urgencias para otras actividades (toma de tensiones, recetas etc.)
- No adecuación del material y aparataje de urgencias.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar la continuidad de la asistencia del paciente que acude a urgencias.
- Conocer por parte del médico de AP la patología de un paciente, aunque este no acuda posteriormente a consulta.
- Mejorar la legibilidad de los informes de urgencias
- Conocer las características de las urgencias habidas
- Optimizar los recursos farmacológicos
- Solicitar, si procede, la inclusión de algún fármaco en el botiquín de urgencias
- Conocer la adecuación del material de urgencias
- Los usuarios que acuden al servicio de urgencias acuden por motivos urgentes (reales o sentidos)

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

- Falta de cumplimiento de la hoja de urgencias.
- Las hojas de urgencias no llegan al médico de cabecera
- Perdida de información
- Falta de concienciación de la importancia de su cumplimiento
- Ilegibilidad de algunas de esas hojas
- Incorrecta canalización de las hojas
- Se recoge como fuente de información el libro de registro de urgencias, comparándose con el total de hojas rellenadas.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Disponer de hojas de informe de urgencia en la cantidad suficiente
- Reunión profesionales de AP y profesionales de Refuerzo para determinar criterios uniformes a la hora de rellenar la hoja de urgencias
- Recogida diaria por parte del administrativo de dichas hojas.
- Entrega de dichas hojas, diariamente al médico de AP

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Comparación entre el libro de registro de urgencias y el total de hojas rellenadas
 - Antes de iniciar las actividades de mejora
 - En un corte efectuado a mitad de año el 80% de las urgencias tengan la hoja rellenada.
- % de hojas legibles
 - Antes de iniciar las actividades de mejora
 - En un corte a final de año que el 75% de las hojas sean legibles
- Evaluar grado de cumplimentación de los ítems acordados
 - Que el 90% consten en las hojas

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: Marzo 2004

Fecha de finalización: Octubre 2004

Cronograma: Marzo 2004. Evaluación estadística de la situación. % de hojas rellenadas. % de legibles

Abril 2004. Consenso de ítems en cada hoja, consensuar puntos de mejora

Julio 2004. Evaluación de problemas aparecidos

Septiembre 2004. Re-evaluación estadística de la situación y evaluación de las mejoras obtenidas

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 2004

1.- TÍTULO

CICLO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO CON EL OBJETO DE AUMENTAR SU CALIDAD DE VIDA-ESTUDIO ANTES-DESPUÉS.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: M ^a Antonia Roca Muñoz	
Profesión ENFERMERA	Centro de Trabajo C.S. Mora de Rubielos
Dirección C/ Pedro Esteban, 4	
Localidad: Mora de Rubielos	C.P. 44400 Provincia: Teruel
Teléfono 978 806201	Fax: 978 806209
Correo Electrónico: antoniaroca@arcsa.net	

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo (si es distinto)
Alicia Arnau Fuertes	matrona	CS de Mora de Rubielos
M ^a Angeles Alepuz Tudela	Farmacéutica	"
Domingo Mora Palomares	Médico	"
Juan Güell Ayuda	Médico	"
Juan José Gimeno Serrano	Médico	"
José Aznar Morro	Enfermero	"
José Luis Benavent Doménech	Médico	"
Luis Argiles Hernández	Enfermera	"
Isabel Liceras Fuster	Médico	"
Luis Costart Tafalla	Médico	"

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Partiendo del estudio descriptivo realizado en las mujeres menopaúsicas de nuestra zona de salud en el año 2003, detectamos las siguientes oportunidades de mejora:

- Bajo nivel de conocimientos en las mujeres en la época del climaterio respecto a las repercusiones fisiológicas y psicológicas de dicha etapa percibido durante la entrevista individual.
- Percepción de empeoramiento de su salud física respecto a antes de la

- menopausia en un 20% de las mujeres a estudio.
- Físicamente la sintomatología climatérica más frecuente son las artromialgias, cefaleas, parestesias y sudoraciones o sofocos.
 - Psicológicamente encontramos que un 13,7 % se siente deprimida.
 - En la dimensión sexual vemos que.
 - ha disminuido algo o mucho la frecuencia en un 55% de las mujeres
 - son poco o nada satisfactorias en un 16%
 - no le apetecen casi nunca o nunca a un 30%
 - la pérdida de interés es mucha o bastante en el 19 % de las mismas

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES EN EL PERIODO CLIMATÉRICO INCLUIDAS EN EL PROYECTO DE CALIDAD

- Conseguir la participación de la mayoría de mujeres incluidas en el grupo de estudio.
- Aumentar los conocimientos fisiológicos sobre el climaterio de las mujeres incluidas en el proyecto.
- Mejorar su comprensión sobre los síntomas psicológicos que acompañan esta etapa: Incrementar su autoestima.
- Mejorar los problemas detectados en el área sexual.
- Dar a conocer los ejercicios para fortalecer el suelo pélvico.
- Informar sobre hábitos higiénico dietéticos saludables
- Incrementar su confianza en los profesionales sanitarios para solucionar sus problemas de salud.
- Mejorar la formación de los profesionales.

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.- FECHA DE INICIO : 01-01-04

8.- PLAN DE MEJORA

8.1.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Por medio del estudio descriptivo realizado a nuestra población de mujeres climatéricas se detectan los problemas citados en el punto 4, y esto nos hace desarrollar un ciclo de mejora basado en Educación para la Salud.

8.2.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Diseño de evaluación tipo antes después con la utilización del cuestionario MENCAV que mide la calidad de vida de mujeres post menopáusicas.
- **Ámbito de aplicación:** Mujeres climatéricas pertenecientes a la zona de salud de Mora de Rubielos (Teruel).
- **Población diana:** Mujeres entre 47 y 59 años (ambas inclusive) con más de 6 meses de amenorrea o con menos pero con dos o más signos climatéricos.
- **Criterios de Inclusión:** población diana que pertenece al área de salud. Se pidió su consentimiento informado verbal para participar en el estudio.
- Se comienza citando a las mujeres , primero por carta y si no acuden se les vuelve a citar por teléfono.
- Las mujeres incluidas en el estudio contestan el cuestionario MENCAV. Se tratan de forma anónima los datos y los cuestionarios se identifican por el número de historia clínica para confrontarlos en el análisis posterior.
- El cuestionario se administra en forma de entrevista y valora 5 niveles:
 - físico, psicológico, relaciones sexuales, de pareja y sociales.
 - En función de los resultados obtenidos de los cuestionarios se estructuran el Programa de Educación para la Salud que vamos a realizar.
 - Este programa consta de charlas informativas a las mujeres con los siguientes temas :
 - -salud física :repercusiones fisiológicas del climaterio.
 - -salud psíquica :conocimiento de los síntomas psicológicos de esta etapa ,mejora de la autoestima,síndrome del nido vacío...
 - -relaciones sexuales :comprender la respuesta sexual en esta etapa .
 - - educación dietética :- alimentación saludable que no ayude en los

problemas mas frecuentes de esta etapa –osteoporosis,dislipemias y aumento de peso-.

- -higiene postural .Ejercicios para reforzar el suelo pélvico .Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Las charlas se imparten de forma que interviene todo el equipo :médicos ,enfermería ,matrona y farmacéutica.
- Al final de cada charla se realiza una sesión de ejercicios y relajación.
- Después de dejar un tiempo de sedimentación y de cambio de actitudes ,se vuelve a pasar de nuevo el cuestionario MENCAV para valorar si se ha producido mejora en la calidad de vida de las mujeres a estudio.

- El análisis de datos posterior nos ayudará a averiguar la eficacia de la intervención y el posible ajuste de la misma.

8.3.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

- Enero: análisis de los resultados obtenidos en el estudio descriptivo previo . Se consensuan los temas a tratar en las charlas y que miembro del equipo se encarga de cada una de ellas .
- Febrero: se establecen los lugares y fecha de realización de las charlas .Cada miembro del equipo expone su trabajo a los demás para detectar posibles deficiencias en las exposiciones.
- Marzo :se imparten las charlas a las mujeres del estudio así como las sesiones de ejercicios.
- Septiembre :se cita a las mujeres para que respondan al cuestionario una vez realizada la intervención.
- Octubre: Recogida de los datos obtenidos .
- Noviembre y Diciembre: tratamiento de los datos recogidos en los cuestionarios pre y post intervención y elaboración de las conclusiones más relevantes.

8.4.- INDICADORES DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Evaluación del trabajo a través del cuestionario que miden calidad de vida (cuestionario MENCAV). Los parámetros que mide son: salud física, salud psíquica , relaciones sociales, relación de pareja y soporte social.

Se realizará de la siguiente manera:

- Pasando el cuestionario una primera vez :obtención de los datos de partida.
- Educación para la salud en base a necesidades detectadas
- Pasando el cuestionario una segunda vez
- Analizar los datos en comparación al primer cuestionario : nos permite valorar la eficacia del programa de Educación para la salud realizado.

Adjunto se remite el cuestionario MENCAV que se empleará en el proyecto

9.- 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
Impresora Canon i350 Bubble jet	84,90€
Confección e impresión de poster	53 €
Material de Oficina	100 €
Formación. Asistencia a Congreso de Calidad 2004	1500€
TOTAL:	1737,90 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ACTUALIZACION EN LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos MILAGROS DIAZ GARCIA

Profesión SUPERVISORA DE ENFERMERIA Centro de trabajo HOSPITAL SAN JOSE

Correo electrónico: mdiazg@aragob.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Fernando Tomas Rueda	Médico aten. primaria	Hospital San José
Mercedes Forcano García	Médico esp.en geriatría	Hospital San José
Ana M^a Gracia Merlé	Trabajador social	Hospital San José
Raquel Martinez Blasco	Técnico de Gestión	Hospital San José

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- **Registrar todas las hojas de evaluación de enfermería sobre soporte informático.**
- **Facilitar la práctica diaria de enfermería.**
- **Acceso rápido a la información registrada por el profesional de enfermería.**
- **Instrumento de consulta tanto para la enfermera como para los facultativos a cerca de las hojas de enfermería.**

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- **Garantizar que cada vez que ingrese un paciente en nuestro Centro, enfermería tendrá que dejar constancia tanto en la historia clínica como en la base de datos de todas las hojas de valoración de enfermería.**
- **Visualizar cualquier dato que sea relevante a cerca de los registros en los cuidados de enfermería.**
- **Tener datos accesibles que puedan servir para potenciar la labor investigadora de enfermería.**
- **En general, favorecer el trabajo de los profesionales de la enfermería adecuándolo al Siglo XXI.**

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

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

- **ACTUALMENTE PARTIMOS DE UNA SITUACION DE CARENCIA DE HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA EMPRENDER ESTA VISION.**
(Ausencia de ordenadores e impresoras en los controles de enfermería).

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- **Crear un programa informático para que en cada uno de los pacientes ingresados, se puedan llevar a cabo distintas áreas de mejora de estudio de enfermería:**
 - **Hoja de Valoración de Enfermería al ingreso.**
 - **Test de Pfeiffer.**
 - **Test de Barthel.**
 - **Valoración del estado nutricional**
 - **Hoja de Cuidados de enfermería: úlceras por presión.**
 - **Registro de caídas de pacientes ingresados.**
 - **Alta de enfermería.**
- * **Los responsables serán tanto la Dirección de Enfermería como la Supervisión de enfermería como los/as enfermeros/as del Centro.**

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- **Una vez creado el programa, e introducidos todos los datos, Mensualmente, se revisarán todos los ingresos comprobando que cada uno de ellos, tenga registradas todas las Actuaciones de enfermería.**

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:

- Se iniciará el proyecto una vez que contemos con todas las herramientas necesarias para la realización del mismo.
- No tiene fecha de finalización . Periódicamente y contando con la aprobación de todo el equipo de enfermería, se irán añadiendo nuevos valores que potencien la importancia de los **CUIDADOS ENFERMEROS** sobre todo en un Centro Socio-Sanitario.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

1.- TÍTULO

Programa de Detección y Asistencia del Riesgo Social en el Hospital General Obispo Polanco de Teruel y su Área Asistencial

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: M^a Francisca Berisa Losantos

Profesión: Médico Centro de trabajo: Hospital Obispo Polanco

3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: Julio 2002

Fecha de actualización: Enero 2004

4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar 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

En el segundo trimestre de 2003, dejó de trabajar en nuestro centro la Trabajadora Social Mercedes Muñoz León. La vacante no se cubrió hasta tres meses después, siendo sustituida por Belen Plaza Baquedano, que se incorporó al equipo de mejora.

Respecto al desarrollo del proyecto, ha ido según el cronograma en las acciones, intervenciones y resultados esperados. No hemos podido visitar personalmente los Centros de Salud. Como reunir a los Facultativos de cada área no es sencillo, decidimos hacerlo a la vez que se les presentaban proyectos que otras áreas tenían pendientes y son éstos los que se han pospuesto.

5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

1.- Evaluación del Funcionamiento del programa.

En Febrero de 2003 se hizo el tercer estudio sobre la cobertura que estaba presentando el Programa. Se evaluaron todos los enfermos ingresados en una semana (155), determinando el porcentaje de remisión, en los plazos requeridos, a Trabajo Social de los pacientes que presentaban algún indicador de Riesgo Social al Ingreso.

En Junio de 2003, cuando el programa llevaba implantado once meses, se hizo una evaluación global de su funcionamiento. Se estudiaron el indicador de actividad y los de utilización por los profesionales y por los usuarios.

Se valoró el resultado de la encuesta telefónica de satisfacción que, aunque no validada, era un índice de la aceptación de este servicio.

2.- Revisión y ampliación de los criterios de detección de Riesgo Social.

Se estudiaron todas las remisiones a Trabajo Social durante los once meses de vigencia del programa. Valorada la casuística se reelaboraron los criterios y se introdujo la remisión desde Consultas Externas. Así mismo se elaboró una explicación de términos y se rediseñaron nuevos impresos de derivación a Trabajo Social y el de intervención.

3.- Extensión del programa.

Se mantuvieron varias reuniones con el personal de enfermería de Consultas Externas y Urgencias para implantar el programa en esas áreas.

El programa de detección del riesgo social reelaborado se envió nuevamente a todos los Servicios tanto médicos como de enfermería, asistenciales y no asistenciales del Hospital.

A través de la Dirección de Atención Primaria se ha puesto en conocimiento de todos los Centros de Salud, facilitándoles teléfono y Fax de contacto directo con Trabajo Social.

4.- Voluntariado

Se han mantenido contactos con diferentes organizaciones de voluntariado.

Contamos con un pequeño grupo que atiende casos de hospitalizados.

Hemos iniciado reuniones con responsables de la Asociación Española contra el Cáncer. Están dispuestos a ayudar a pacientes no oncológicos.

5.- Los resultados del primer año se presentaron en el Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial en Oviedo en Octubre de 2003

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

- Se ha creado una estructura estable y organizada para atender las necesidades sociosanitarias de nuestros usuarios, involucrando a todos los estamentos en esta atención, facilitando intervenciones rápidas y previsión de necesidades al alta.
- Las intervenciones de trabajo social casi se han duplicado. El indicador de actividad, en los once primeros meses ha estado por encima del 7% de los pacientes ingresados (509 pacientes). Pero el sistema, organizado y planificado, ha ahorrado recursos humanos y aumentado su satisfacción.
- El 70,5% de los casos fueron atendidos por demanda de los profesionales. El 29,5% fue solicitada directamente por los usuarios, la mayoría de stos para solicitar asesoramiento sobre prestaciones. Se han evitado colas y esperas innecesarias.
- Hemos podido elaborar y validar los criterios de Riesgo Social para nuestro medio y recursos. Los indicadores de adecuación están por encima del 96%.
- La detección de Riesgo Social y su asistencia se ha extendido al área de Urgencias y Consultas Externas.
- Se ha establecido un sistema de comunicación con los Centros de Salud y los Servicios Sociales de base, para asegurar la continuidad en la atención. El 25% de los pacientes atendidos por Trabajo Social son referidos a los de base y en un 55% más se contacta para informarles de la intervención realizada. Si se considera necesario también se informa a los Centros de Salud.
- La previsión de necesidades al alta y la pronta intervención han ahorrado estancias innecesarias y posibilitado la ubicación correcta del paciente al alta.
- Es un importante paso en la atención integral del paciente.

7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

- Seguir afianzando la utilización del programa en todas las áreas hospitalarias, evaluando, sobre todo, su utilización en Consultas Externas y Urgencias y aumentar la colaboración con Atención Primaria.
- Implementar la utilización de la Historia Social, adjuntando la misma al historial del paciente.
- Crear la estructura que permita a los trabajadores que vayan incorporándose al Hospital conocer el programa.
- El tema **prioritario** de este año es disponer de un voluntariado estable y formado para atender a los usuarios sobre todo en el área de Consultas Externas. A las mismas acuden muchos pacientes mayores, incapacitados, extranjeros etc., que necesitan ayuda tanto para desplazarse como para seguir las indicaciones, citaciones, realización de pruebas complementarias, preoperatorios etc. Necesitamos personal para acompañamiento.
Las conversaciones iniciadas con la Asociación Española contra el Cáncer, que mantiene unas dependencias dentro del Hospital, han abierto la posibilidades de que ayuden a pacientes no oncológicos.
Nos ofrecen la estructura de su organización y aseguramiento. Por nuestra parte podemos ofrecer formación.
En la actualidad, no cuentan con personal suficiente que permita cubrir todos los turnos de mañana. Vamos a poner en marcha campañas de captación de voluntarios en prensa, radio, TV, etc. y cursos de formación que permitan conocer el Hospital, funcionamiento y estructura, y aspectos básicos de los cuidados.
- Actualizar la Guía de Recursos Sociosanitarios y la de información a los Servicios sobre recursos en casos de urgencia o fuera del horario laboral de Trabajo Social.

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Los derivados de la escasez y cambios de personal en Trabajo Social. Sólo hay dos Trabajadoras Sociales, una compartida con el Hospital San Jorge de larga y mediana estancia. Durante tres meses sólo hubo una para ambos centros y más tarde una baja laboral no sustituida.

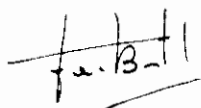
Tenemos precariedad de soporte informático y ausencia de ayuda administrativa.

Pero el proyecto ha ido adelante y estamos satisfechos del resultado.

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

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Carteles y propaganda en radio y TV para captar voluntarios.	1800
Formación de voluntariado, cursos y seminarios	1500
Curso: Metodología de la Investigación Sanitaria	600
Viajes a Centros de Salud y centros Sociosanitarios	1000
Libros y revistas	500
Ordenador de sobremesa	1500
Asistencia a reuniones o Congresos para exponer el trabajo, dos personas	1700
Aplicación informática de estadística	1500
TOTAL	10100

14 de Enero de 2004



Fdo: Francisca Berisa Losantos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Establecimiento de un ciclo de mejora en el proceso de atención integral al paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Elaboración de un proceso asistencial

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Isabel Gutiérrez Cía

-

Profesión Médico Centro de trabajo Hospital Obispo Polanco

_Correo electrónico: igutierrcia@hotmail.com

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Fernando Colás Beltrán	Médico	Dirección médica Atención Primaria
Carlos Catalán Lorente	Médico	061 - Teruel
Begoña Gambado Royo	Médico	061 - Teruel
Jesús Martínez Burgui	Médico	Urgencias. H. Obispo Polanco
José M ^a Montón Dito	Médico	UCI. H. Obispo Polanco

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Oportunidad de mejora: Disminuir la demora intra y extrahospitalaria en el tratamiento fibrinolítico del IAM prioridad I.

Importancia y Utilidad del proyecto: Está sobradamente probado por la existencia de ensayos controlados aleatorizados, que la rapidez en la instauración del tratamiento fibrinolítico se sigue de la disminución de la morbimortalidad. Por tanto, el acortamiento de los tiempos de traslado e instauración del tratamiento de reperfusión coronaria se traducirá en la mejoría en la calidad de atención a estos pacientes.

Métodos de detección y priorización empleados: Disponemos del proyecto ARIAM (análisis de retrasos en el infarto agudo de miocardio) que es una herramienta validada para el análisis de los retrasos en la atención a este tipo de pacientes y que además establece estándares de calidad .

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

GENERALES

1. Mejorar la eficiencia, adecuación y accesibilidad de los pacientes con IAM al sistema sanitario
2. Difundir entre los profesionales implicados la arquitectura de proceso para el IAM elaborada el año pasado
3. Mantener la continuidad del proceso asistencial entre todos los niveles del sistema sanitario.

ESPECÍFICOS

1. Toma de conciencia del problema entre los trabajadores del sistema sanitario
2. Formación continuada del personal de centros de salud, 061 y hospital.
3. Uso de estándares de calidad asistencial en el IAM mediante criterios objetivos y reproducibles por todos los participantes en el proceso asistencial
4. Unificación de criterios diagnósticos y terapéuticos en los diferentes escalones del proceso asistencial.
5. Mejorar la estructura de comunicaciones entre el centro de salud, 061, Urgencias hospitalarias y UCI
6. Reducir los tiempos de demora asistencial y el retraso en la aplicación de la fibrinólisis
7. Incrementar en la medida de lo posible la utilización de la fibrinólisis extrahospitalaria.

<u>6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD</u>					
Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al 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

Según los datos recogidos por el proyecto ARIAM el porcentaje de fibrinólisis en prioridad I en nuestra área es óptimo, se sitúa en el 100%, sin embargo estamos aún muy lejos de cumplir el objetivo de fibrinólisis en las dos primeras horas (3.4%, frente a 50% recomendado). La particular geografía de nuestra área de salud sitúa a una gran parte de la población alejada del centro hospitalario, lo que hace aún más prioritario el acortar al máximo los tiempos de asistencia, el uso adecuado del transporte medicalizado y la aplicación de protocolos de fibrinólisis extrahospitalaria.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Se establecerá un protocolo de comunicación entre atención primaria, 061, urgencias y UCI.
2. El equipo de mejora elaborará un manual de diagnóstico y tratamiento del IAM haciendo especial hincapié en los problemas detectados en nuestra área de salud en cada nivel asistencial.
3. Se presentaran ambos en los centros de Salud, 061 y servicios implicados en la atención al paciente con IAM, para intentar unificar los criterios diagnósticos y terapéuticos a todos los niveles
4. Se establecerá un programa de formación continua de acuerdo con las necesidades de cada escalón del proceso asistencial

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Para el análisis de la mejora en los tiempos de asistencia se utilizará la base de datos del proyecto ARIAM.

Los indicadores de calidad utilizados serán:

1. Tiempo: comienzo del dolor – contacto con el sistema sanitario
2. Tiempo: contacto con el sistema – primer ECG
3. Tiempo: Primer ECG – inicio de la fibrinólisis
4. Tiempo de llegada al hospital
5. Tiempo Urgencias - UCI
6. Porcentaje de utilización del 061
7. Porcentaje de fibrinólisis extrahospitalaria
8. Porcentaje de medidas básicas realizadas antes de la llegada a UCI

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: Marzo de 2004

Fecha de finalización: Febrero de 2005

Caleandario:

	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octubre	Noviem	Diciem	Enero	Febrero
Reuniones equipo mejora												
Elaboración del manual												
Presentación C.Salud												
Análisis mejora												
Evaluación												

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
Edición de un manual de actuación ante el IAM	2950
Ordenador portatil	1800
Gastos de desplazamiento a los 16 centros de Salud	1200
TOTAL	5950 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- Solicitudes injustificadas o inadecuadas de determinadas exploraciones radiológicas que conlleven el uso de radiación ionizante, en cumplimiento de la legislación vigente, según el RD 815/2001 sobre "Justificación del uso de radiaciones ionizantes con ocasión de exposiciones médicas".
- La utilidad e importancia del proyecto derivan por una parte del elevado número de pruebas radiológicas innecesarias o superfluas que se solicitan, y por otra, del riesgo asociado al uso de los rayos X.
- En los servicios de Radiología se constata la existencia de diferentes estilos de práctica clínica en cuanto a solicitud de pruebas ante problemas similares, y el hecho de que la frecuentación radiológica no cesa de aumentar, y especialmente la de aquellas técnicas que suponen una mayor dosis de radiación.
- La protección radiológica, en primer lugar a través de la justificación, es siempre un objetivo prioritario en los servicios de Radiología.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Asistenciales:** reducción de la dosis de radiación recibida por la población atendida y adelanto en el diagnóstico, al evitar pruebas intermedias y de bajo rendimiento.
- Administrativos y de gestión:** utilización racional de recursos y reducción de las listas de espera para algunas pruebas.
- Formativos:** actualización de los médicos prescriptores sobre las recomendaciones actuales en diagnóstico por la imagen y unificación de criterios.
- Médico-legales:** cumplimiento de la legislación vigente y respaldo legal ante problemas en los que se dispone de escasa evidencia científica, mediante la elaboración de protocolos.

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

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

Hasta el momento el servicio de Radiología ha venido realizando las exploraciones radiológicas solicitadas sin cuestionar de forma sistemática su justificación, siguiendo en general el criterio del médico prescriptor. Esta situación ha podido favorecer el recurso superfluo a la Radiología por las siguientes CAUSAS:

1. **Rutina o inercia:** tranquilidad o comodidad del médico, demanda del paciente o confirmación de resultados probables pero irrelevantes
2. **Medicina defensiva:** refugio en pruebas complementarias con baja probabilidad de hallazgos ante problemas para los que no existen unas directrices clínicas definidas.
3. **Inadecuación:** obsolescencia o superación de la prueba para un determinado fin, debido a la evolución del diagnóstico por imagen.
4. **Repetición:** pruebas realizadas más de una vez en un breve plazo, a petición de diferentes médicos, servicios o centros, por incoordinación.
5. **Inmediatez:** prueba o controles demasiado rápidos, sin dejar tiempo a que la enfermedad haya podido resolverse o evolucionar.
6. **Disponibilidad** de las diferentes técnicas.

Aunque existen múltiples Directivas Europeas y legislación sobre radioprotección, estas han sido permisivas hasta ahora con las exploraciones de bajo rendimiento. La publicación del mencionado RD 815/2001 implica un notable cambio en esta situación, puesto que prohíbe las exploraciones médicas que no puedan justificarse, involucra tanto al médico prescriptor como al radiólogo en la justificación y otorga la decisión final sobre la adecuación de la solicitud al criterio del radiólogo.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Adoptar unos criterios de referencia para la remisión de pacientes al servicio de Radiología, concretamente la guía "Criterios de Remisión de Pacientes a los Servicios de Radiodiagnóstico del Real Colegio de Radiólogos del Reino Unido, adoptados por la Comisión Europea".
2. Revisión de dicha guía de la Comisión Europea, analizando por aparatos o sistemas las indicaciones que pueden requerir algún reajuste en nuestro medio, ya sea por problemas de inadecuación, indisponibilidad o necesidad de mayor especificación.
3. Establecer cuáles de estas indicaciones pueden ser prioritarias, en razón de su número, dosis de radiación o manifiesta discordancia con los criterios actuales.
4. Elaborar un esquema o algoritmo del circuito para la revisión de solicitudes, que sea conocido y aceptado por los médicos prescriptores y cree las menores molestias posibles al paciente.
5. Información a los servicios o médicos prescriptores mediante reuniones y sesiones informativas, tanto en Atención Especializada como Atención Primaria.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Registro de las solicitudes rechazadas, modificadas o sustituidas por otra exploración, haciendo constar el motivo de la inadecuación y la solución propuesta.
- Los indicadores utilizados para la evaluación del proyecto dependerán del tipo y procedencia de las solicitudes que se decida valorar según su prioridad. En general, serán del tipo: número de solicitudes injustificadas o inadecuadas para los diferentes servicios y tipos de exploraciones.
- Su seguimiento en el tiempo permitiría conocer la repercusión del proyecto en la actitud de los médicos clínicos frente al uso racional de pruebas radiológicas.

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: 15 enero 2004	Fecha de finalización: 15 diciembre 2004
--------------------------------	--

Calendario:

- Enero-febrero 2004: priorización, circuito de revisión de solicitudes, hojas informativas, ajustes administrativos.
- Marzo-mayo 2004: aplicación y sesiones formativas.
- Junio 2004: primera evaluación
- Segundo semestre 2004: segundo módulo de indicaciones.

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
Videoprojector de conferencia	2.500
Fotocopiadora de sobremesa	1.800
Grabadora externa de CDs	200
Pantalla de proyección mural	150
Impresora láser para ordenador	700
TOTAL	5.350 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

15 de enero de 2004

Fdo.: Julio Torres Nuez