

INDICE DE LOS PROYECTOS ZARAGOZA 3_2003

018_2003 “ Programa de acogida de niños/as inmigrantes de la zona básica de salud de Casetas”	Pág. 2 a 6
027_2003 “Fomentar la consulta a demanda de enfermería. Consensuando con medicina, criterios y pautas de admisión y actuación en esta consulta y su posterior divulgación a la población” del CS Valdefierro	Pág. 7 a 11
066_2003 “Mejora continua de la calidad asistencial y organizativa en el Centro de Salud Delicias Sur. Aproximación al modelo EFQM para la gestión de la calidad: mejora del proceso de atención al pacientes diabético iniciando la autoevaluación”	Pág. 12 a 19
081_2003 “Programa Integral de Garantía de Calidad del Centro de Salud de Cariñena (2003). Aplicabilidad del Modelo Europeode Gestión de Calidad Total (EFQM) al entorno de la Atención Primaria. Autoevaluación de los Centros de Salud Seminario (Área 2) Cariñena (Área 3) y Delicias Sur (Área 3) del CS Cariñena	Pág. 20 a 33
103_2003 “Adaptación y actualización de una guía farmacoterapéutica de acuerdo a conocimientos basados en la evidencia para infecciones del tracto respiratorio superior: faringoamigdalitis aguda, laringitis, sinusitis y otitis” del CS de Sábada	Pág. 34 a 38
067_2003 “Propuesta de mejora de la calidad por áreas de intervención en dispositivos intermedios de salud” del C. de día Romareda	Pág. 39 a 46
078_2003 “Programa de formación en salud sexual y reproductiva para mujeres inmigrantes de Zaragoza” del CME Inocencio Jiménez	Pág. 47 a 53
060_2003 “Consulta de Alta Resolución (CAR): Propuesta de mejora de la Calidad en pacientes ancianos con deterioro funcional en consultas externas” del H. Geriatrico San Jorge	Pág. 54 a 58
093_2003 “Proyecto de Calidad de Cuidados de enfermería en la red de Salud Mental de Aragón” del CRPNSP	Pág. 59 a 62
039_2003 “Conducta a seguir ante una sospecha de esguince de tobillo	Pág. 63 a 69
040_2003 “Actuación ante el Síndrome Coronario Agudo (SCA) en el Servicio de Urgencias Hospitalario y Centros de Salud rurales del Área III” del H.C.U. Lozano Blesa	Pág. 70 a 75
086_2003 “Completar la implantación en el Área de Salud de la Guía Clínica de la Consulta Prenatal y evaluar los resultados de esa implantación” del H.C.U. Lozano Blesa	Pág. 76 a 79
088_2003 “Desarrollo de un sistema de información epidemiológica de vigilancia y control de la mortalidad hospitalaria” H.C.U. Lozano Blesa	Pág. 80 a 84

3.1 - OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Durante los dos últimos años, se está observando una llamativa afluencia al centro de salud de Casetas de niños procedentes de otros países, que acompañan a sus padres en la búsqueda de empleo en nuestra comunidad.

Estos niños acuden de un modo irregular al centro de salud tanto por desconocimiento de lo que se les ofrece como por las diferencias organizativas entre la Atención Primaria de la Salud de nuestro país y el suyo de origen.

Este hecho hace que el personal del centro de salud de Casetas nos planteemos cual sería la mejor actuación para que estos niños se integren de manera rápida y sencilla en el sistema sanitario público de nuestra comunidad autónoma y así disfrutar de las ventajas que éste les ofrece.

3.2 - OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Captación precoz de los niños inmigrantes que residen en la Zona Básica de Salud de Casetas.
2. Evaluación y resolución de las necesidades que puedan presentar previamente a su atención normalizada en el Centro de Salud de Casetas.
3. Atención normalizada de estos niños.

**4.- PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION
DETECTADA (Si es posible, duración y calendario previstos)**

El programa se **desarrollará** en dos fases:

1. Fase de diagnóstico de la situación: se evaluará el desarrollo del programa tras un periodo de tiempo de un año.
2. Fase de consolidación del programa: se aplicarán las propuestas de mejora del programa basadas en los resultados obtenidos en la fase anterior.

Los profesionales participarán en las **actividades** de la siguiente manera:

- Pediatría: valoración de necesidades sanitarias específicas.
- Enfermería: actuaciones respecto a los calendarios vacunales.
- Trabajo social: captación de niños que no han acudido todavía al Centro de Salud.
- Administración: información y tramitación de tarjetas sanitarias.

Se considerará a un niño/a normalizado/a y por tanto que ha concluido el programa cuando se hayan logrado las siguientes actuaciones:

1. Apertura de historia clínica.
2. Solicitud de T.I.S. en el Centro de Salud de Casetas.
3. Una visita programada de acogida en la consulta de pediatría.
4. Calendario vacunal actualizado y registro del mismo en una ficha vacunal.
5. Entrega del Libro de Salud Infantil cumplimentado.
6. Acudir a la consulta programada en el plazo de un año desde la visita de acogida.
7. Escolarización del niño (según su edad).

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. García Pérez J. Morbilidad del niño inmigrante. An Esp Pediatr 2001;54 :420-421.
2. Grupo de trabajo de la subdirección provincial de Atención Primaria, Dirección Territorial del INSALUD, Madrid. La atención a la población inmigrante en el INSALUD de Madrid: Propuestas de mejora. 2001;1-36.
3. Masvidal RM. Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes. www.aepap.org/inmigrante/Raval/Nord.htm. 2002.
4. Cañada JL, Coll J, Díaz M, et al. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documentos semFYC 2002; 17:1-31.
5. Servicio Aragonés de Salud, Sección de Programas de Salud. Revisión y actualización de calendarios vacunales en niños inmigrantes o procedentes de adopción internacional. Zaragoza,2002:1-8.

4.- PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION DETECTADA (Si es posible, duración y calendario previstos)

El programa se **desarrollará** en dos fases:

1. Fase de diagnóstico de la situación: se evaluará el desarrollo del programa tras un periodo de tiempo de un año.
2. Fase de consolidación del programa: se aplicarán las propuestas de mejora del programa basadas en los resultados obtenidos en la fase anterior.

Los profesionales participarán en las **actividades** de la siguiente manera:

- Pediatría: valoración de necesidades sanitarias específicas.
- Enfermería: actuaciones respecto a los calendarios vacunales.
- Trabajo social: captación de niños que no han acudido todavía al Centro de Salud.
- Administración: información y tramitación de tarjetas sanitarias.

Se considerará a un niño/a normalizado/a y por tanto que ha concluido el programa cuando se hayan logrado las siguientes actuaciones:

1. Apertura de historia clínica.
2. Solicitud de T.I.S. en el Centro de Salud de Casetas.
3. Una visita programada de acogida en la consulta de pediatría.
4. Calendario vacunal actualizado y registro del mismo en una ficha vacunal.
5. Entrega del Libro de Salud Infantil cumplimentado.
6. Acudir a la consulta programada en el plazo de un año desde la visita de acogida.
7. Escolarización del niño (según su edad).

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. García Pérez J. Morbilidad del niño inmigrante. An Esp Pediatr 2001;54 :420-421.
2. Grupo de trabajo de la subdirección provincial de Atención Primaria, Dirección Territorial del INSALUD, Madrid. La atención a la población inmigrante en el INSALUD de Madrid: Propuestas de mejora. 2001;1-36.
3. Masvidal RM. Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes. www.aepap.org/inmigrante/Raval/Nord.htm. 2002.
4. Cañada JL, Coll J, Díaz M, et al. La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable. Documentos semFYC 2002; 17:1-31.
5. Servicio Aragonés de Salud, Sección de Programas de Salud. Revisión y actualización de calendarios vacunales en niños inmigrantes o procedentes de adopción internacional. Zaragoza, 2002:1-8.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- 1.- Sobrecarga de la consulta médica, donde en ocasiones los usuarios acuden para la solución de problemas cotidianos de salud, pudiendo ser atendidos algunos por la enfermera o completarse con EPS en Enfermería.
- 2.- Las consultas de enfermería dedican gran parte de su trabajo a la atención del paciente crónico y realización de técnicas, abordándose en menor grado el resto de población adscrita.
- 3.- Los aspectos de promoción de estilos de vida, prevención de enfermedad y fomento de autocuidado se tratan en menor medida.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Dar a conocer la oferta de servicios de la consulta de Enfermería a toda la población.
- 2.- Ampliar la oferta de servicios de Enfermería fomentando la promoción de estilos de vida saludables y autocuidados a toda la población.
- 3.- Adecuarnos a las necesidades y expectativas de la población y sociedad en continua evolución, nuevas patologías, atención a población inmigrante y marginados...etc.
- 4.- Mejorar la satisfacción de los profesionales y usuarios.
- 5.- Mejorar la coordinación de Medicina y Enfermería en la consecución de protocolos y pauta de actuación.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora del Cuidado al Servicio Asistencial Salud (2003)**4.- PLAN DE MEJORA, METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION
DETECTADA (Si es posible, duración y calendario previstos)**

- 1.- Analizar la Consulta de Enfermería:
 - Población a la que se atiende y tipo de actividades que se realizan
 - % de usuarios diferente por enfermera/año.
 - Diseñar encuesta dirigida a la población sobre el conocimiento del trabajo de enfermería, grado de satisfacción y expectativas en la Consulta de Enfermería.
- 2.- Creación de grupo de trabajo para analizar las posibles necesidades y contenido de la nueva oferta.
- 3.- Informar al resto de EAP para favorecer la derivación de pacientes, consensuar los contenidos y recoger sugerencias,...etc.
- 4.- Difusión a la población por medio de la elaboración de folletos y carteles informativos (se remite borrador del folleto).
- 5.- Presentación del proyecto y de dicho folleto al Consejo de Salud, solicitando la financiación y su distribución por el barrio.
- 6.- Actividad organizativa: Adecuar la agenda informatizada a la nueva demanda.
- 7.- Consensuar en el Servicio de Enfermería la metodología de trabajo y de registro por planes de Cuidados en el programa informático OMI-AP.
- 8.- Crear un grupo de Enfermería para la formación continuada; elaboración de documentos, disminución de casos clínicos, exponer y consensuar protocolos y cursos...
- 9.- Evaluación posterior de la implantación, de la nueva oferta y posteriores revisiones.
 - Grado de cobertura.
 - Satisfacción del usuario.
 - Satisfacción del personal médico y enfermería.
 - Calidad en el registro dentro del programa informático.
 - Repercusión sobre la presión asistencial.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)

5 - BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. F.M.C. VOLUMEN 1, Nº 7, AGOSTO-SEPTIEMBRE 94
MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA
COMENTARIO:
PLANTEA LA CALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA Y RESPONSABILIDAD DEL E.A.P.

2. ÁLVAREZ L. REY MI, MOZO E. DE LOS CONCEPTOS BÁSICOS DE LA CALIDAD. LA CALIDAD EN ESPAÑA. Nº 1 ARTHUR ANDERSEN. MADRID 1995
COMENTARIO:
UTILIDAD DIDÁCTICA

3. ATENCIÓN PRIMARIA. VOL 18, Nº 2. 3º DE JUNIO 96
PROTOCOLOS CLÍNICOS, COMO SE CONSTRUYEN:
COMENTARIO:
REVISIÓN DE LOS PROTOCOLOS QUE SIRVEN PARA FACILITAR UNA BUENA ELABORACIÓN DE LOS MISMOS.

1.- TITULO: MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR .APROXIMACIÓN AL MODELO EFQM PARA LA GESTION DE LA CALIDAD.: MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO INICIANDO LA AUTOEVALUACIÓN

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos CARMEN IZAGUIRRE ZUGAZAGA

Profesión PEDIATRA Centro de trabajo C.S: DELICIAS SUR

Dirección / Drona s/n

Localidad: ZARAGOZA Código postal y provincia 5007

Teléfono: 976556000 Fax: 976556922 Correo electrónico: carmiz@inicia.es

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE	Médico	C. S. Delicias Sur
M ^o JESÚS CABAÑAS BRAVO	Pediatra	C. S. Delicias Sur
M ^o CLEOFÉ CRESPO MAINAR	Enfermera	C. S. Delicias Sur
EVA GAJÓN HERRAEZ	Farmacéutica	C. S. Delicias Sur
M ^o PILAR LACARTA VICIOSO	Enfermera	C. S. Delicias Sur
ÁGUEDA PÉREZ GUILLEN	Enfermera	C. S. Delicias Sur
JOSÉ CARLOS PÉREZ VILLARROYA	Médico	C. S. Delicias Sur
AURORA VILLANOVA LANUZA	Administrativa	C. S. Delicias Sur
RAMON ALFONSO FALCON	Médico	C. S. Seminario
ANA BLASCO SORO	Enfermera	C. S. Seminario
M ^o JESÚS GARCIA	Enfermera	C. S. Seminario
PILAR ABRIL ZAERA	Administrativa	C. S. Seminario
OLGA BLASCO RONCO	Médico	C. S. Seminario
M ^o VICTORIA FUSTERO FERNÁNDEZ	Médico	C. S. Cariñena
DOMINGO CASBAS VELA	Médico	C. S. Cariñena
MARIANO BARCENA CAAMAÑO	Médico	C. S. Cariñena
PILAR LABORDA CEBRIAN	Administrativa	C. S. Cariñena

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS.

El Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud " Delicias Sur" lleva unos años trabajando , con un grupo estable, en la mejora continua de la calidad asistencial y organizativa del Centro..

El pasado año nos propusimos aproximarnos al modelo EFQM para la gestión de la calidad con el objetivo de iniciar la formación de los integrantes del grupo de calidad en el modelo, así como, iniciar la elaboración del mapa de procesos. El trabajo ha discurrido a un ritmo mas lento del que habíamos pensado en un principio y ha estado dedicado en gran parte al interior del grupo de calidad.

En este proyecto nos proponemos seguir introduciéndonos en el modelo EFQM, con la idea de implicar de una manera mas activa a un mayor número de profesionales del EAP, en 2 aspectos,

1.- Analizar la atención al paciente diabético utilizando la metodología de gestión por procesos ,debido a que constituye un proceso clave del que sospechamos existe una gran variabilidad de actuación entre los distintos profesionales del equipo. Esperamos que el análisis de este proceso aporte también la posibilidad de mejorar algunos aspectos del proceso mas global de la atención al paciente crónico.

2.- Participar en colaboración con los Centros de Salud de Cariñena y Seminario de Zaragoza en el proyecto : "Aplicabilidad del modelo EFQM al entorno de la Atención Primaria: autoevaluación de los Centros de Salud Seminario, Delicias Sur y Cariñena.". La puesta en marcha de este proyecto , sobre todo en lo referente a la realización de la Autoevaluación consideramos que puede precisar más tiempo que el año 2003.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Aplicar la metodología de gestión por procesos al proceso de atención al paciente diabético con la finalidad de analizar su desarrollo así como conseguir estabilizar y mejorar dicho proceso
- Acordar con los profesionales de los Centros de Salud de Cariñena y Seminario las áreas mas importantes a tener en cuenta en cada uno de los criterios del modelo EFQM en la Autoevaluación de un Centro de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón
- Iniciar la Autoevaluación del Centro
- Conseguir una implicación mas directa del resto de los profesionales en la puesta en marcha de estas actividades
- Continuar la formación de los integrantes del grupo de calidad en el modelo EFQM.

**4.- PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION
DETECTADA (Si es posible, duración y calendario previstos)**

- Desarrollo del proceso de atención al diabético:
 - Definición funcional del proceso, límites inicial y final y propietario
 - Misión y objetivos del proceso basados en las expectativas y necesidades del paciente
 - Definición de las actividades del proceso con sus características de calidad y recursos
 - Evaluación del proceso mediante la definición y medida de indicadores, tanto de eficiencia como de eficacia -indicadores de resultados- basados en guías de práctica clínica.
Calendario: Febrero a Junio de 2003

- Estabilización y mejora del proceso de atención al diabético:
 - Aplicación de un plan de mejora que permita corregir los puntos débiles y mantener el proceso bajo control.
Calendario : Octubre a Diciembre de 2003

- Autoevaluación utilizando como referencia el modelo EFQM
 - Reuniones mensuales con los responsables del proyecto de los Centros de Salud de Seminario y Cariñena para fijar las áreas relevantes de cada uno de los nueve criterios que propone el modelo
Calendario : Febrero a Diciembre de 2003
 - Recogida de datos para realizar la evaluación de cada Criterio
 - Identificación de los puntos fuertes y áreas de mejora

- Reuniones con el Equipo del Centro de Salud

Reuniones trimestrales para conseguir una mayor implicación de los profesionales del EAP

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. Guía para la autoevaluación de organizaciones sanitarias (versión simplificada). Osakidetza. Diciembre 1999. *Guía elaborada adaptando los contenidos del modelo de Excelencia 2000 de la Fundación Europea de Gestión de la Calidad al ámbito sanitario. Se trata de una simplificación del modelo adaptado al ámbito sanitario y que incluye notas de apoyo para facilitar el trabajo de autoevaluación.*
2. Gené-Badía J, Jodar-Sola G, Peguero-Rodríguez E, Contel-Segura JC, Moliner-Molins C. The EFQM excellence model is useful for primary care teams. Family Practice 2001; 18: 407-409. *Mediante un estudio transversal se analiza la aplicabilidad y fiabilidad del cuestionario de autovaloración del modelo EFQM, concluyendo que el modelo es útil para su aplicación en Atención Primaria.*
3. Nabitz U.W., Klazinga N.S., EFQM approach and the Dutch Quality Award. Int J Health Care Qual Assur 1999; 12: 65-70. *Artículo que describe los antecedentes y el uso progresivo del modelo EFQM en los servicios sanitarios holandeses, además de describir su forma de aplicación.*
4. Moeller J. The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care. Int J Qual Health Care 2001; 13: 45-49. *En este artículo también se describe en que consiste el modelo EFQM y su aplicación e el ámbito sanitario, así como las experiencias de su utilización en Alemania.*
5. Palacio F, Pascual I, Daniel J. Modelo europeo de excelencia. Aplicación en primaria de un modelo adaptado: resultados. Rev Calidad Asistencial 2002;17 (2) :87-92. *Evaluación de una Dirección de A.P. donde se concluye su utilidad para aplicar a organizaciones similares*
6. Sánchez E. Modelo EFQM y calidad asistencial. Rev. Calidad Asistencial 2002;17:64-6. *La autora plantea que el modelo EFQM no es incompatible con la utilización de otros instrumentos de acreditación.*
7. Daniel i Diez J, Pascual I, Espelt P, Grifoll J., Basora J, Pous A., Gestión por Procesos en un Equipo de Atención Primaria. Rev. Calidad Asistencial 1999; 14: 247-254. *En este artículo se ofrecen unas bases conceptuales muy interesantes sobre la gestión por procesos, así como los resultados de una prueba de gestión por procesos en un Equipo de Atención Primaria.*
8. Zavala E., Larraz J.J, y cols. Proceso Asistencial del Parto Eutócico . Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 279-287. *El interés de este artículo se basa en que ofrece una muestra clara de lo que supone la gestión de un proceso en sanidad.*
9. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Criteris de Qualitat en l'Atenció Primària de Salut. Comissió de Millora de la Qualitat. *Texto que introduce en la metodología de la monitorización de indicadores y presenta un compendio de indicadores para monitorizar los diferentes procesos clínicos.*

10. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Implantació d'un Pla de Millora de la Qualitat a l'Atenció Primària de Salut. *Guía práctica que da buenas ideas para poner en marcha un proyecto de calidad en un centro de salud, haciendo énfasis en los aspectos organizativos de una comisión de calidad en un equipo de atención primaria.*
11. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria (3 tomos), Ed. Dupont Pharma. *Texto muy completo de calidad asistencial que introduce la mayor parte de los aspectos de calidad en atención primaria: evaluación, monitorización, diseño de calidad e implementación de problemas.*
12. Mejora continua de la Calidad del cuidado del paciente diabético en Atención Primaria de Salud. GEDAPS. *Programa informático que sigue el esquema propuesto en la Guía para el análisis de los resultados e indicadores de la Atención a la diabetes.*
13. American Diabetes Association. Cical Practice Recommendations 2002. *Diabetes Care 2002; 25 (suppl 1): 1-135. Recomendaciones anuales de la Asociación Americana de Diabetes para el diagnóstico, tratamiento y control del paciente diabético. Se utilizan en muchos países como referencia de calidad en la actuación sobre la persona diabética.*
14. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. *Indicadores de Evaluación de la Actividad profesional: Asistencia, Docencia e Investigación. 2002.*

MEMORIA RESUMEN DE LA SITUACION DE PROYECTOS INCLUIDOS ANTERIORMENTE EN EL PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD. (ENERO 2003)

TÍTULO DEL PROYECTO: MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA EN EL CENTRO DE SALUD " DELICIAS SUR " DE ZARAGOZA: APROXIMACIÓN AL MODELO EFQM PARA LA GESTION DE LA CALIDAD

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO: CARMEN IZAGUIRRE ZUGAZAGA

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- Iniciar la elaboración del mapa de procesos del Centro de Salud , como aproximación al modelo EFQM
- Iniciar la formación de los integrantes del grupo de calidad en el modelo EFQM
- Aplicar la metodología de gestión de procesos al proceso de atención al paciente diabético
- Continuar implicando a la comunidad en nuestro proyecto de mejora de calidad

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- FORMATIVAS:

Formación interna de los integrantes del grupo de calidad mediante sesiones teóricas y de discusión sobre el modelo EFQM y la metodología de la gestión por procesos.

Formación externa de 2 personas del grupo en los cursos organizados por el Servicio Aragonés de Salud sobre el modelo EFQM y la gestión por procesos

- MAPA DE PROCESOS :

Aproximación a un primer nivel de los procesos que se desarrollan en el Área de Admisión.

Análisis del subproceso de Atención Urgente en el Centro de Salud

Análisis del subproceso Atención en Domicilio

- COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO.

Reunión de todo el Equipo para presentar el proyecto

Cuestionario a los profesionales médicos sobre el material que llevan en los maletines para avisos domiciliarios

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

Durante las reuniones que el grupo de calidad realiza semanalmente donde se ha ido desarrollando el mapa de procesos del área de admisión y el análisis de la Atención Urgente en el Centro y la Atención a domicilio se evidenciaron algunos problemas de organización que podían tener una solución inmediata

Se vio la necesidad de unificar el maletín de los avisos domiciliarios por lo que se elaboró un listado con material que se creía necesario . Este material se les facilita a los Residentes cuando se incorporan al Centro

Se esta realizando una puesta al día ,mediante sesiones semanales ,sobre aspectos de atención urgente en domicilio para mejorar la competencia, tanto de los médicos residentes cuando se incorporan a esta tarea como de los médicos y enfermeras del equipo.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

De los objetivos que nos habíamos propuesto queda ,además de continuar con la elaboración del mapa de procesos, fundamentalmente el referente al proceso de atención al paciente diabético que será el objetivo central de nuestro próximo proyecto.

1.- TITULO

Programa Integral de Garantía de Calidad del Centro de Salud de Cariñena (2003)
Aplicabilidad del Modelo Europeo de Gestión de Calidad Total (EFQM) al entorno de
la Atención Primaria. Autoevaluación de los Centros de Salud Seminario (Área 2)
Cariñena (Área 3) y Delicias Sur (Área 3).

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M^a Victoria Fustero Fernández

Profesión Médico Centro de trabajo C.S. Cariñena

Dirección Urb. Santa Fé, calle 4^a, nº 25

Localidad Cuarte de Huerva Código postal y provincia 50410 Zaragoza

Teléfono 976504557 Fax 976504557 Correo electrónico med009749@saludalia.com

2.2 - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mario Bárcena Caamaño	Médico	Cariñena
Domingo Casbas Vela	Médico	Cariñena
Manuel Granado González	Médico	Cariñena
Pilar Laborda Cebrian	Aux. Admtr.	Cariñena
Antonio Oto Negre	Médico	Cariñena
Israel Roig Bartolomé	Enfermero	Cariñena
Delfin Sarasa Piedrafita	Médico	Cariñena
Pilar Serrano Andres	Enfermero	Cariñena
Ramón Alfonso Falcón	Médico	Seminario
M ^a Pilar Abril Zaera	Aux. Admtr.	Seminario
Olga Blasco Ronco	Médico	Seminario
Ana Blasco Soro	Enfermero	Seminario
M ^a Jesús García Sanz	Enfermero	Seminario
Carmen Izaguirre Zugazaba	Médico	Delicias Sur
Angel Antoñanzas Lombarte	Médico	Delicias Sur

3.1 - OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

1. Deficiente control de los pacientes diabéticos
2. Falta de adecuación de los Servicios a las expectativas expresadas por los usuarios
3. Dificultades en el registro y la explotación de los datos de Atención continuada
4. Perfil de prescripción antibiótica mejorable
5. Desconocimiento de la incidencia y control actual de la Cardiopatía isquémica en la ZBS
6. Falta formación en ecografía para el uso aplicado del ecógrafo
7. Tras la reforma de la estructura del Centro de Salud es necesario informar al usuario acerca de la localización y correcta utilización de los diferentes Servicios: urgencias, pediatría, matrona etc.
8. Falta formación en el modelo EFQM, sobre todo en lo referido a "Procesos" y generar un cambio cultural en el EAP que permita implantar progresivamente el Modelo Europeo de Gestión de Calidad total, integrando en él las actividades de Calidad ya existentes
9. Deficiencias en el registro de licencias del personal iniciado el pasado año
10. Mala accesibilidad y deficiente control de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral de la ZBS
11. Falta revisar y actualizar algunos protocolos clínicos
12. Deficiente comunicación interna y mala coordinación con el personal de refuerzo

3.2. - OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Mejorar el control de los pacientes diabéticos, para prevenir en mayor medida las complicaciones de la enfermedad
2. Aumentar la satisfacción de los usuarios, haciéndoles llegar que su opinión ha sido tomada en cuenta
3. Generalizar el uso del programa informático "AMEDAC", diseñado para el registro y la explotación de datos de Atención Continuada
4. Mejorar el perfil de prescripción antibiótica de la ZBS y los criterios de Calidad de prescripción antibiótica del Área
5. Mejorar el control y seguimiento de los pacientes con Cardiopatía Isquémica, para disminuir sus complicaciones
6. Facilitar la accesibilidad de la población a la ecografía como prueba diagnóstica, disminuyendo la incertidumbre diagnóstica del médico y mejorar la satisfacción tanto del paciente como de los profesionales
7. Mejorar el conocimiento de los usuarios del centro de Salud de los profesionales, horarios y buen uso de los Servicios que se le ofertan
8. Adaptar el plan General de Garantía de Calidad del centro de manera progresiva al Modelo EFQM
9. Conocer en cada momento las licencias solicitadas por el personal del EAP, así como el motivo, duración, substitutos, disponibilidad de días, etc.
10. Mejorar la accesibilidad y la Calidad del control de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral en las distintas localidades del Centro de Salud
11. Actualizar y homogeneizar las pautas de actuación en las patologías más prevalentes
12. Mejorar la comunicación entre todos los integrantes del EAP y coordinar el trabajo con el personal de refuerzo y sustituciones.

4.- PLAN DE MEJORA. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DETECTADA (Si es posible, duración y calendario previstos)

1. -Reevaluación de la Calidad de atención prestada a los pacientes diabéticos tipo I de la Zona de Salud de Cariñena
 - Presentación de los resultados en una Sesión clínica del EAP
 - Instauración de mejoras
2. -Presentación al Consejo de Salud de los resultados de la encuesta de satisfacción y expectativas realizada
 - Iniciar acciones para corregir las deficiencias expresadas por los usuarios
 - *Extensión de la cita previa a otras localidades del C.S.
 - *Mejora estructural del consultorio local de Alfamén
 - *Mejora del aislamiento acústico de los consultorios en que los pacientes referían problemas de "confidencialidad"
3. -Replanteamiento en una sesión conjunta del EAP, del uso del programa informático "AMEDAC"
 - Instalación, al finalizar la reestructuración del Centro, del 2º ordenador para uso simultáneo en la zona de urgencias y de la nueva impresora
 - Implicar al personal de refuerzo y sustituciones en el manejo del programa
 - Evaluar los resultados a finales de 2003-01-24
4. -Continuar evaluando la evolución del consumo antibiótico, con el mismo diseño del año anterior y añadir al estudio la cumplimentación de los indicadores de Calidad de prescripción del Área
 - Sesión clínica anual con microbiólogo del hospital de referencia para conocer la actualidad de las resistencias bacterianas en nuestro medio
5. Iniciar un registro específico de pacientes con cardiopatía isquémica y su seguimiento
6. Realización del curso de ecografía para médicos generales en la escuela de ecografía de la SEMG (Madrid), por parte de dos médicos del equipo
7. -Editar folleto informativo tras la remodelación del Centro para difundir las novedades a la población
 - Rotulado correcto
 - Señalización horizontal
8. -Realizar formación externa, específica en el Modelo EFQM
 - Sesiones de autoformación en el EAP
 - Autoevaluación según cuestionario "proforma"(Este objetivo es una actividad conjunta con los Centros de Salud Seminario y Delicias Sur y se detalla en el Proyecto presentado por el Centro de Salud Seminario, responsable es Ramón Alfonso Falcón)

9. Rediseñar la planilla de registro de licencias de personal
10. -Control del tratamiento anticoagulante oral, en los consultorios locales, con medición del INR en sangre capilar por el método CoaguChek S.
-Evaluación semestral de los resultados
-Realización de encuesta de satisfacción a los implicados a los seis meses de funcionamiento de dicho sistema
11. Revisión de los protocolos:
-Cuidados al paciente terminal
-Obesidad
12. Sesión conjunta en el EAP para:
 - Tratar los problemas de comunicación
 - Buscar espacios horarios comunes de reunión
 - Implicar al personal de refuerzo o su representante en las reuniones del EAPIntentar reunión bianual conjunta Personal fijo/ refuerzo
Transmitir las decisiones importantes acordadas por el EAP al personal de refuerzo, por escrito
Crear un "Manual de acogida" para entregar a las personas que se incorporan a trabajar al Centro, con contenidos como:
 - Reglamento interno
 - Horarios y actividades
 - Listado de profesionales
 - Teléfonos y direcciones
 - Mapas de la Zona
 - Cartera de servicios
 - Impresos utilizados
 - Responsables de las diferentes áreas...

5 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

Objetivo 1:

- 1 -Díaz Cadononga FJ, Delgado Alcaraz E. Diabetes tipo II. Manual para asistencia primaria. 1ª Edición-Barcelona. Abbot Científica 1998
- 2 -Morañas Pallardo JP. Avances en diabetes. Madrid. Grupo Sertamedia 1997
- 3 -Albert KGMM, Zimmet P, and Defrora RA. Internecanal Texbook of diabetes mellitus. 2ª edic.
- 4 -O'Connor PJ, Rush Peterson J, Morden P, Cherney L, Keogh Chet al. Continuous Quality Improvement care improve glycemia can for HMO patients care with diabetes. Arch Fam Med 1996; 5: 602-606
- 5 -Wandell PE, Bronsson B, Alberg H. Diabetic patients in primary health care three years apart. J Prim health care 1998; 16: 4-9
- 6 -Guía para el tratamiento de la diabetes II en AP. Gedaps. Enero 2000.

Objetivo 2:

- 1 - Otero A, Saturno PJ, Marquet R. Mejora de la calidad en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Eds. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica, vol I. 4ª ed. Madrid: Harcourt-Brace, 1999: 399-417.
- 2 - Saturno PJ, Quintana C, Varo J. ¿Qué es la Calidad?. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Dupont Pharma, Madrid 1997.
- 3.-Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry L. SERVQUAL: A multiple-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing, 1988; 64: 12-40.
- 4.-Díaz de Santos. Calidad Total en la gestión de los servicios. Tema 4. Madrid 1993.
- 5 - Duch Subirats O, Paredes Saura J, Montoya Roldan P, Casellas Lopez P. El ciclo de la calidad aplicado al análisis del nivel de satisfacción del usuario en un Área básica de salud. Rev Calidad Asistencia 1999; 14: 651-660.
- 6.-Delgado Sanchez A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. Cuadernos de Gestión, 1997; 3: 90-101.
- 7 -McKeigan Linda D, Larson Lon N. Development and validation of an instrument to measure patient satisfaction with pharmacy services. Medical care. 1989; 27: 522-536.
- 8 -Marquet y Palomar R, Pujol i Ribó G, Jiménez Villa J. Cuestionarios de satisfacción ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo?. Cuadernos de Gestión, 1995; 1: 23-33
- 9 -Saturno Hernández PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la Calidad de los servicios sanitarios. Rev Esp Salud Pública. 1995; 69: 163-175.
- 10.-O. Toole Brian I, Battistutta Diana, Crouch Long, Crouch Keitha. A comparison of costs and data quality of three health survey methods: mail, telephone and personal home interview. American Journal of Epidemiology 1989; 124: 317-328

Objetivo 4:

- 1 -Goldaracena M, Aza M, Barceña M, Fustero MV. Consumo extrahospitalario de antiinfecciosos en dosis diaria definida por número de habitantes y día. Aten Primaria 1996; 18: 357-61
- 2 -Juncosa S, Ledesma A, Carvajal JA. Calidad del tratamiento antibiótico en la atención primaria de la comarca de Osona (Barcelona). Med Clin (Barc) 1994; 103: 252-57.
- 3 -Solsona L, Wennberg MP, Mata M, Altaba AM, Cots JM, García F et al. ¿Se prescriben correctamente los antibióticos en Atención Primaria?. Aten Primaria 1994; 13: 409-14.
- 4 -Rodríguez C, Muro V, Daviu A, Bestard M, Llobera J, Campoamor F. Uso de antibióticos en atención primaria: tratamiento de la infección urinaria. Aten Primaria 1996; 17: 309-16.
- 5 -Llop JC. Evolución en la utilización de antibacterianos en Cataluña. Impacto de los nuevos

farmacos comercializados. Aten Primaria 1997; 19: 230-36

6 -Yañez P. Grado de utilización de antiinfecciosos de acción sistémica en un área de salud rural de Asturias. Comparación de los años 1994 y 1995. Aten Primaria 1997; 19: 243-9

7 -García MA, Cabeza J, Ignacio JM, Rabadan A. La calidad de la prescripción de antibacterianos en un distrito de atención primaria. Evolución 1994-1995. Aten Primaria 1997; 19: 487-92

8 -Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Resistencia Microbiana. ¿Qué hacer?. Informe del panel de expertos. Rev Esp Salud Pública 1995; 69: 445-61

9 -Comisión para el Uso Racional del Medicamento. Zaragoza. A.P. Área 3 y Comisión de Infecciones y Política Antibiótica. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Recomendaciones de Uso de antimicrobianos en Atención Primaria. Enero 1996

10 -Reynolds JEF, Martindale. The Extra Pharmacopoeia. 31 th. Londres. The Pharmaceutical Press. 1996

11 -Comisión de Infecciones y Política Antibiótica. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Evolución de la resistencia bacteriana a los antimicrobianos en el periodo 1990-1996. Zaragoza. Servicio de Microbiología. 1997

Objetivo 5:

1.-Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 1997.

<http://www.ine.es/prensa/hp155.doc>

2 -Kannel WB, McGee D, Gordon T. A General Cardiovascular Risk Profile: The Framingham Study. Am J Cardiol 1976;38:46-51.

3 -Lipid Research Clinics Program. The Lipid Research Clinics coronary primary prevention trial results. JAMA (ed. esp.) 1984;251:351-74.

Tunstall-Pedoe H, Kuusla M, Amouyel PH, Arveiler D, Rajakangas AM y Pajak A. Myocardial Infarction and Coronary Deaths in the World Health Organization MONICA Project. Registration Procedures, Event Rates, and Case-Fatality Rates in 38 Populations From 21 Countries in Four Continents. Circulation 1994;90:583-612.

5.-Keys A, Menotti A, Aravanis Ch, Blackburn H, Djordjevic BS, Buzina R, et al. The Seven Countries Study. 2289 Deaths in 15 Years. Prev Med 1984;14:141-54.

6.-Summary of the Second Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel II). JAMA 1993;269:3015-23.

7 -Assmann G, Cullen P y Schulte H. Estudio Cardíaco de Munster (PROCAM) : resultados del seguimiento a 8 años. Eur Heart J 1998;19 Supl A:A2-A11

8 -Tomás L, Varas C, Bernardes E, Balaguer I. Coronary risk factors and a 20-year incidence of coronary heart disease and mortality in a Mediterranean industrial population. The Manresa study. Spain. European Heart Journal 1994;15:1028-36

9.-ERICA Research Group. The CHD risk-map of Europe. European Heart Journal 1988;9 Supl 1:5S-36S

10 -Masia R, Pena A, Marrugat J, Sala J, Vila J, Pavesi M, et al. High prevalence of cardiovascular risk factors in Gerona, Spain, a province with low myocardial infarction incidence. REGICOR Investigators. J Epidemiol Community Health 1998;52:707-15.

-Marrugat J, Sala J, Masia R, Pavesi M, Sanz G, Valle V, et al. Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. RESCATE Investigators. JAMA 1998;280:1405-9

12.-Plaza I, Gomez JA. Cambio de actitud de los cardiólogos españoles con respecto al tratamiento hipolipemiante en prevención secundaria. Clin Invest Arterioscler 1999; 11: 8-15.

13 -Plaza I, Velasco JA, Baroto JM. Prevención secundaria y rehabilitación cardíaca en España. Rev Esp Cardiol 1995; 49: 549-553.

14 -ASPIRE Steering Group. A British Cardiac Society survey of the potential for secondary prevention of coronary heart disease. Principal results. Heart 1996; 75: 334-342

15 -Velasco JA, Cosin J, López Sendón JL, De Teresa E, De Oya M, Carrasco JL et al, en nombre del Grupo de Investigadores del Estudio PREVESE. La prevención secundaria del infarto de miocardio en España. Estudio PREVESE. Rev Esp Cardiol 1997; 50: 406-415.

16 -EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE, a European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: principal results. Eur Heart J 1997; 18: 1569-1582.

17 -Rev Esp Cardiol Vol. 53, Num. 8, Agosto 2000; 1095-1120 1120-122 José A. Velasco et al. Guías de práctica clínica en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca.

Objetivo 8:

1. Hearnshaw H, Reddish S, Carlyle D, Baker R, Robertson N

Introducing a quality improvement programme to primary healthcare teams.

Qual Health Care. 1998 Dec; 1(4):200-8.

PMID: 10339022 [PubMed - indexed for MEDLINE]

2. Solberg LI, Brekke ML, Kuttke TE, Steel RP.

Continuous quality improvement in primary care: what's happening?

Med Care. 1998 May; 36(5):625-35.

PMID: 9596054 [PubMed - indexed for MEDLINE]

3. Hearnshaw HM, Baker RH, Robertson N.

Multidisciplinary audit in primary healthcare teams: facilitation by audit support staff.

Qual Health Care. 1994 Sep; 3(3):164-8. No abstract available.

PMID: 10139415 [PubMed - indexed for MEDLINE]

4. Goni S.

An analysis of the effectiveness of Spanish primary health care teams

Health Policy. 1999 Aug; 48(2):107-17.

PMID: 10557451 [PubMed - indexed for MEDLINE]

5. Botinas M, Sant E, Casajñana J, Zapater F, Bueno JM.

[The QUALI Project: a quality study of the structure of the primary care teams

(PCT) of Catalonia. The Quality Improvement Commission of the Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria]

Aten Primaria. 2000 Feb 28; 25(3):160-5. Spanish.

PMID: 10730439 [PubMed - indexed for MEDLINE]

6. Menarguez Puche JF, Saturno Hernandez PJ, Lopez Santiago A.

[The validation of a questionnaire for measuring the organizational climate in health centers]

Aten Primaria. 1999 Mar 15; 23(4):192-7. Spanish.

PMID: 10333602 [PubMed - indexed for MEDLINE]

7. Guarga A, Gil M, Pasarin M, Manzanera R, Armengol R, Sintes J.

[Comparison of primary care teams in Barcelona according to management formulas]

Aten Primaria. 2000 Nov 30; 26(9):600-6. Spanish.

PMID: 11198338 [PubMed - indexed for MEDLINE]

8. [No authors listed]

A primary health care team manifesto. Adelaide Medical Centre Primary Health Care Team

Br J Gen Pract. 1991 Jan 41; 342) 31-3

PMID: 2003955 [PubMed - indexed for MEDLINE]

9. Dunn B, Mathews S.

The pursuit of excellence is not optional in the voluntary sector: it is essential.

Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2001; 14(2-3):121-5.

PMID: 11436747 [PubMed - indexed for MEDLINE]

10. Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacomiet C, Seibel CE, Lahude FM, Magalhaes GA, Barreto L, Lira RC.

[Quality evaluation of primary health care in an urban area of southern Brazil]

Rev Saude Publica. 1994 Aug; 28(2):131-6. Portuguese.

PMID: 7824846 [PubMed - indexed for MEDLINE]

11. [No authors listed]

A primary health care team manifesto. Adelaide Medical Centre Primary Health

Care Team

Br J Gen Pract: 1991 Jan 4; 42: 31-3.

PMID: 2003955 [PubMed - indexed for MEDLINE]

12 - Dunn B, Mathews S.

The pursuit of excellence is not optional in the voluntary sector: it is essential.

Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2001 14(2-3):121-5

PMID: 11436747 [PubMed - indexed for MEDLINE]

13 - Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacommet C, Seibel CE, Lahude FM, Magalhaes GA, Barreto L, Lira RC

[Quality evaluation of primary health care in an urban area of southern Brazil]

Rev Saude Publica. 1994 Apr; 28(2):131-6. Portuguese

PMID: 7824846 [PubMed - indexed for MEDLINE]

14 - Schwarz M, Landis SE, Rowe JE.

A team approach to quality improvement.

Fam Pract Manag. 1999 Apr; 6(4):25-30. No abstract available.

PMID: 10537790 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Objetivo 10:

1 - Hirs J, Fuster V. Guide to anticoagulant therapy. Circulation 1994; 89: 1469-1480

2 - Fitmaurice DA, Hobbs FDR, Murray JA. Monitoring oral anticoagulation in primary care. Br Med J 1996; 312: 1431-1432

3 - Martinez Brotos F, Reynaldo C, López N et al. Niveles terapéuticos en el tratamiento anticoagulante oral. Biol Clin Hema 1987; 9: 197-201.

4 - Saour JN, Sieck JO, Mamo LAR, Gallus AS. Trial of different intensities of anticoagulation in patients with prosthetic heart valves. N Engl J Med 1990; 322: 428-432.

5 - Ostazabal MI. El empuje racional del tratamiento antitrombótico. Medicina Integral 1997; 30: 62-68.

6 - Cava F, Gomez del Campo A, García B, Barral JM, Cava C y Fernández GC. La monitorización del tratamiento con anticoagulantes orales. Utilización de un lenguaje común. Medicina Integral 1993; 21: 229-232.

7 - Vazquez Muñoz E. Principio de la no maledicencia y anticoagulación oral por fibrilación auricular en pacientes ancianos. Med Clin (Barc) 1999; 113: 397.

8 - Rodríguez D, Agustí A. Anticoagulación en los pacientes de edad avanzada y fibrilación auricular crónica no reumática. Med Clin (Barc) 1999; 112: 436-437.

9 - Fustero MV, Bárcena M, Siles M, Aza M, Goldaracena M. ¿Cómo evoluciona el consumo de anticoagulantes en nuestra población? Comunicación Oral. VIII Congreso nacional y I internacional de la Medicina General. 10-13 de mayo de 2000. Granada, España.

10 - Alonso R, Barroso C, Alvarez I, Puché N, Alcaraz A. Anticoagulación oral en Atención Primaria. Inf Ter Sist Nac Salud 1997; 21: 89-96.

11 - Prieto L, Lamarca R, Casado A. La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclase. Med Clin (Barc) 1998; 110: 142-145

12 - Hernández I, Porta M, Miralles M, García F, Bolúmar F. La cuantificación de la variabilidad en las observaciones clínicas. Med Clin (Barc) 1990; 95: 424-429

13 - Bland JM, Altman DG. Statistical methods of clinical measurement. Lancet 1986; 1: 307-310.

14 - Candela AM. Validación de aparatos y métodos de medida: Concordancia si, correlación no. Med Clin (Barc) 1992; 99: 314.

MEMORIA RESUMEN DE LA SITUACION DE PROYECTOS INCLUIDOS ANTERIORMENTE EN EL PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD (ENERO 2003)

TITULO DEL PROYECTO

Programa Integral de Garantía de Calidad del Centro de Salud de Cariñena 2002

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO:

M. Victoria Esteso Fernandez

OBJETIVOS PLANTEADOS:

1. Continuar con el registro instaurado para conocer el número de pacientes neoplásicos de la ZBS, mejorar la formación en cuidados paliativos y establecer pautas conjuntas de actuación y registro en la historia clínica.
2. Prevenir las complicaciones que se desarrollan por el mal control de la diabetes. Conseguir Hb_{1AC} < 7 mg. en el mayor nº posible de diabéticos. Reevaluación de la situación estudiada el año anterior.
3. Tras conocer las expectativas y el grado de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud, con las encuestas realizadas planificar cambios y /o acciones de mejora.
4. Puesta en funcionamiento y generalización del uso del programa de informatización del servicio de Urgencias, diseñado los años anteriores, evaluación del mismo por los profesionales.
5. Analizar las modificaciones en el perfil de prescripción antibiótica tras las diversas intervenciones realizadas en el Centro/Área.
6. Realizar una adecuada prevención secundaria en los pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica en la zona de salud.
7. Formación en ecografía del personal del EAP
8. Analizar las sugerencias o quejas de los usuarios del Centro de Salud recogidas en los buzones instalados a tal efecto, realizar las medidas correctoras posibles y exponer los resultados junto al buzón de sugerencias.
9. Continuar la actualización de los protocolos clínicos del EAP.
10. Publicar los resultados de "la evaluación del circuito y los resultados del control de la anticoagulación oral en el medio rural" y realizar un estudio de minimización de costes
11. Realizar un estudio para valorar la Calidad del agua de consumo en las diferentes localidades incluidas en el Centro de Salud
12. Realización de un tríptico informativo del uso racional del servicio de Urgencias.

13. Formación de personal del EAP en el modelo de Calidad EFQM, para iniciar una aproximación a dicho modelo de Gestión de la Calidad por parte de éste equipo de atención Primaria
14. Creación de un nuevo registro de licencias del personal del EAP
15. Colaboración con el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario en el proyecto de mejora de la calidad de atención al paciente con traumatismo craneo-encefálico

ACTIVIDADES REALIZADA HASTA EL MOMENTO:

- Se ha continuado con el registro instaurado para conocer el número de pacientes neoplásicos de la ZBS y la mortalidad por esa causa.
- Se ha reevaluado la Calidad del seguimiento de la diabetes tipo II en el Centro de Salud de Cariñena, con el mismo diseño del estudio realizado el año anterior y tras la aplicación de las medidas correctoras.
- Se ha realizado la encuesta directa para conocer las expectativas y el grado de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud, por personal ajeno al Centro.
- Se han analizado las modificaciones en el perfil de prescripción antibiótica tras las diversas intervenciones realizadas en el Centro/Área comparando la evolución del consumo de antiinfecciosos entre 1995 y 2000.
- Se ha realizado un curso de formación en ecografía del personal del EAP, impartido por Javier Pardo y se ha realizado la inscripción de 2 miembros del EAP en el curso de Ecografía a celebrar en Madrid en marzo de 2003
- Se han analizado las sugerencias de los usuarios del Centro de Salud recogidas en los buzones instalados a tal efecto.
- Se han presentado 4 comunicaciones orales y 1 poster:

Comunicaciones orales:

- "Cambios en la prescripción de antiinfecciosos en un Centro de Salud Rural. Comparación del consumo entre 1995 y 2000" en el IX Congreso Nacional y II Internacional de la Medicina GRAL Española (Madrid 12-15 de Junio 2002)
- "La monitorización del tratamiento anticoagulante en el medio rural. Comparación de resultados con Coagucheck y el laboratorio de referencia" en el IX Congreso Nacional y II Internacional de la Medicina GRAL Española (Madrid 12-15 de Junio 2002)
- "Valoración de la satisfacción y expectativas de los usuarios en un Centro de Salud rural" en el XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad asistencial (Pamplona 8-11 de Octubre de 2002).

- "Diseño e implantación de un modelo integral de Calidad en un Centro de salud rural" en el XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad asistencial (Pamplona 8-11 de Octubre de 2002).

Poster:

- "Evaluación del circuito y la Calidad de la anticoagulación oral en el medio rural" en el IX Congreso Nacional y II Internacional de la Medicina GRAL Española (Madrid 12-15 de Junio 2002)
- Se ha realizado la recogida de datos del estudio previsto para valorar la Calidad del agua de consumo en las diferentes localidades del Centro de Salud
- Se ha realizado formación en el modelo de Calidad EFQM, por dos personas del EAP y se ha realizado una sesión clínica con todo el EAP, para conocimiento del Modelo
- Se ha utilizado el nuevo registro de licencias del personal de AP, diseñado por la auxiliar administrativo

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

- Conocimiento del número de pacientes neoplásicos de la ZBS y la mortalidad por esa causa y contribución a la mejora de la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de un proceso neoplásico.
- Mejora de la Calidad del seguimiento de la diabetes tipo II en el Centro de Salud de Cariñena, se ha conseguido incrementar el nº de pacientes a los que se les ha detectado microalbuminuria y un nº mas elevado presenta cifras de Hemoglobina glicosilada dentro de la normalidad
- Conocimiento de las expectativas y el grado de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud, con respecto a la asistencia que reciben en las consultas médica, de enfermería, de pediatría, de matrona y en el servicio de admisión. Por lo que se va a presentar los resultados al Consejo de Salud y a iniciar acciones para mejorar algunos aspectos solicitados por los pacientes que son factibles
- Mejora del perfil de prescripción de antiinfecciosos en nuestro Centro de Salud, y disminución del consumo de antiinfecciosos entre 1995 y 2000 en algo más de 5 DHD, que en el resto del Área de Salud.
- Se ha realizado un curso de formación en ecografía del personal del EAP, impartido por Javier Pardo y se han inscrito 2 miembros del EAP en el curso de Ecografía a celebrar en Madrid en marzo de 2003 para ampliar conocimientos.
- Con la formación en ecografía se ha despertado el interés por acercar el Plan de Garantía de Calidad de Cariñena al Modelo EFQM

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

1. Implantar mejoras solicitadas por los usuarios en la encuesta.
2. Conectar el segundo ordenador en red en el servicio de urgencias y generalizar el uso del Programa "AMEDAC" tanto por el personal habitual como de refuerzo (postpuesto hasta la finalización de la reforma del Centro)
3. Iniciar el registro de pacientes con cardiopatía isquémica en la ZBS.
4. Realizar el estudio de calidad del agua de consumo en las localidades adscritas al Centro de Salud.
5. Editar un tríptico informativo del uso racional del Servicio de Urgencias (postpuesto hasta la finalización de la reforma del Centro)

1.- TITULO

ADAPTACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE UNA GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DE ACUERDO A CONOCIMIENTOS BASADOS EN LA EVIDENCIA PARA INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR: FARINGOAMIGDALITIS AGUDA, LARINGITIS, SINUSITIS Y OTITIS.

2.1 RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: DAVID SAN MILLÁN VERGÉ

Profesión: FARMACÉUTICO DE
ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Centro de trabajo:
C.S. SÁDABA

Dirección: PASEO URRUTI CASTEJÓN S/N

Localidad: SÁDABA

Código postal y provincia: 50670 ZARAGOZA

Teléfono: 976 667388

Fax: 976 667354

Correo electrónico:
buzsan.cs24@gapz03.insalud.es

2.2 OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
GLORIA NAVARRO AZNÁREZ	Médico A.P.	C.S. SÁDABA
M ^a TERESA PÉREZ GUZMAN	D.U.E	C.S. SÁDABA
ROSARIO LABORDA	D.U.E	C.S. SÁDABA
ANGEL GONZÁLEZ PÉREZ	Médico A.P.	C.S. SÁDABA
JESÚS PÉREZ PEREZ	Médico A.P.	C.S. SÁDABA
M ^a ANGELES HERRERO GIL	Médico A.P.	C.S. SÁDABA

3.1 - OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- Variabilidad en la prescripción de antibióticos, tanto en principios activos, familias y total de prescripción, medido en dosis diarias definidas por mil habitantes y día (DHD), detectado en estudio finalizado en noviembre de 2002.
- Prescripción de cefalosporinas orales de tercera generación.
- Necesidad de formación continuada.

3.2 - OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Disminuir la variabilidad en la prescripción y en la calidad asistencial.
- Mejorar el perfil de prescripción farmacológico. Acercarse a los valores óptimos de los indicadores de calidad de prescripción para antibióticos y cefalosporinas.
- Disminuir yatrogenia y resistencias bacterianas. Disminuir la prescripción de cefalosporinas orales de tercera generación.
- Definir criterios de idoneidad de indicación.
- Disminuir la incertidumbre en la práctica médica
- Racionalizar los recursos económicos mediante la selección de fármacos con una buena relación coste/eficacia.
- Actualización de profesionales y asimilación de nuevos conocimientos. Impulsar la formación continuada, tanto en la fase de elaboración como de consulta.
- Introducción de los profesionales en la metodología de la Medicina Basada en la Evidencia.
- Facilitar al médico la elección crítica de los medicamentos con una información objetiva y contrastada que puede consultar rápidamente.
- Mejorar la información al paciente disminuyendo la automedicación y la tenencia de antibióticos en los botiquines caseros.

4.- PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DETECTADA (Si es posible, duración y calendario previstos)

(Ver duración y calendario en hoja aparte)

- Diseño de una base de datos para monitorizar las prescripciones de cada facultativo medidas en dosis diarias definidas por mil habitantes y día (DHD) para cada principio activo y familias de antibacterianos. Los datos en dosis diarias definidas (DDD) provienen de Inspección de Farmacia.
- Información periódica a los médicos prescriptores de sus perfiles farmacoterapéuticos antimicrobianos.
- Formación en elaboración de Guías Farmacoterapéuticas y Medicina Basada en la Evidencia.
- ELABORACIÓN-ADAPTACIÓN DE LA GUÍA:
 - Organización: Formación del grupo de trabajo, motivación, recursos.
 - Diseño y planificación de la Guía. Definición de objetivos, calendario, división de tareas, formatos de presentación, estrategia de diseminación.
 - Elaboración de la Guía: Formulación de preguntas, búsqueda bibliográfica, análisis y clasificación, selección y síntesis.
 - Redacción de la versión preliminar.
 - Revisión externa de la versión preliminar.
 - Prueba piloto.
 - Redacción versión definitiva.
 - Diseminación: Sesiones clínicas sobre las patologías estudiadas y las principales familias de antibacterianos.
 - Análisis del impacto: Estudio de adherencia a la guía.
 - Actualización y revisión planificada.

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

El problema:

- **Lázaro Bengoa E et al. Evolución del consumo de antibióticos en España 1985-2000. Med Clin (Barc) 2002; 118 (15): 561-8. Referencia para comparar.**
- **Alós L, Carnicero M. Consumo de antibióticos y resistencia bacteriana a los antibióticos: algo que te concierne. Med Clin (Barc) 1997; 109: 264-70. España como país de altas resistencias y consumo de antibióticos.**

Qué hacer

- **Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Informe sobre resistencia microbiana: ¿qué hacer? Med Clin (Barc) 1996; 106:267-79. Recomienda información periódica a los médicos prescriptores de sus perfiles farmacoterapéuticos antimicrobianos y la utilización de guías conocidas por el Equipo, aceptadas y adaptadas**

El método

- **Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Aymerich M. Guías de práctica clínica. En: Evidencia científica y toma de decisiones en sanidad. Monografías médicas de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares. Barcelona, 1999. Conceptos y método para elaborar o adaptar una Guía de Práctica Clínica.**
- **Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Guías Farmacoterapéuticas en Atención Primaria. Madrid, 2001. Conceptos, método y contenido a tener en cuenta en la elaboración de una Guía Farmacoterapéutica.**
- **Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995; 105: 740-773. Análisis y niveles de calidad de la evidencia científica.**
- **Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE. Madrid: Harcourt, 2001. El método y su práctica**

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA

Material/Servicios	<u>Euros</u>
Material inventariable	
Alta en línea RDSI para conexión a Internet	200,00
Cañón de luz	2.090,97
Libros	120,00
Material fungible	
Cartuchos impresora, folios, CDs, transparencias, material papelería	300,00
Viajes y dietas	
12 reuniones organizativas x 30 Km x 0,17 € x 2 personas	123,00
8 desplazamientos a Zaragoza a la Unidad Docente x 200 Km x 0,17 €	272,00
Otros gastos	
Asistencia a curso sobre medicina Basada en la Evidencia o sobre elaboración de Guías farmacoterapéuticas	600,00
Gastos maquetación y edición guía	300,00
Otros recursos	
Comisión externa de valoración de la Guía	
Datos sobre resistencias bacterianas de los microorganismos involucrados en las patologías estudiadas.	
<u>TOTAL euros</u>	4.005,97 €

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)****1. - TITULO**

PROPUESTA DE MEJORA DE LA CALIDAD POR AREAS DE INTERVENCION EN DISPOSITIVOS INTERMEDIOS DEL SALUD

2.1. RESPONSABLE DEL PROYECTO**Nombre y apellidos** ANTONIO TARI GARCIA**Profesión** PSIQUIATRA **Centro de trabajo** CENTRO DE DIA "ROMAREDA"**Dirección** SUPERVIA, N° 26**Localidad** ZARAGOZA **Código postal y provincia** 50006 ZARAGOZA**Teléfono** 976568127 **Fax** ----- **Correo electrónico** atari@comz.org**2.2. - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA**

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MANUEL PEREZ PASCUAL	Psicólogo	Centro de Día "Romareda"
FERNANDO CARDONA VILAR	Coordinador Taller Encuadernación	Centro de Día "Romareda"
ROSA GIMENEZ NAVARRO	A.T.S.	Centro de Día "Romareda"
MARIA VILLARROYA LACILLA	A.T.S.	Centro de Día "Romareda"
ASCENSION BIELSA MONZON	Jefe de Unidad en Terapia Ocupacional	Centro de Día "Romareda"
ISABEL PEÑA JUAN	Jefe de Unidad en Terapia Ocupacional	Centro de Día "Romareda"
ISIDRO PEÑA JUAN	Aux. Psiquiátrico	Centro de Día "Romareda"
RAQUEL CARNEIRO LAZARO	Terapeuta Ocupacional	Centro de Día "Romareda"
ENCARNA HERAS LOPEZ	Terapeuta	Centro de Día "Romareda"
RAQUEL TRAMULLAS GASCON	Aux. Administrativo	Centro de Día "Romareda"
ROSA GARCES	Psicóloga	Colaboradora C.de Día "Romareda"
FERNANDO LAGUNA ARRANZ	Psicólogo	Colaborador QUIDEM, Club Social
TERESA MAYOR HERRANDO	Médico	Colaboradora QUIDEM, Club Social
MARIO FORNIES CARDIEL	Psicólogo	Colaborador QUIDEM, Club Social
DAVID GIMENO LANUZA	Psicólogo	Colaborador QUIDEM, Club Social

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)

2.2. - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ARANCHIA MUNARRIZ JIMENEZ	Aux. Psiquiátrico	Centro Ocupacional "Delicias"
M ^a DÓLORES LAFUENTE GUMIEL	Aux. Psiquiátrico	Centro Ocupacional "Delicias"
JOSÉ M ^a BELTRAN MORENO	Jefe de Unidad	Centro Ocupacional "Delicias"
NOELIA HERAS ALONSO	T. Ocupacion	Centro Ocupacional "Delicias"
ASUNCION PASCUAL	Psiquiatra	Centro Ocupacional "Delicias"

3.1. - OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Se trataría de, manteniendo los criterios de calidad asistencial (establecidos por medio del sistema de evaluación de las intervenciones en el P.M.C. de 2002), para los pacientes en proceso de atención en el Centro, mejorar la asistencia teniendo en cuenta los pacientes susceptibles de ser atendidos en el Centro de Día.

1. Consolidar el sistema de evaluación de eficacia de las intervenciones puesto en marcha como consecuencia del Programa de Mejora de la Calidad del año 2002. Evaluar el grado de cumplimiento de la aplicación de dicho sistema de evaluación.
2. Mejorar la gestión de la lista de espera.
3. En el seguimiento informal de los pacientes dados de alta del Centro de Día hemos detectado, algunos abandonos de los dispositivos de inserción, así como recaídas que han llevado de nuevo a situaciones de intenso aislamiento social .
4. Mejora de la calidad del Area de Intervención Psicoterapéutica.
5. Mejora de la calidad del Area Ocupacional en pacientes de "Largo Tratamiento".
6. Mejora de la calidad de Programa de Socialización, Ocio y T.Libre:
Pocas relaciones sociales amistosas, escasa participación en actividades de ocio, culturales, deportivas.

CENTRO OCUPACIONAL DELICIAS

1. Ausencia de un sistema de evaluación inicial que incluya la evaluación funcional donde se describan las principales áreas de funcionamiento social cotidiano.
2. Falta de atención y dedicación a otras áreas vitales como la salud, autonomía personal, el autocuidado, los aspectos sociales y comunitarios.
3. Ausencia de un proyecto o plan de rehabilitación individualizado en el área ocupacional que incluya un recorrido laboral/ocupacional que se adapta a su nivel de exigencia.
4. Escaso conocimiento de este recurso en la red de salud mental así como de los criterios que han de reunir los usuarios derivados y la ausencia de un sistema de derivación por parte de los C.S.M.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)**3.2. - OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

El trabajo del año pasado nos sirvió fundamentalmente para aproximarnos a los programas de mejora de la calidad y en especial para establecer un diagnóstico de la situación asistencial en el Centro de Día que estuviera basado en una descripción cuantitativa del grado de cumplimiento de algunos criterios. En este nuevo Programa de Mejora de la Calidad se trataría de:

1. Lograr un mayor grado de cumplimiento en algunos de los criterios, concretamente: Alcanzar un 90-95 % de cumplimiento en los criterios 3, 4 y 10, y un cumplimiento entre el 60-80 % en los criterios 6, 8, 12, 15, 16, 17, 18 y 19.
2. Consolidar el sistema de evaluación de eficacia de las intervenciones puesto en marcha como consecuencia del Programa de Mejora de la Calidad del año 2002. Evaluar el grado de cumplimiento de la aplicación de dicho sistema de evaluación.
3. Continuar el P.M.C. del Area de Intervención Psicoterapéutica iniciado en el 2002.
4. Establecimiento de un círculo de calidad formado por los profesionales que trabajan en el Area Ocupacional con la finalidad de ajustar los objetivos específicos de este área de intervención y realizar una primera valoración (a partir de los instrumentos de evaluación consensuados para dicha área) de la eficacia de las intervenciones.
5. Establecimiento de un círculo de calidad formado por profesionales que trabajan en el Area de Socialización, Ocio y Tiempo Libre con la finalidad de ajustar los objetivos específicos de esta área de intervención y realizar una primera valoración (a partir de los instrumentos de evaluación consensuados para dicha área) de la eficacia de las intervenciones.
6. Incorporar otros dispositivos intermedios de Salud Mental al Programa de Mejora de la Calidad, concretamente el Centro Ocupacional Delicias, que realizará un diagnóstico de la situación actual de su dispositivo mediante la aplicación del cuestionario de evaluación usado en el Centro de Día en el año anterior.
7. Mejorar la gestión de la lista de espera:
 - Mejorar la equidad.
 - Mejorar la adecuación
 - Acortar plazos de espera.
 - Evaluación inicial en un período inmediato a la derivación.
 - Información de otros recursos.

CENTRO OCUPACIONAL DELICIAS

1. Realizar una evaluación adecuada de los pacientes existentes en el recurso y de aquellos que sean derivados que permita reconocer sus déficits y habilidades disponibles.
2. Actuar para disminuir los déficits y mejorar sus habilidades en las diferentes áreas vitales.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)**

3.2. - OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

3. Adecuación de cada paciente al recurso laboral o prelaboral que más se adapte a sus capacidades, lo que se valorará por medio de datos indirectos como: disminución del número de abandonos, de ausencia a los talleres, mejora en la consecución de hábitos laborales y mejora de habilidades sociales.
4. Ocupación de la totalidad de plazas del recurso, así como la adecuación de estas a los perfiles idóneos.

4. - PLAN DE MEJORA, METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION DETECTADA (Si es posible, duración y calendario previstos)

1. Consolidar el sistema de evaluación y planificación de tratamiento establecido (Junio de 2003)
2. Establecer Círculos de calidad (Grupos de Trabajo) diferenciados por Areas (ver esquema) (Marzo de 2003)
3. Se establecen círculos de calidad por áreas de Intervención, cuyos objetivos genéricos son:
 - reevaluar los objetivos de dichas áreas
 - datos de rendimiento relevantes para sus áreas de trabajo (incluir datos de benchmarking -datos comparativos con dispositivos similares)
 - criterios de homogeneidad en el funcionamiento
 - mejora de la coordinación con otras áreas de intervención, establecer indicadores de buen funcionamiento
 - y establecer otras mejoras inmediatas que se podrían alcanzar durante el año 2003.

Para alcanzar los objetivos establecidos en el Proyecto, el círculo de calidad correspondiente realizará las siguientes actividades:

1. CC Evaluación. Estudio de la lista de espera. Entrevistas con los responsables asistenciales a fin de establecer objetivos claros del Centro de Día en la Red Asistencial actual, tratando de establecer una población de referencia razonable. Establecer si así se decide, cuántas plazas en el Centro de Día serían de "largo tratamiento" y cuántas de "rehabilitación intensiva".
Elaboración de un folleto informativo sobre los Programas del Centro de Día, revisados y aprobados por la Dirección de Salud Mental y enviarlo a los dispositivos derivantes. (Finales primer trimestre de 2003).

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)**4. - PLAN DE MEJORA, METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION DETECTADA (Si es posible, duración y calendario previstos)**

2. CC Area Psicoterapéutica. Revisión de todos los paciente de "largo tratamiento" actualmente en el Centro de Día a fin de establecer aquellos pacientes susceptibles de tratamiento psicoterapéutico. (Finalizado en Junio de 2003).
3. CC. Area Ocupacional. Revisión de los indicadores de asistencia, abandono, relaciones extrataller que mantienen los pacientes (porcentaje de asistencia a los grupos de ocio)... Evaluación del clima institucional del Taller con la Escala COPEs de Moos. (Finalizado Septiembre 2003).
4. CC Area Socialización, Ocio y T. Libre. Establecimiento de indicadores que nos permitan conocer la asistencia al Club Social. Entrevistas con responsables de dispositivos intermedios del SALUD a fin de dar a conocer el dispositivo más profundamente y establecer criterios de derivación. Realización de un Boletín del Club con el doble objetivo de potenciar las actividades del Club y ser medio de difusión y conocimiento entre los posibles usuarios. (Junio de 2003).

CENTRO OCUPACIONAL DELICIAS

1. Establecer un sistema de evaluación protocolarizada a base de una mejora en la Historia Clínica de RHB y la utilización de instrumentos básicos consensuados para la práctica de la psiquiatría clínica.
2. Crear una programación de actividades dirigidas a la disminución de déficits en determinadas áreas vitales como autocuidado, salud, actividades de ocio y tiempo libre, etc., así como la mejora de sus habilidades que le permita mayor autonomía e independencia.
3. Elaboración de un Plan Individualizado de Rehabilitación dirigido a cada usuario en el que se plantearán una serie de objetivos tanto de tipo ocupacional como de otras áreas, pactados previamente con él y con la familia y que será evaluado en un plazo de seis meses.
4. Informar a los C.S.M. y a otros recursos como posibles derivantes de usuarios de forma amplia de las características de este recurso, establecer cuáles han de ser los criterios que han de tener los usuarios así como elaborar un protocolo de derivación que lo facilite.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)**5. - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA**

1. Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón. Se establecen las ideas directrices sobre la planificación en Salud Mental que la Comunidad Autónoma va a seguir en los próximos ocho años. Detalla claramente el papel de los Centros de Día dentro de la Red Asistencial.
2. Morosini P., Magliano L., Brambilla L. (1998) VADO. Valutazione di Abilità e Definizione di Obiettivi. Manuale per la Riabilitazione in Psichiatria. El libro recoge el VADO, que consiste en un instrumento de evaluación de las habilidades y define los objetivos de la intervención en la rehabilitación psiquiátrica. Está muy influenciado por el enfoque de Marianne Farkas, del Centro para la Rehabilitación Psiquiátrica de la Universidad de Boston. Nos parece útil ya que es un instrumento que puede ser utilizado por todo tipo de enfoque rehabilitativos, aunque su orientación como hemos señalado sea cognitivo-conductual.
3. Evaluating treatment environments: The quality of Psychiatric and Substance Abuse Programs. R. H. Moos. 1997.
"Hay una urgente necesidad de metodologías que puedan describir en términos tanto cualitativos como cuantitativos los múltiples tratamientos suministrados y la multidimensionalidad de los resultados obtenidos. Mientras que la cantidad de tratamiento (componentes de tratamiento de programas) son a menudo suministrados en la descripción de los programas, raramente se analiza la calidad del tratamiento o el modo en que las actividades e intervenciones desarrolladas son medidas. El autor en este libro suministra instrumentos útiles que pueden ayudar a examinar la integridad y calidad del ambiente de tratamiento de un programa. Este último libro de R. Moos es una compilación de trabajo empírico basado en su modelo conceptual y en varias herramientas que ha desarrollado y refinado como resultado de examinar la compleja interacción de las características de los programas, factores personales de los pacientes, y la cultura del programa o el clima social con los resultados alcanzados tanto dentro de los programas como en el descargo en la comunidad. El autor suministra múltiples ejemplos de cómo estos instrumentos de medida pueden ser usados para monitorizar y mejorar tanto los programas hospitalarios como comunitarios, así como comparar y contrastar los puntos de vista de los pacientes y de los profesionales del staff respecto al clima del programa actual y al deseable."
4. Memoria del año 2000 del CRPS "Los Carmenes".
5. Memoria del año 2001 del CRPS "Getafe"
Ambas memorias resultan muy útiles de cara a establecer indicadores de la actividad asistencial, así como de orientación en Programas de Rehabilitación que van incorporando Planes de mejora de la Calidad Asistencial. Practicamente todos los CRPS de Madrid siguen una metodología similar en la realización de Memorias lo que permite tener una visión global del funcionamiento de estas estructuras intermedias en la Comunidad de Madrid.

5. - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

6. Programa d'Atenció Específica als Trastorns Mentals Severs. Barcelona 1997.
Recoge con mucho detalle el Programa de actuación con TMS del Servicio Catalán de la Salud en toda la red asistencial de Salud Mental, lo que permite tener una visión global del recorrido que realizan dichos pacientes a lo largo de su proceso asistencial, así como las principales dificultades con las que se encuentran. Permite ubicar los problemas de coordinación y continuidad de cuidados entre los dispositivos de Rehabilitación y el resto de la Red de Salud Mental.
7. Rehabilitació Comunitaria en Salut Mental. Barcelona, 1999. Es un documento de consenso del SCS que establece el nuevo modelo de Centros de Día en Cataluña, definiendo las funciones que éstos deben realizar, así como una descripción pormenorizada de las intervenciones, programas, finalizando con una serie de recomendaciones de mejora.
8. Programa de Trastorn Mental Sever. Forum Salut Mental. Barcelona 1999.
Es un programa que recoge Objetivos, circuitos, programas comunitarios, y lo que desde nuestro punto de vista resulta más interesante indicadores de evaluación (Disminución de tasa de desvinculación, disminución de atención en urgencias, disminución de reingresos, aumento de vinculación a Programas de rehabilitación y Comunitarios, mejora de la autonomía y de la inserción social y laboral, satisfacción de las familias).
9. Carozza, Paola. CENTRI DIURNI E APPROCCIO AI PROCESSI CRONICI IN PSICHIATRIA. Franco Angeli Ed. 2000.
Es fundamentalmente la aplicación del Método Spivak de Rehabilitación Psicosocial al funcionamiento de un Centro Diurno de la Región Emilia- Romagna.
Especialmente importante es el capítulo dedicado a los centros diurnos como posibles inductores de la cronicidad.
9. Reneses Prieto, B.; García -Solano, F. "Necesidad de criterios específicos para la oferta de psicoterapia psicoanalítica desde los servicios públicos" Re. AEN Jul-Septiembre 1997.
En este artículo los autores plantean la necesidad de definir "la tecnología sanitaria" de las psicoterapias que una administración puede incluir en el catálogo de prestaciones que ofrece a la población a la que da cobertura. Trata de aclarar varias cuestiones : la cuestión de los costos, la cuestión de los resultados, la cuestión de la validez, y la cuestión de la eficiencia.

Anexo 2

**Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)**

6. RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACION ECONOMICA

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Libros	451
Fax	151
<i>Material fungible</i>	
Boletín de Información del Club Social	300
<i>Viajes y dietas</i>	
Curso de Procesos de Mejora de la Calidad en Salud Mental	1.202
Visita a Red C.P.R.S.	300
<i>Otros gastos</i>	
	300

TOTAL EUROS**2.704**

1.- TITULO

**PROGRAMA DE FORMACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
PARA MUJERES INMIGRANTES DE ZARAGOZA**

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Mauricio Tajada Duaso

Profesión Ginecólogo (FEA) Centro de trabajo HCU (Inocencio Jiménez)

Dirección Avda. Ilustración 21, casa 109

Localidad Zaragoza Código postal y provincia 50012, Zaragoza

Teléfono 976755806 Fax Correo electrónico ib501221@public.ibercaja.es

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ernesto Fabre González	Ginecólogo (jefe de Servicio)	HCU Zaragoza
Pilar Pérez Hiraldo	Ginecóloga (jefe de Servicio)	HCU Zaragoza
Marta Ferrer Lozano	Pediatra	San Jorge (Huesca)
Belén Carazo Hernández	MIR ginecología	HCU Zaragoza
Amor Álava Causape	Médico de familia	CS Delicias Norte Zaragoza
Magdalena Ybarra Pérez	Matrona	CS Delicias Norte Zaragoza
Virginia Moreno Lamana	Matrona	HCU Zaragoza
Beatriz Álvarez Alonso	Matrona	HCU Zaragoza

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Población objeto: Mujeres inmigrantes que dan a luz en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza durante el año 2.003.

Se pretende un estudio epidemiológico de este grupo poblacional por su país de origen, etnia, religión, idioma, educación, ocupación, paridad y tiempo de inmigración en España.

Se investiga el nivel de incorporación al sistema sanitario español así como su satisfacción, problemática o principal dificultad en relación con el acceso o uso del mismo.

Se analiza retrospectivamente el grado de utilización del Plan Integral de Atención a la Mujer a través del programa de prevención del cáncer de cérvix, la demanda de métodos de contracepción y / o programación de la gestación, la asistencia al control prenatal y la existencia de patología derivada de la gestación así como el tipo de parto y características del recién nacido. En poblaciones de riesgo (sobre todo Senegal y Gambia) se hace referencia a la práctica de mutilación genital femenina y su voluntad o no de continuarla en su descendencia.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivos generales

1. Mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva de la población inmigrante de nuestro Área de Salud.
2. Incorporar a mediadores inmigrantes en las tareas de formación y difusión de temas sanitarios en sus propias comunidades*.

Objetivos Específicos

1. Identificar la problemática derivada de la salud sexual y reproductiva de la población inmigrante de Zaragoza. Enero – Diciembre 2.003.
2. Formar a 2-4 mediadores/as inmigrantes en temas específicos de salud sexual y reproductiva: Pendiente el taller de género y sexualidad (prevención de prácticas tradicionales perjudiciales para mujeres y niñas "mutilación genital femenina"). Se pretende incluir a hombres en estos talleres.
3. Realizar talleres dirigidos por estos mediadores y supervisados por profesionales sanitarios del equipo de mejora y voluntarios de Médicos del Mundo Aragón en diversas asociaciones y centros de salud que trabajan con población inmigrante.
4. Diseñar y difundir material informativo de los temas tratados en los talleres de formación entre la población diana.

* Dependiendo de la capacidad del equipo de conseguir financiación para incentivar el trabajo de las mediadoras

4.- PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION DETECTADA (Si es posible, duración y calendario previstos)

Actividad 1- Estudio epidemiológico de las mujeres inmigrantes que dan a luz en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza durante el año 2.003 (ver ficha). Identificación real de la problemática sentida por la comunidad inmigrante en relación con su salud sexual y reproductiva. → Enero – Diciembre 2.003.

Actividad 2- Selección y formación de mediadores varones. → Abril – Junio 2.003

Actividad 3- A lo largo de las sesiones se diseñará material educativo para su posterior divulgación entre los usuarios y usuarias de los talleres. Dicho material será elaborado conjuntamente por los monitores y las mediadoras. → Abril – Junio 2.003

Actividad 4- Desarrollo de los programas formativos en colaboración con las asociaciones de inmigrantes y otros colectivos. La formación se propone realizar mensualmente en forma de talleres, a partir del material didáctico elaborado (en función de las mediadoras seleccionadas y capacitadas). → Mayo – Diciembre 2.003

Actividad 5- Memoria anual. → Fin del proyecto (diciembre 2.003 o según retrasos)

La mejora de calidad en la asistencia a la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes de nuestra área de salud es el objetivo final del proyecto. Sin embargo, la verificación de los resultados obtenidos a través de las actividades programadas al cabo de un año de inicio del proyecto, puede resultar prematuro para alcanzar la totalidad de los objetivos pretendidos. Nuestra intención es iniciar una dinámica de trabajo con colaboración entre los profesionales de atención primaria, especializada y asociaciones de inmigrantes cuyos frutos se podrán determinar con mayor objetividad a lo largo de sucesivos años de trabajo.

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

1. Cutting the rose, Female Genital Mutilation. The practice and its prevention. Documento de la Organización Mundial de la Salud 1.997
2. De Senegambia a Cataluña. Procesos de aculturación e integración social. Adriana Kaplan. Fundación "La Caixa", 1.998.
3. Seminario Internacional sobre la Salud de las Mujeres y la Cooperación al Desarrollo. Federación de Planificación Familiar de España. Madrid, Junio 2.000.
4. Guía de autocuidados para mujeres inmigrantes. Dirección general de salud pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. 2ª edición, 2.000.

En la última década España se ha convertido en un centro de inmigración; su situación geográfica y sus características culturales hacen de nuestro país un lugar de paso para los flujos migratorios procedentes tanto de Africa como de Latinoamérica (inmigración económica). Por otra parte, España recibe inmigrantes de la Europa occidental y últimamente está aumentando el número de personas que llegan procedentes de la Europa del Este. El ritmo de crecimiento de la inmigración ha ido incrementándose progresivamente con un mayor aumento durante el año 2000, posiblemente motivado por la regularización de un importante número de inmigrantes debido a los cambios legales realizados en su transcurso.

En relación con Aragón, hasta hace pocos años, la emigración había sido una de las principales causas de la pérdida de población y del abandono de muchos pueblos de la región que quedaron prácticamente deshabitados. El desarrollo industrial de Zaragoza no fue suficiente para compensar el atractivo de otras ciudades como

Barcelona, Madrid, o Bilbao. Sin embargo, el panorama demográfico ha cambiado sensiblemente, advirtiéndose un cambio de signo en los flujos migratorios de Zaragoza y Huesca desde los primeros años de la pasada década. Una parte de estos nuevos habitantes son extranjeros incorporados primordialmente al sector industrial y en mucha menor medida al campo, la construcción e incluso la minería. Mas del 82 % de la población extranjera afincada en Aragón se encuentra en la provincia de Zaragoza, un 13 % reside en Huesca y el 5 % restante en Teruel.

Mientras España acaba de superar los 40 millones de habitantes y cuenta ya con más de un millón de extranjeros, la región aragonesa ronda los veinte mil extranjeros residentes. Aunque la tasa de la población extranjera en Aragón es muy inferior a la del conjunto nacional, el crecimiento acumulado de la población foránea en esta región es doble que el crecimiento medio en España. Es decir, todavía hay menos extranjeros que en el resto del país, pero su crecimiento en la última década es más acelerado. El fenómeno inmigratorio, aunque de manera incipiente empieza a ser perceptible en esta comunidad, especialmente en Zaragoza. Tanto Huesca como Teruel tienen tasas de crecimiento vegetativo negativas y un nivel de paro muy inferior a la del resto de España. Por ello, ninguna de las provincias aragonesas va a permanecer, en los próximos años, ajena a un fenómeno que está cambiando la fisonomía demográfica, laboral y social de Europa, si bien la estructura productiva de la región va a hacerla algo menos permeable que otras comunidades a la entrada de trabajadores extranjeros.

El fenómeno inmigratorio carece en Aragón de los perfiles polémicos o problemáticos surgidos en otras regiones. Los rasgos culturales de la población aragonesa, sus antecedentes de despoblación en muchas zonas rurales y la estructura demográfica de esta comunidad, más envejecida que otras regiones españolas, posibilitan prever una buena absorción de los colectivos inmigrantes. Con todo, se hacen necesarias acciones y medidas orientadas a evitar que los inmigrantes y las minorías étnicas lleguen a ser marginados y excluidos, y a facilitar la integración reduciendo las barreras que se oponen al desarrollo económico y social de la población inmigrante o extranjera.

El número de inmigrantes empadronados en Zaragoza ha aumentado en un 128% en poco más de un año. Según datos del censo municipal la población inmigrante ha pasado de 6.812 personas registradas en enero del 2000 a las 15.548 en febrero del 2001. Este reciente aumento es aún mucho más evidente en relación con las altas tasas de natalidad de estas comunidades. Así, de 1.843 partos asistidos en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" durante el pasado año 2002, 313 nacimientos fueron hijos de extranjeros, lo que supone un 16.9% de todos los recién nacidos, un porcentaje muy superior al de años anteriores e importante al considerar algunas características especiales en relación con su salud sexual y reproductiva:

- Sexualidad voluntaria entendida como fuente de placer y expresión de sentimientos afectivos*
- Prevención de infecciones de transmisión sexual y prevención del cáncer de cérvix
- Planificación de los embarazos deseados y opción de distanciamiento entre los mismos.
- Adecuado control prenatal, asistencia al parto y puerperio con bajas tasas de morbimortalidad perinatal.

*Unas palabras en relación con la mutilación genital femenina

La Mutilación Genital Femenina es toda intervención que conlleva una ablación total o parcial de los órganos externos de la mujer o toda otra mutilación de los órganos genitales externos femeninos que sean practicadas con fines culturales u otras y no

con fines terapéuticos.

Con la mutilación la mujer es humillada, se asegura su fidelidad y ve alterada su sexualidad de manera importante. Se violan derechos fundamentales como es el derecho a la integridad física, el derecho a la salud y el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratos inhumanos y degradantes.

La mutilación genital femenina se practica principalmente en los países africanos del área subsahariana. Se trata de una tradición introducida junto con otros conocimientos tribales y culturales que marca una fuerte impronta de pertenencia a un determinado grupo social. No se trata de una práctica vinculada necesariamente a ninguna creencia religiosa.

La introducción transversal de la MGF junto con otras tradiciones y culturas locales marca una importante impronta de pertenencia a un grupo social o tribu. Sin embargo, debemos considerarla como una forma de violencia contra la mujer que no se puede justificar de ningún modo.

El porcentaje de mujeres mutiladas es variable según los diferentes países de este área: Gambia (60-90%), Ghana (15-30%), Guinea (50%), Mauritania (25%), Senegal (20%), Sierra Leona (80-90%). También se registran importantes variaciones dentro de cada país según grupos étnicos y zonas rurales o urbanas.

La población emigrante de estos países que ha llegado a España en los últimos años sufre una incidencia similar a la de sus países de origen y se observa una tendencia a mantener esta tradición en las primeras generaciones.

Según datos de Amnistía Internacional de 1.998, ya aparecían informes sobre casos de mutilación genital femenina en países de nuestro entorno como Francia, Gran Bretaña o Italia. Aunque España se había mantenido libre de esta práctica hasta ahora, su mayor poder de atracción de inmigración la convierte en una zona de alto riesgo.

En relación a la población inmigrante de la ciudad de Zaragoza, según datos del observatorio municipal de estadística del Ayuntamiento de enero de 2.001, ésta comprende 15.548 personas de las cuales un 38% son de origen africano. Este porcentaje asciende al 48% en el Distrito 3 que es área de referencia del Clínico Universitario de Zaragoza.

Consecuencias físicas de la MGF

Inmediatas

- Hemorragias
- Lesiones de órganos vecinos
- Infecciones
- Retención urinaria

A largo plazo

- Infecciones recurrentes de orina
- Alteraciones de la menstruación (dismenorrea, hematocolpos)
- Infertilidad
- Enfermedades de transmisión sexual
- Problemas sexuales (dispareunia, frigidez, en ocasiones necesidad de incisión previa al primer coito)
- Complicaciones del parto (desgarros, alargamiento del periodo expulsivo, fistulas por necrosis de la vagina, vejiga o recto, imposibilidad del parto vía vaginal)

Consecuencias psicológicas de la MGF

- Efectos sobre la sexualidad femenina (ansiedad, terror, humillación, sumisión)
- Efectos sobre la sexualidad masculina y la convivencia en pareja (poligamia masculina, búsqueda de otras compañeras sexuales, sentimientos de culpabilidad, rupturas)

Tipos de MGF:

- Tipo I: Excisión del prepucio y excisión total o parcial del clítoris
- Tipo II: Excisión del prepucio y excisión total o parcial del clítoris y los labios menores
- Tipo III o Infibulación: Se extirpa clítoris, labios menores y mayores. Extirpación de toda la vulva y se cose dejando libre sólo el meato urinario. Se descose el día de la boda. (Pascaline Segbo, matrona de Burkina Faso)
- Tipo IV o incalificable: Cauterización o introducción de sustancias corrosivas en vagina con posterior cicatrización y cierre.

Considerando los problemas que la mutilación genital desencadena a nivel higiénico-sanitario, psicológico, sexual y reproductivo hemos creído conveniente iniciar una tarea de identificación de la población afectada o en riesgo, información y sensibilización que se encamine a la erradicación de esta tradición.

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONOMICA

<i>Material inventariable</i>	<u>Euros</u>
Cañón proyector audiovisual	1.800
Libros, películas, maniquí anatómico y otros materiales para actividades formativas.	600
<i>Material fungible</i>	
Carteles, trípticos y pictogramas informativos	300
<i>Viajes y dietas</i>	
Expertos invitados a charlas (Adriana Kaplan)	600
Miembros del equipo a centros con experiencia en MGF	1.200
Exposición de los resultados en congresos	1.200
<i>Otros gastos</i>	
Incentivo económico formación → impartición de talleres de las mediadoras	2.400

TOTAL EUROS	8.100
--------------------	--------------

MEMORIA RESUMEN DE LA SITUACIÓN DE PROYECTOS INCLUIDOS ANTERIORMENTE EN EL PROGRAMA DE APOYO A LA INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SALUD (ENERO 2003)

TÍTULO: PROGRAMA DE FORMACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA MUJERES INMIGRANTES DE ZARAGOZA

RESPONSABLE DEL PROYECTO: Mauricio Tajada Duaso

OBJETIVOS GENERALES PLANTEADOS

1. Mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva de la población inmigrante de nuestro Área de Salud.
2. Incorporar a mediadores inmigrantes en las tareas de formación y difusión de temas sanitarios en sus propias comunidades*.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS PLANTEADOS

1. Identificar la problemática derivada de la salud sexual y reproductiva de la población inmigrante de Zaragoza. Enero – Diciembre 2002 (ver ficha)
2. Formar a 2-4 mediadores/as inmigrantes en temas específicos de salud sexual y reproductiva: Prevención del cáncer de cérvix (cómo utilizar los servicios de salud, en qué consiste la toma de citología...), planificación familiar (disponibilidad de métodos contraceptivos aceptados y accesibles para esta población), control prenatal y asistencia al parto (qué esperar de las consultas de embarazo, análisis, ecografías, cómo y dónde es el parto, cuidados del puerperio...), género y sexualidad (prevención de prácticas tradicionales perjudiciales para mujeres y niñas "mutilación genital femenina").
3. Realizar talleres dirigidos por estos mediadores y supervisados por profesionales sanitarios del equipo de mejora y voluntarios de Médicos del Mundo Aragón en diversas asociaciones que trabajan con población inmigrante (Centro Obrero de Formación "CODEF" y Fundación "El Tranvía")
4. Diseñar y difundir material informativo de los temas tratados en los talleres de formación entre la población diana.

* Dependiendo de la capacidad del equipo de conseguir financiación para incentivar el trabajo de las mediadoras

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

EL DETERIORO FUNCIONAL ES UNA FORMA DE PRESENTACIÓN HABITUAL DE LAS ENFERMEDADES EN EL ANCIANO LO QUE LE DA ENTIDAD PROPIA COMO DIAGNÓSTICO CLÍNICO INDEPENDIENTE (SÍNDROME DE INMOVILIDAD). LA ETIOLOGÍA SUBYACENTE ES MUY VARIADA PERO SIEMPRE SUSCEPTIBLE DE ABORDAJE. ESTÁ DEMOSTRADO QUE UN ABORDAJE PRECOZ PERMITE LA REVERSIBILIDAD DE LA SITUACIÓN EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS MEDIANTE EL TRATAMIENTO DIRECTO DE LA CAUSA SUBYACENTE (VALORACIÓN GERIÁTRICA EXHAUSTIVA) Y LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL.

EL SISTEMA SANITARIO ACTUAL PRESENTA CARENCIAS EN LA ACCESIBILIDAD A CONSULTAS EXTERNAS DE LOS PACIENTES. A ESTO DEBEMOS SUMAR LA DIFICULTAD DE ESTOS PACIENTES ANCIANOS CON DETERIORO FUNCIONAL REVERSIBLE PARA LA REALIZACIÓN DE UN PROCESO DIAGNÓSTICO AL USO DE NUESTRO SISTEMA (LISTAS DE ESPERA, BARRERAS DE ACCESIBILIDAD, DEMORA EN LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS).

OPORTUNIDADES DE MEJORA:

- DISMINUCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA
- AGILIZACIÓN DEL PROCESO DIAGNÓSTICO
- DETECCIÓN DE LA DEPENDENCIA
- ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA CUALIFICADA
- REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. FACILITAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE GERIATRÍA DE ANCIANOS MAYORES DE 75 AÑOS CON DEFICIT FUNCIONAL CON CRITERIOS DE REVERSIBILIDAD.
2. AUMENTAR LA OFERTA DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE.
3. ORGANIZAR UN PROCESO ÁGIL DE CITACIÓN DE LOS PACIENTES: CITA DIRECTA POR FAX DESDE EL CENTRO DE SALUD, RESPUESTA POR CARTA AL PACIENTE CON LAS INSTRUCCIONES A SEGUIR.
4. EVALUACIÓN CLÍNICA (FÍSICA , FUNCIONAL Y MENTAL) Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL DÍA DE CONSULTA.
5. RESPUESTA INMEDIATA AL MÉDICO RESPONSABLE POR ESCRITO.
6. GESTIÓN DE TRATAMIENTO REHABILITADOR EN EL HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO DEL SERVICIO EN LOS PACIENTES ASÍ ESTIMADOS.
7. DERIVACIÓN A OTROS SERVICIOS DE SALUD PARA MEJORA DE LA ATENCIÓN (HOSPITALIZACIÓN, CONSULTAS DE OTRAS ESPECIALIDADES, SERVICIOS SOCIALES, ESAD...)
8. PLANIFICACIÓN DE TRABAJO EN EQUIPO CON DISTRIBUCIÓN DE TAREAS CONCRETAS ENTRE LOS PROFESIONALES (MÉDICOS, ENFERMERÍA, UNIDAD DE ADMISIÓN, PERSONAL ADMINISTRATIVO, ETC).

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)

4.- PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION**DETECTADA (Si es posible, duración y calendario previstos)**

- OFERTA DE CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN A LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA CIUDAD DE ZARAGOZA.

- PACIENTE TIPO: ANCIANO MAYOR DE 75 AÑOS, QUE PRESENTE DETERIORO FUNCIONAL RECIENTE, CON CRITERIOS DE REVERSIBILIDAD Y SIN DETERIORO COGNITIVO (CDR <1).

- CITACIÓN: SOLICITUD DESDE EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA, VÍA FAX, DE CONSULTA A LA UNIDAD DE ADMISIÓN QUE RESPONDERÁ VÍA CARTA CON LA CITACIÓN Y LAS INSTRUCCIONES.

- VALORACIÓN GLOBAL (BARTHEL, TINNETTI, MSQ...) DEL PACIENTE CON LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS NECESARIAS EN EL DÍA DE CONSULTA.

- EMISIÓN DEL INFORME PARA EL MÉDICO REMITENTE EN 1 Ó 2 DÍAS.

- DERIVACIÓN E INCLUSIÓN EN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL DEL HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO EN LOS PACIENTES IDÓNEOS.

- DERIVACIÓN A OTROS SERVICIOS DEL SISTEMA DE SALUD CON LA PREMURA QUE FUESE NECESARIA EN LOS PACIENTES QUE ASÍ LO REQUIERAN: HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA, OTROS SERVICIOS, CONSULTAS DE OTRAS ESPECIALIDADES.

LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN YA HA INICIADO SU ANDADURA. PARA EL PRESENTE AÑO LOS OBJETIVOS SON:

- SU DIFUSIÓN A TODOS LOS CENTROS DE SALUD DE ZARAGOZA MEDIANTE REUNIONES INFORMATIVAS PERIÓDICAS Y TALLERES DE TRABAJO.

- LA CONSECUCCIÓN DE LOS SIGUIENTES OBJETIVOS DE CALIDAD:

* ADECUACIÓN DEL PACIENTE DERIVADO: 80%

* DEMORA DE LA PRIMERA VISITA: 15 DÍAS

* TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL: 2 DÍAS

* PORCENTAJE DE PACIENTES RESUELTOS EN DOS DÍAS: 80%

* CUMPLIMENTACIÓN DE INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN: 90%

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

DIFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS EN LA UTILIZACIÓN Y ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA. REGIDOR E, DE MATEO S, GUTIERREZ-FISAC JL, FERNANDEZ DE LA HOZ K, RODRIGUEZ C. MED CLIN 1996;107:285-288.

Con datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1993 los autores ponen de manifiesto la diversidad en la accesibilidad y la utilización equitativa de los servicios sanitarios en España en dependencia de la variable estrato socioeconómico, medida por el nivel de estudios. La población de mayores de 75 años es una población caracterizada por una alta tasa de analfabetismo y estudios primarios por lo que aplicando los hallazgos del estudio a la misma serían afectados por esta discriminación.

SATISFACTION WITH OUTPATIENT GERIATRIC EVALUATION AND MANAGEMENT (GEM). MORISHITA L, BOULT C, BOULT L AND ALS. THE GERONTOLOGIST 1998; 38(3):303-308.

Basado en cuestionarios tras la intervención un porcentaje mayor de pacientes incluidos en el programa de valoración geriátrica e intervención manifestó frente a pacientes incluidos en los programas ordinarios que: se encontraban mejor, sentían que su estado de salud había sido mejor estudiado, habían disminuido sus quejas de salud, les había ayudado a mejorar su nivel de realización de ejercicio y había hecho más sencillo la cumplimentación farmacológica. Los profesionales de atención primaria también manifestaron su conformidad con el programa, la utilidad del mismo para sus pacientes y la mejora en el seguimiento posterior de los mismos.

DYNAMICS OF STABILITY: THE PHYSIOLOGIC BASIS OF FUNCTIONAL HEALTH AND FRAILTY. LIPSITZ LA. JOURNAL OF GERONTOLOGY: BIOLOGICAL SCIENCES 2002; 57A(3):B115-B125.

Ante una situación de estrés todos los sistemas de la economía humana se activan en una respuesta compensadora. La fragilidad es una condición independiente del envejecimiento que manifiesta un fallo en esta respuesta. Distinta actividades, entre ellas la actividad física, pueden incrementar este nivel de fragilidad y volver al individuo a su condición normal.

1.- TITULO

PROYECTO DE CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA RED DE SALUD MENTAL DE ARAGÓN

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos ARMANDO J. COLOMER SIMÓN

Profesión ENFERMERO Centro de trabajo HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NTRA. SRA. DEL PILAR

Dirección DUQUESA VILLAHERMOSA 66 - 68

Localidad ZARAGOZA Código postal y provincia 50010 ZARAGOZA

Teléfono 976 33 15 00 Fax 976 33 15 32 Correo electrónico acolomer@aragob.es

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Manuel. Granada López	Enfermero	Hospital Provincial. Zaragoza
Ana Béjar Iñiguez	Enfermera	H. Psiquiátrico. Zaragoza.
M ^a Isabel García Marco	Enfermera	H. Psiquiátrico. Zaragoza.
Pilar Navaz Sánchez	Enfermera	H. Miguel Servet. Zaragoza.
Luis Benedí Sanz	Enfermero	H. Clínico Universitario Zaragoza.
M ^a Angeles Rams Claramunt	Enfermera	Hospital de Barbastro
Teresa Antoñanzas Lombarte	Enfermera	H. Clínico Universitario Zaragoza.
Concha Rubio Soriano	Enfermera	H. Clínico Universitario Zaragoza.
M ^a Jesús Rivarés Morcate	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca.
Elena Fidalgo Abadias	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca.
M ^a Carmen Marcén Seral	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca.
Arturo Biarge Ruiz	Enfermero	Hospital Provincial. Huesca.
Ana García Pardos	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca.
Marta Elboj Saso	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca.
Marga Esteban Escolano	Enfermera	H. Clínico Universitario Zaragoza.
Ascensión Ríos Peruga	Enfermera	Centro de Salud Mental . Monzón.

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

- Indefinición de la oferta de cuidados de enfermería en el ámbito de los diversos dispositivos asistenciales de Salud Mental.
- Dificultades de coordinación entre servicios de Salud Mental y Atención Primaria de Salud.
- Frecuente insatisfacción de las familias de usuarios tras el alta de Unidades de Corta Estancia por falta de conocimiento de la red de Salud Mental y sus ofertas de cuidados de enfermería.
- Variabilidad de la oferta de cuidados de enfermería en la red de Salud Mental.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Delimitar y especificar la oferta de cuidados de enfermería disponible para la población atendida en cada uno de los servicios implicados.
- Favorecer la continuidad asistencial en la red de Salud Mental y la coordinación con Atención Primaria de Salud.
- Establecer sistemas de información a la población atendida.
- Unificar la oferta de cuidados de enfermería disponible en los recursos de la red de Salud Mental.

4.- PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION DETECTADA (Si es posible, duración y calendario previstos)

A través de la implantación de una Guía de Cuidados de Enfermería en diferentes servicios de salud mental (Unidad de Corta Estancia del H. San Jorge de Huesca, Unidad de Media Estancia del H. Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar de Zaragoza, Unidad de Corta Estancia del H. Clínico Universitario de Zaragoza y Centro de Salud Mental del H. Provincial de Zaragoza), se pretende:

1. Mejorar el nivel de implantación de la Guía de Cuidados de Enfermería.
2. Unificar criterios respecto de las ofertas de cuidados de enfermería:
 - Valoración de necesidades de cuidados de los pacientes asistidos.
 - Utilización de diagnósticos de Enfermería (NANDA).
 - Planes de cuidados disponibles.
 - Criterios de resultados empleados como alta de las intervenciones (planes de cuidados disponibles).
 - Informe de alta de cuidados de enfermería.
3. Establecer una estrategia de implantación en todos los servicios de Enfermería de la Red de Salud Mental de Aragón

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- CARPENITO, L.J. Manual de diagnóstico de enfermería. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1997.
- LUIS, M.T. Diagnósticos Enfermeros. Ed. Harcourt Brace. Madrid, 1998.
- ALFARO - LEFEBRE, R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ª edición Ed. Springer. Barcelona 1999
- GORDON, M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3ª edición Ed. Harcourt Brace. Madrid 1999.
- MEDINA, J.L. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Ed. Laertes. Barcelona, 1999.
- FORNÉS VIVES, J. CARBALLAL Balsa Mª C. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención Ed. Panamericana. Madrid 2001
- McCLOSKEY, J. BULECHEK, G.M (editoras). Clasificación de intervenciones de enfermería. Nursing Interventions Classification (NIC). 3ª edición Ed. Harcourt. Mosby. Madrid 2001
- Definiciones y Clasificación 1999-2000 Diagnósticos Enfermeros de la NANDA Ed. Harcourt.
- LUIS RODRIGO, M.T. Los Diagnósticos Enfermeros. 2ª edición Ed. Masson. Barcelona 2002
- JHONSON, M. MAAS, M. MOORHEAD, S. (editoras). Clasificación de resultados de enfermería. Nursing outcomes classification (NOC). 2ª edición Ed. Harcourt. Mosby. Madrid 2001
- JHONSON, M. BULECHEK, G. McCLOSKEY, J. MAAS, M. MOORHEAD, S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Ed. Harcourt. Mosby. Madrid 2002

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONOMICA

<i>Material inventariable</i>	<u>Euros</u>
Material docente audiovisual	600
Textos docentes	600
<u>Material fungible</u>	
Material docente (transparencias, fotocopias, etc.)	780
<u>Viajes y dietas</u>	
Viajes	600
<u>Otros gastos</u>	
Jornada de intercambio de experiencia entre Centros implicados	3000
<u>TOTAL EUROS</u>	5580

1.-TITULO: Conducta a seguir ante una sospecha de esguince de tobillo.

2.1.-RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: **Miguel Rivas Jiménez**

Profesión: **Coordinador del Servicio de Urgencias.**

Centro de trabajo: **Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"**

Dirección: **Av. San Juan Bosco, 15, (50009)**

Localidad: **Zaragoza**

Teléfono: **976-556400. Busca: 75**

Correo electrónico: **urge-rivas@hcu-lblesa.es**

2.2.-OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Dr. Jorge Albareda	Jefe de Sección. Servicio de Traumatología	Hospital Clínico Universitario.
Otra enfermera	Supervisora de enfermería. Servicio Urgencias.	Hospital Clínico Universitario.
Antonio Oto Negre	Médico de Familia. Miembro equipo de calidad.	Centro de Salud de Cariñena.
Angel Antoñanzas Lombarte	Coordinador del C. De Salud. Responsable de Calidad del Centro.	Centro de Salud de Delicias Sur.
RHB	Coordinador Médico del Servicio de Urgencias.	Hospital de Calatayud
RIB	Médico Residente Medicina de Familia	Hospital Clínico Universitario.
Marta	Médico Residente Medicina de Familia	Hospital Clínico Universitario.
Curro	Médico Residente Medicina de Familia	Hospital Clínico Universitario.
Javier Moliner Lahoz	Coordinador Calidad	Hospital Clínico Universitario.

3.1.-INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN DE LA MEJORA EN LA CALIDAD.

La variabilidad en la práctica médica y en el uso de procedimientos son temas a estudio y debate en nuestra sociedad actual. Una forma de disminuir esta variabilidad y de utilizar adecuadamente los recursos sanitarios es la creación de guías para la toma de decisiones clínicas.

Las lesiones traumáticas de tobillo es un motivo frecuente de consulta entre los pacientes atendidos en los servicios de urgencias, tanto hospitalarios (SUH) como extrahospitalarios, así como en las consultas de atención primaria.

Esguince es aquella lesión que cursa con distensión o rotura, en mayor o menor grado del tejido ligamentoso de una articulación. El esguince de tobillo es el resultado del desplazamiento hacia dentro (entorsión) o hacia fuera (extorsión) del pie, distendiendo o rompiendo los ligamentos de la cara interna o externa del tobillo. Es la lesión musculoesquelética más frecuente, una de cada 10.000 personas lo sufre diariamente.

A pesar de que la proporción de fracturas varíe del medio hospitalario (13-20 %), al medio de atención primaria (8,5 %), a la mayoría de los pacientes se les realizan radiografías, generalmente 2 proyecciones, anteroposterior y lateral de la zona afectada. La ausencia de criterios explícitos y de protocolos, la diferente experiencia clínica, la distinta valoración de los datos exploratorios, la presión asistencial, el miedo a demandas legales, los requerimientos y las expectativas del paciente son factores que influyen en la decisión de los médicos a la hora de solicitar la radiografía. Las radiografías de tobillo son, junto a las de la columna cervical, una de las exploraciones radiográficas de patología musculoesquelética más solicitada en los S.U.H.

Junto a ello, no hay que olvidar la variabilidad existente en el tratamiento del esguince de tobillo, tanto en la fase aguda como en los siguientes días. Esta variabilidad puede influir en los resultados, dado que, tras el esguince de tobillo, pueden persistir secuelas una vez transcurrida la fase inicial terapéutica como son la hinchazón periarticular, dolor, rigidez del tobillo y/o disminución de la estabilidad articular. Por ello es también importante conseguir una guía de actuación por parte del profesional de atención primaria de cara a prevenir y tratar aspectos tales como: el edema residual, el dolor crónico y la alteración de la movilidad del tobillo. Es conveniente también restituir la integridad funcional de la articulación y evitar complicaciones como la algodistrofia, la trombosis venosa profunda y las recidivas del esguince.

3.2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS EN EL PROYECTO DE MEJORA

- Estudio de la prevalencia del esguince de tobillo en el S. de Urgencias Hospitalario del H. Clínico, del H. de Calatayud y de los centros de salud de nuestras áreas.
- Creación de una vía clínica para la actuación ante el esguince de tobillo, el tratamiento agudo, subagudo y la rehabilitación de la articulación.
- Estudio y seguimiento de las complicaciones del esguince de tobillo en los pacientes vistos en el SUH del H. Clínico.
- Creación de una base de datos de todos los pacientes con esguince de tobillo que acuden a nuestro centro.
- Uso racional de las pruebas radiológicas en el diagnóstico diferencial del esguince de tobillo.
- Estudio de las actitudes de los médicos de atención primaria en el tratamiento del esguince simple de tobillo.
- Seguimiento de las reacciones adversas a fármacos administrado en el tratamiento del esguince de tobillo y del uso racional de AINES en esta patología.
- Indicaciones de tratamiento rehabilitador en pacientes con esguince de tobillo y su aplicación por el médico de familia.

4.-PLAN DE MEJORA. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DETECTADA

- Estudio epidemiológico retrospectivo de los esguinces de tobillo atendidos en los Servicios de Urgencias Hospitalarios del Area III.
(Duración: 1 mes)
- Elaboración de la "Guía para la atención del paciente con esguince de tobillo" a partir de una búsqueda de bibliografía con la metodología de la Medicina Basada en la Evidencia, y las distintas recomendaciones de las Guías Clínicas existentes en la actualidad.
(Duración: 2 meses)
- Edición del material (folletos, trípticos).
(Duración: 1 mes)
- Divulgación de la Guía entre los profesionales de los Servicios de Urgencias y los Centros de Atención Primaria.
(Duración: 2 meses)
- Utilización y difusión entre los médicos de urgencias y de atención primaria de las reglas del tobillo de Ottawa como uso eficiente de radiografías en el esguince de tobillo en urgencias intra y extrahospitalarias.
(Duración: 3 meses)
- Aplicación de un estudio de calidad, a los 6 meses de la puesta en marcha de la Guía de Actuación, entre los médicos del S. de U. Hospitalario y de dos Centros de Salud seleccionados, respecto a la aplicación de las reglas de Ottawa.

5.-BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- 1) Stiel I, Mcknight R, Grteenberg G, McDowell I, Nair R, Wells G et al. Implementation of the Ottawa Ankle Rules. JAMA 1994; 271:827-832.
" Estudio clásico sobre el uso racional de radiografías en el esguince de tobillo. "
- 2) Smith GF, Madlon-Kay DJ, Hunt V. Clinical evaluation of ankle inversion injuries in family practice offices. J Fam Pract 1993; 37: 345-348.
" Estudio sobre el diagnóstico diferencial por el médico de familia ante un esguince de tobillo. "
- 3) Stiell IG, Greenberg GH, McKinght RD et al. A study to develop clinical decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries. Ann Emerg Med 1992; 21: 384-390.
" Estudio que explica las distintas reglas a seguir en un S. de Urgencias para adecuar el uso de placas radiográficas ante un esguince de tobillo. Hecho por uno de los principales grupos de trabajo al respecto".
- 4) Auleey GR, Ravaud P, Giraudcau B, Kerboull L, Nizard R, Massin P et al. Implementation of the Ottawa ankle rules in France: a multicenter randomized controlled trial. JAMA 1997; 277 (24):1935.

"Aplica las reglas de Ottawa a la población francesa. Un buen estudio."

6.-RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA

	Pesetas
Material inventariable	
Equipos informáticos, de vídeo y de TV.	3.000 Euros
Material a distribuir por los centros	
Guías. CD con instrucciones de exploración y de tratamiento	2.000 Euros.
Viajes y dietas	
Reuniones del grupo de trabajo	600 Euros
Asistencia a reuniones científicas y de divulgación	1200 Euros
Total	6.800 Euros.

MEMORIA RESUMEN DE LA SITUACION DE PROYECTOS INCLUIDOS ANTERIORMENTE EN EL PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD. (ENERO 2003)

TÍTULO DEL PROYECTO: Puesta en marcha de la guía clínica de actuación ante pacientes con traumatismo craneal en los servicios de urgencias hospitalarias y centros de salud del área 3

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO: Miguel Rivas Jiménez

OBJETIVOS PLANTEADOS:

1. Estudio epidemiológico retrospectivo de los S. de Urgencia Hospitalarios del Area III (HCU) y del H. de Calatayud.
2. Creación de una Guía de Práctica Clínica para la atención prehospitalaria, hospitalaria y tras el alta en los pacientes con T. Craneal y Traumatismo Cráneo Encefálico en los S. de Urgencias Hospitalarios del Area III
3. Evaluar el seguimiento de la asistencia a los pacientes con neurotrauma en un Centro de Salud Urbano y en un centro rural.
4. Iniciar una base de datos informatizada de pacientes con TCE para evaluación a la larga de variables clínicas y epidemiológicas del pronóstico de estos pacientes.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

1. Estudio epidemiológico retrospectivo en el S. de Urgencias del HCU.
2. Búsqueda bibliográfica de la Guía para la atención del paciente con Trauma Craneal y/o TCE.
3. Primer estudio de calidad, prospectivo, de 6 meses de duración, en el S. de Urgencias del H.C.U.:
4. Base de datos informatizada

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

1. Mejora de la calidad asistencial en pacientes con TCE en el S. de Urgencias Hospitalario del HCU
2. Evitar sucesos centinela a lo largo de este año en la asistencia a estos pacientes
3. Difusión entre el personal de enfermería y de medicina de las hojas de control y tratamiento de estos pacientes.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

1. Estudio epidemiológico en el H. de Calatayud (JULIO Y AGOSTO)
2. Impresión de la guía y su difusión en Atención Primaria (Hasta Octubre del 2003)
3. Evaluación de la calidad en los centros mencionados (Diciembre de 2003)

1.-TITULO: Actuación ante el Síndrome Coronario Agudo (SCA) en el Servicio de Urgencias Hospitalario y Centros de Salud rurales del Área III

2.1.-RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: **Julián Mozota Duarte**

Profesión: **Médico Adjunto. Responsable de Calidad del Servicio de Urgencias.**

Centro de trabajo: **Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"**

Dirección: **Av. San Juan Bosco, 15, (50009)**

Localidad: **Zaragoza**

Teléfono: **976-556400.**

Correo electrónico: **urge@hcu-lblesa.es**

2.2.-OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Miguel Rivas Jiménez	Coordinador del Servicio de Urgencias	Hospital Clínico Universitario.
Miguel Angel Suárez Pinilla	Jefe de Sección del S. de M. Intensiva	Hospital Clínico Universitario.
Antonio San Pedro Feliu	Médico Adjunto del S. de Cardiología	Hospital Clínico Universitario.
Rosa Muñoz	Supervisora de Enfermería. Ex - responsable del Plan de Calidad de Enfermería del HCU.	Hospital Clínico Universitario.
Antonio Oto Negre	Médico de Familia. Miembro equipo de calidad.	Centro de Salud de Cariñena.
María Luisa Catalán Ladrón	Coordinadora Médica del S. Urgencias.	Hospital de Calatayud
José Callao	M.I.R. de M. de Familia	Hospital Clínico Universitario.
Amparo Cantín	M.I.R. de M. de Familia	Hospital Clínico Universitario.
	M.I.R. de M. de Familia	Hospital Clínico Universitario.
Javier Moliner Lahoz	Coordinador Calidad	Hospital Clínico Universitario.

3.1.-INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN DE LA MEJORA EN LA CALIDAD.

Mientras la mortalidad a 30 días de los pacientes que ingresan por IAM en los hospitales ha presentado una importante reducción en las últimas décadas, la mortalidad del total de los pacientes con IAM ha experimentado escasas modificaciones a expensas de la elevada mortalidad prehospitalaria.

La mortalidad acumulativa del IAM es una función exponencial en relación al tiempo, de modo que una proporción sustancial de la misma tiene lugar dentro de la primera hora y 90%, en las primeras 24 horas. La mayoría de los fallecimientos suceden antes de que el paciente tenga la fortuna de llegar al hospital, de modo que la reducción de la mortalidad hospitalaria sólo representa una pequeña fracción de la mortalidad total.

La mortalidad en las primeras horas se produce principalmente por arritmias malignas, siendo el único tratamiento efectivo la desfibrilación eléctrica. La probabilidad de sobrevivir disminuye en un 7-10% por cada minuto que pasa antes de la desfibrilación y pasados 10-12 minutos sin desfibrilación, la supervivencia se aproxima a 0.

Existe también una relación entre la eficacia clínica de la terapéutica de reperfusión y el tiempo transcurrido desde la oclusión coronaria, por lo que la evaluación de indicaciones, y contraindicaciones de la terapéutica revascularizadora, así como la minimización del tiempo hasta la revascularización constituyen una prioridad en esos pacientes.

El síndrome coronario agudo (SCA) se produce por la erosión o rotura de una placa aterosclerótica, que determina la formación de un trombo intracoronario, provocando así la aparición de angina inestable (AI), infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita, entidades todas ellas englobadas en el SCA. Así pues la AI y el IAM tienen un nexo fisiopatológico común con unas manifestaciones clínicas que pueden ser difíciles de diferenciar en su inicio, hasta la realización de un electrocardiograma (ECG). El ECG permite agrupar a los pacientes en dos grandes bloques: con y sin elevación del segmento ST.

Los primeros desarrollarán habitualmente un IAM con onda Q, mientras que los segundos presentan con alta probabilidad una AI o un IAM sin onda Q. Un enfoque actual y moderno de la AI y del IAM conlleva compartir la fisiopatología y la epidemiología, así como el manejo clínico hasta la realización del primer ECG; y sólo después, plantear las especificidades de uno y otro síndrome clínico. Sin embargo, la sintomatología clínica no permite una diferenciación con suficiente certeza de los diferentes síndromes, por lo que resulta imprescindible la realización precoz de un electrocardiograma (ECG). Los hallazgos de esta exploración permiten agrupar a los pacientes en dos grandes bloques: con y sin elevación del segmento ST.

La Sociedad Española de Emergencias recomienda la evaluación de tres indicadores para conocer la calidad de la asistencia de los pacientes con SCA:

1. Demora en la realización de ECG en SCA (inferior a 10 minutos), estándar < 5%.
2. Administración de ácido acetil salicílico en SCA, estándar 100%.
3. Tiempo puerta-aguja en el IAM (inferior a 30 minutos), estándar 100%.

3.2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS EN EL PROYECTO DE MEJORA

- Realizar un estudio epidemiológico de los pacientes con SCA en el Servicio de Urgencias Hospitalario del Area III de Zaragoza (Hospital Comarcal de Calatayud y Hospital Clínico Universitario de Zaragoza) para cuantificar la importancia del problema.
- Realizar un estudio sobre la Calidad de la Estructura en los Centros de Salud Rurales para la evaluación de los pacientes con posible SCA.
- Realizar un estudio sobre la Calidad de la Estructura en el Servicio de Urgencias Hospitalario para la evaluación de los pacientes con posible SCA.
- Facilitar la Calidad del Proceso a través de la creación de una "Guía de Práctica Clínica" para la atención prehospitalaria por parte del médico de familia y en Urgencias Hospitalaria para la atención de los pacientes con sospecha de SCA.
- Difundir esa guía entre todos los profesionales responsables de la Atención Primaria y de los Servicios de Urgencias del área III y, posteriormente, de nuestra Comunidad Autónoma.
- Evaluar el seguimiento de este documento en la asistencia a los pacientes con SCA en los Servicios de Urgencias Hospitalarios del Area III, y en los Centros de Salud Rurales aplicando un estudio transversal, con los indicadores recomendados por la SEMES.

4.-PLAN DE MEJORA. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DETECTADA

El proyecto tiene varias fases:

- Estudio epidemiológico retrospectivo de los Síndromes Coronarios Agudos (SCA) atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario y del Hospital de Calatayud.
(Duración: 2 meses)
- Creación de una base de datos permanente sobre SCA en el S. de Urgencias del H.C.U. y en el Hospital de Calatayud que sirva de base a un estudio prospectivo sobre la atención a dichos pacientes.
(Duración: 2 meses)
- Elaboración de la "Guía para la atención del paciente con SCA en los S. de Urgencias Hospitalarios y en los Centros de Salud Rural" a partir de una búsqueda de bibliografía con la metodología de la Medicina Basada en la Evidencia, y las distintas recomendaciones de las Guías Clínicas existentes en la actualidad.
(Duración: 3 meses)
- Edición del material (folletos, trípticos).
(Duración: 2 meses)
- Divulgación de la Guía entre los profesionales de los Servicios de Urgencias y los Centros de Atención Primaria.
(Duración: 2 meses)
- Creación de un responsable en cada centro de salud encargado de la difusión de la Guía y de la recogida de datos prospectiva de aquellos pacientes atendidos con S.C.A., así como una red de direcciones de correo electrónico para la difusión de publicaciones de interés en el grupo.
(Duración: 6 meses)

5.-BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. López L, Arós F, Lidón RM, Cequier A, Bueno H, Alonso J, et al. Actualización (2002) de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en angina inestable / infarto sin elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol 2002; 55: 631-42.

"Se trata de un documento indispensable, basado en las guías clínicas de las sociedades científicas de Cardiología, Intensivos y Urgencias de Europa y Estados Unidos de Norteamérica"

2. Cannon CP, Battler A, Brindis RG, Cox JL, Ellis SG, Every NR et al. ACC Key Elements and Data Definitions for Measuring the Clinical Management and Outcomes of Patients with Acute Coronary Syndromes: a report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Data Standards. J Am Coll Cardiol 2001; 38: 2114-30.

"Documento clave de consenso y puesta al día en el manejo del Síndrome Coronario Agudo".

3. Arós F y Loma-Osorio A: Diagnóstico de la angina inestable en el servicio de urgencias. Valor y limitaciones de la clínica, el electrocardiograma y las pruebas complementarias. Rev Esp Cardiol 1999; 52 Supl. 1: 39-45.

"Explica detalladamente el diagnóstico diferencial en los Servicios de Urgencias del S. Coronario Agudo".

4. The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee, Myocardial Infarction redefined. A consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the Redefinition of Myocardial Infarction. Eur Heart J 2000; 21: 1502-1513.

"Documento de consenso de las Sociedades Europeas y Norteamericanas sobre el IAM".

5. Seminarios de Medicina Familiar y Comunitaria. Infarto Agudo de Miocardio. Lobos JM et al. SEMFYC. Ed Arán 2002. Madrid

"Puesta al día del Infarto Agudo de Miocardio para el médico de familia".

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2003)
---------	---

6.-RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA

	Pesetas
Material inventariable	
Material de RCP para simulación de casos en los centros de Salud Rural (brazos de canalización de vías periféricas, muñecos. etc)	6.000 Euros
Material fungible	
Editar documentación (folletos, trípticos)	1.500 Euros
Compra de libros	1.000 Euros
Viajes y dietas	
Reuniones del grupo de trabajo	600 Euros
Asistencia a reuniones científicas y de divulgación	2.000 Euros
Total	11.100 Euros



1.-TITULO: Completar la implantación en el Area de Salud de la Guía Clínica de la Consulta Prenatal y evaluar los resultados de esa implantación

2.1.-RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: **Prof. Ernesto Fabre González**
Profesión: **Catedrático de Obstetricia y Ginecología**
Centro de trabajo: **Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"**
Dirección: **Av. San Juan Bosco, 15, (50009)**
Localidad: **Zaragoza**
Teléfono: **976-556400**
Correo electrónico: **efabreg@sego.es**

2.2.-OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pilar Pérez Hiraldo	Jefe de Servicio Obstet.	HCU
Rafael González de Agüero	Jefe de Sección Obstet.	HCU
Mauricio Tajada Duaso	Médico Adjunto Obstet.	HCU
Gertrudis Juste Rullo	Jefe de Servicio Laborat.	HCU
Daniel Orós Espinosa	Médico Adjunto Obstet.	HCU
Sira Repollés Lasheras	Médico Adjunto Obstet.	HCU
Belén Carazo	Médico Residente Obst.	HCU
Lia Ornat	Médico Residente Obst.	HCU
Miguel Ruoti	Médico	HCU
Alicia Cantero	Supervisora enfermería	HCU
Elena Asensio	Matrona	Atención Primaria
Juan Carlos Sanz	Médico Adjunto Admisión	HCU

3.1.-OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Después de dar los pasos necesarios para la puesta en marcha efectiva de las pautas de actuación y de organización contempladas en las recomendaciones de la guía de la consulta prenatal elaborada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), es necesario comprobar cuál ha sido el impacto que han producido esos cambios.

Se detecta además la necesidad de completar la información que se proporciona a las mujeres embarazadas mediante la edición de material escrito de características adecuadas. Existe el ejemplo previo del libro "Cómo cuidar su embarazo" editado hace una década y basado en las recomendaciones de la SEGO, que obtuvo una buena acogida entre profesionales y usuarios. El grupo de trabajo considera conveniente actualizar los contenidos de ese material y volver a reeditarlo.

3.2.-OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Comprobar los distintos efectos que sobre la calidad de la atención ha tenido la implantación de la guía de práctica sobre la consulta prenatal.
- Completar la difusión de información con la edición de un pequeño libro y otros materiales informativos dirigidos a las mujeres embarazadas, adaptando el contenido y la forma a las recomendaciones de la Guía.

4.-PLAN DE MEJORA. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DETECTADA

La continuación de este proyecto se plantea en dos fases:

- Elaboración, edición y difusión de material informativo.
Tiempo calculado: 6 meses.
- Evaluación del impacto de la Guía. Mediante dos estrategias: a) Análisis de los indicadores disponibles de actividad y de resultados, y b) Realizar una encuesta a profesionales y usuarios para determinar los conocimientos y la opinión sobre el efecto de la implantación de la Guía.
Tiempo calculado: 6 meses.

5.-BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Asistencia al Embarazo Normal. Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolo 1 (actualización). 2002

Fabre González E, González de Agüero Laborda R, Ruiz Romance MM, Etxabe Azkue I. La evidencia del control pregestacional. Prog Obstet Ginecol 1999;42 (S1):7-31.

Public Health Service Expert Panel on the Content of Prenatal Care: Caring for our future: the content of prenatal care. Department of Health and Human Services. Washington, DC: 1989.

Fabre E, ed. Manual de Asistencia al Embarazo Normal de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Zaragoza. Ed Luis Vives, 1993.

Fabre E, ed. Manual de Asistencia al Embarazo Normal de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2ª edición). Zaragoza. INO Ediciones, 2001.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada de Aragón (2003)
---------	---

6.-RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONÓMICA

	Euros
Material inventariable	
Editar documentación (folletos, trípticos)	4000
Viajes y dietas	
Asistencia a reuniones científicas y de divulgación	2000
Total	6000

1. TITULO

Desarrollo de un sistema de información epidemiológica de vigilancia y control de la mortalidad hospitalaria.

2.1 RESPONSABLE DEL PROYECTO

Dr. J Ignacio Barrasa Villar, Médico adjunto del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública (SMPySP) del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza (HCU)

Servicio de Medicina Preventiva
C/ San Juan Bosco s/n
50009 ZARAGOZA

Tfno: 976 765 798 Fax: 976 56 59 95 e-mail: esta-barrasa@hcu-iblesa.es

2.2 OTROS COMPONENTES

Dr. C. Aibar Remón	Jefe de Servicio	SMPySP HCU
Dr. J.I. García Montero	MIR	SMPySP HCU
Dra. P. Rodrigo Val	MIR	SMPySP HCU
Dra. A. Ferrer Dufol	Presidenta	Comisión de Mortalidad HCU
Dra. P. Ventura Faci	Secretaria	Comisión de Mortalidad HCU
Dra. E. Civeira Murillo	Vocal	Comisión de Mortalidad HCU
Dr. J.A. Fernández Gómez	Vocal	Comisión de Mortalidad HCU
Dra. A. Carbón Anchelergues	Vocal	Comisión de Mortalidad HCU
Dra. A. Marín Ballvé	Vocal	Comisión de Mortalidad HCU
Dra. C. Gonzalvo Liarte	Vocal	Comisión de Mortalidad HCU
Dr. S. Ramón y Cajal Junquera	Vocal	Comisión de Mortalidad HCU
Dr. R. Boldova Aguar	Vocal	Comisión de Mortalidad HCU
Dr. I. Méndez López	Vocal	Comisión de Mortalidad HCU
Dr. E. Ferrer Lahuerta	Vocal	Comisión de Mortalidad HCU

3.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

De acuerdo a los datos proporcionados por el informe anual sobre los mejores hospitales españoles - Top 20 (Rev Calidad Asistencial 2001) - el Hospital Clínico Lozano Blesa presenta un índice de mortalidad ajustada por riesgo por encima del correspondiente a la media de hospitales de igual categoría.

Por otra parte, la Comisión de Mortalidad que viene desarrollando su actividad desde hace más de 10 años no dispone de datos de mortalidad agregados con la validez y precisión suficientes como para proceder a un análisis epidemiológico del mencionado problema, centrandose su actividad en el estudio pormenorizado de una cifra próxima al 80% de los informes de alta de los pacientes fallecidos en el hospital

Un mejor aprovechamiento del sistema de información disponible actualmente en el hospital puede facilitar la obtención periódica de los datos de

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003**

mortalidad a partir del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) hospitalario, lo que permitiría disponer de datos agregados, y detectar variaciones a lo largo del tiempo.

La obtención de la información mencionada daría pie, entre otras, a las siguientes oportunidades de mejora:

- Elaboración de informes periódicos, con datos agregados por servicio, lo que facilitaría el análisis de los mismos y el diálogo entre la Comisión y los diferentes Servicios del HCU.
- Efectuar una evaluación continua del proceso de redacción y codificación de los informes de alta.
- Comprobación de la consistencia entre el diagnóstico principal codificado en el CMBD y las causas de muerte inmediata y fundamental.
- Difundir los resultados y realizar comparaciones con estándares, tanto del propio hospital como externos

Adicionalmente el desarrollo de este sistema, podría permitir, en una segunda fase su extensión a otros hospitales de la red asistencial del SALUD

3.2 OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El objetivo principal es proporcionar a la Comisión de Mortalidad en particular, y al hospital en general, un sistema continuo de información epidemiológica sobre mortalidad hospitalaria que permita:

- Identificar y precisar la posible existencia de problemas asistenciales relacionados con una mortalidad superior a la esperada.
- Disponer de un material para el desarrollo de las sesiones y discusiones internas de la propia Comisión, complementando las actividades habituales de revisión de epicrisis.
- Cuantificar y trasladar a los diferentes servicios o la Dirección del centro la dimensión o importancia de los problemas que detecten.
- Establecer un sistema muertes centinela para determinados diagnósticos y procedimientos
- Establecer un sistema de mejora de la atención sanitaria de los diferentes servicios, a partir de los posibles problemas detectados.
- Monitorizar la mortalidad hospitalaria del HCU, comparando con datos de años anteriores y con datos de otros hospitales de ámbito regional o nacional.

Adicionalmente se espera desarrollar una aplicación informática para automatizar todo el proceso de obtención de informes de mortalidad a partir del CMBD que pudiera ser utilizado por otros hospitales.

4. PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DETECTADA.

En síntesis, el Plan de Mejora consta de cuatro grandes fases:

1. Elaboración de los modelos de informe epidemiológico a partir del CMBD. Esta fase se llevará a cabo entre el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública y la Comisión de Mortalidad, y constará de las siguientes actividades principales: (4 meses)

- Selección de las variables del CMBD que se consideren relevantes para evaluar y monitorizar la mortalidad, en base a la bibliografía consultada.
- Diseño y elaboración de los sistemas y procedimientos de captura automática de información de mortalidad a partir del CMBD y creación de las bases de datos necesarias para automatizar la producción de tablas e informes sobre mortalidad.
- Selección de estándares de comparación sobre la base de datos históricos de mortalidad del propio hospital y sobre bases de datos de mortalidad hospitalaria regionales y nacionales.
- Diseño y elaboración de un modelo de informe epidemiológico para presentar los resultados con carácter periódico a la Comisión de Mortalidad y a los diferentes servicios clínicos

2. Validación del informe por la Comisión de Mortalidad: (2 meses)

- Análisis y evaluación epidemiológica preliminar de los datos de mortalidad obtenidos en el primer informe elaborado con el nuevo sistema
- Estudio por parte de la Comisión de Mortalidad para evaluar su contenido y utilidad
- Revisión y elaboración definitiva del sistema de informes

3. Desarrollo de la aplicación informática e inicio de la difusión periódica de informes epidemiológicos a la Comisión, Dirección del Centro y/o Servicios (3 meses)

4. Evaluación general del sistema y de las mejoras logradas: Cuando el sistema lleve funcionando al menos 6 meses, se medirá de nuevo la evolución del Índice de Mortalidad Ajustada por Riesgo del hospital en los Top 20 y se evaluará la utilidad de los informes epidemiológicos, considerando las acciones a las que haya dado lugar por parte de la Comisión de Mortalidad (mirando sus actas), así como a partir de un cuestionario sobre su contenido y utilidad por parte de los diferentes usuarios (miembros de la comisión, Dirección del centro y servicios).

(3 mes)

5. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

Thomas JW, Hofer TP. Accuracy of Risk-Adjusted Mortality Rate As a Measure of Hospital Quality of Care. Med Care 1999; 37: 83-92.

Estudio de validación de los sistemas de evaluación de la calidad asistencial hospitalaria a partir de tasas de mortalidad ajustada por riesgo.

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003**

García-Martin M, Lardelli-Claret P, Bueno- Cavanillas A, Luna del Castillo JD, Espigares-García M, Gálvez, Vargas R. Proportion of hospital deaths associated with adverse events. *J Clin Epidemiol* 1997; 50 (12): 1319-26.

Estudio que mide la posible asociación entre la mortalidad intrahospitalaria y eventos adversos ocurridos durante la atención sanitaria. La mayor proporción de mortalidad está asociada a eventos adversos quirúrgicos y a infección nosocomial. Plantea la posibilidad de realizar programas focalizados en prevención de la mortalidad en estas áreas.

Holland W. Avoidable death as a measure of quality. *Quality Assurance in Health Care*. 1990; 2: 227-33.

Estudio que recoge las variaciones existentes en las tasas de mortalidad estandarizadas por edad de diversas patologías entre diferentes áreas de salud del Reino Unido y entre diferentes países de la Unión Europea; así como posibles explicaciones de esta variación.

D'Hoore W, Sicotte C, Tilquin C. Risk adjustment in outcome assessment: the Charlson comorbidity index. *Methods of Information in Medicine* 1993; 32: 382-7.

Estudio que adapta el Índice de comorbilidad de Charlson a la CIE-9. Realizan una regresión logística para estudiar la relación de 62.000 muertes hospitalarias con diversos predictores (incluido dicho índice) y llegan a la conclusión de la utilidad de este índice como ajuste de riesgos a partir de bases de datos administrativas.

Selim AJ, Berlowitz DR, Fincke G, Rosen A, Ren XS, Christiansen CL, Cong Z, Lee A, Kazis L. Risk-Adjusted Mortality Rates as a Potential Outcome Indicator for Outpatient Quality Assessments. *Med Care* 2002;40: 237-45.

Estudio sobre la utilidad de las tasas de mortalidad ajustadas por riesgo (incluyendo, por ejemplo el Índice de Charlson) como indicador de la calidad asistencial en pacientes ambulatorios.

Gacía-Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M. Los Top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 107-16

Artículo que explica la metodología seguida por el grupo de trabajo IASIST para evaluar a 140 hospitales españoles que participaron de forma voluntaria. Se siguieron parámetros de Calidad, Funcionamiento y Eficiencia. Se utilizaron seis indicadores para este fin: Índice de Mortalidad Ajustada por Riesgo, Índice de Complicaciones Ajustada por Riesgo, Estancia Media ajustada por casuística y severidad, Índice de Ocupación, Coeficiente de Ambulatorización, Coste por unidad de producción ajustada.

Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16:119-30

Artículo posterior a la edición de los Top 20. Se analiza la necesidad de saber la validez de los indicadores concretos para identificar lo que pretenden identificar y si son útiles en nuestro contexto.

Rosenthal GE, Shah AS, Way LE, Harper DL. Variations in Standardized Hospital Mortality Rates for Six Common Medical Diagnoses. Implications for Profiling Hospital Quality. *Med Care* 1998; 36: 955-64.

Estudio la tasa de mortalidad hospitalaria de seis diagnósticos concretos (Infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, neumonía, accidente cerebro vascular, EPOC y hemorragia gastrointestinal) mediante modelos validados de ajuste de riesgos a partir de datos de los registros hospitalarios.

Johnson ML, Gordon HS, Petersen NJ, Wray NP, Shroyer AI, Grover FL, Geraci JM. Effect of definition of mortality on hospital profiles? *Med Care* 2002; 40(1):7-16.

Cuestiona la práctica de realizar juicios o recomendaciones sobre la calidad de la asistencia hospitalaria basadas en indicadores aislados, debido a que éstos son muy sensibles a la definición usada para cada indicador.

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003**

De Juan García S, Fernández Pérez C. Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable en el Hospital Universitario San Carlos (HUSC). Gac Sanit 1995; 9: 28-33.

Análisis automatizado de la calidad del CMBD recogido en el Servei Valencia de Salut en 1994, con el fin de evaluar la calidad de la información recogida y discutir sus implicaciones para la gestión, así como las áreas de mejora.

Weingart SN, Iezzoni LI. Use of administrative data to find substandard care: validation of the complications screening program. Med Care 2000; 38:798-806.

En este artículo se hace un estudio para comprobar la utilidad de un sistema de detección de complicaciones (*Complications Screening Program*) a partir de bases de datos administrativas del CMBD hospitalario y su utilidad como predictor de problemas de calidad asistencial.

McCarthy EP, Iezzoni LI, Davis RB. Does clinical evidence support ICD-9-CM diagnosis coding of complications. Med Care 2000; 38:868-76.

En este artículo se estudia el *Complication Screening Program*, y el grado de validez clínica del sistema de codificación basado en la CIE9-MC, como método de detección de complicaciones.

6. RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECÓNOMICA

Material inventariable: libros, solicitud artículos de revistas, etc	300 €
Material fungible: material de oficina e informático	300 €
Asistencia a congresos	2.000 €
Informatización del sistema	5.000 €
<u>Total</u>	7.600 €

MEMORIA RESUMEN DE LA SITUACION DE PROYECTOS INCLUIDOS ANTERIORMENTE EN EL PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD. (ENERO 2003)

TÍTULO DEL PROYECTO:

Elaboración y validación de un sistema para la evaluación de la gestión clínica de los servicios del Hospital Clínico Universitario

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO:

J. Ignacio Barrasa Villar

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- 1.- Elaborar un sistema de evaluación de la gestión clínica de los servicios teniendo en cuenta las diferentes dimensiones de la práctica asistencial (actividad, calidad y coste).
- 2.- Someterlo a un proceso de validación
- 3.- Utilizarlo en el hospital como herramienta para el reparto anual de incentivos

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- Definición de criterios y desarrollo de un protocolo para la selección de indicadores relevantes que reflejaran el resultado final de la gestión asistencial de los servicios y de su compromiso con los objetivos institucionales
- Construcción de modelos de evaluación, agrupando servicios en función de los indicadores compartidos.
- Ponderación de los indicadores y de sus posibles variaciones
- Desarrollo de documentos para la firma de los objetivos clave con cada servicio
- Aprobación de la herramienta por la Comisión Mixta y difusión a los servicios
- Automatización del proceso de evaluación en una aplicación informática
- Aplicación real y estudio de validación (fiabilidad y validez)
- Utilización de los resultados para el reparto de la productividad variable.

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

- Se ha logrado desarrollar una herramienta de evaluación que está siendo utilizada como método para difundir, discutir e incentivar los resultados finales de los servicios, permitiendo la participación institucional de la Comisión Mixta, gracias a su sencillez conceptual, claridad de presentación e individualización de resultados por unidades asistenciales.
- Además, con dicha herramienta se ha abierto un canal de diálogo entre las Jefaturas de Servicio, la Comisión Mixta y el Equipo Directivo; y se ha convertido en vehículo de consenso para trasladar los objetivos institucionales hasta los equipos de trabajo, fomentando la participación y asentando la cultura de la gestión por objetivos en el centro
- La herramienta de evaluación ha sido adoptada como modelo de referencia para la evaluación de los servicios en el área de Atención Especializada de todo el Salud.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

Revisión de todo el sistema de imputación de costes a los servicios (programa GCLIF), para mejorar la fiabilidad de los indicadores de coste por proceso y suministrar información periódica a las diferentes unidades asistenciales

Revisión de todos los tramos de ponderación y variación de los indicadores en función de la experiencia con la aplicación del modelo

Selección y mejora de los indicadores referidos a las actividades de calidad de los servicios.